

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

La predisposición psíquica hacia una toxicomanía bajo la mirada integral de la Ley de Salud Mental 26.657.

Cordova, María Angélica.

Cita:

Cordova, María Angélica (2023). *La predisposición psíquica hacia una toxicomanía bajo la mirada integral de la Ley de Salud Mental 26.657. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/350>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/p55>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA PREDISPOSICIÓN PSÍQUICA HACIA UNA TOXICOMANÍA BAJO LA MIRADA INTEGRAL DE LA LEY DE SALUD MENTAL 26.657

Cordova, María Angélica

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Hospital J. T. Borda. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La predisposición psíquica hacia una toxicomanía no es el único factor que cristaliza lo que conocemos como consumo problemático, se torna imprescindible contextualizar la relación singular que el sujeto establece con la sustancia desde una multiplicidad de factores condicionantes. El consumo problemático agujerea los saberes disciplinares, ninguna corriente psicológica, ni el psicoanálisis, ni la psiquiatría, ni ninguna disciplina es suficiente por sí sola para abarcar la complejidad de este padecimiento, haciendo necesario no solo un abordaje interdisciplinario, sino también intersectorial y comunitario, conforme a la Ley de Salud Mental 26.657.

Palabras clave

Consumo problemático - Interdisciplina - Intersectorialidad - Comunidad

ABSTRACT

THE PSYCHIC PREDISPOSITION TOWARDS A DRUG ADDICTION UNDER THE INTEGRAL LOOK OF THE MENTAL HEALTH LAW 26.657

The psychic predisposition towards drug addiction is not the only factor that crystallizes what we know as problematic consumption, it becomes essential to contextualize the unique relationship that the subject establishes with the substance from a multiplicity of conditioning factors. Problematic consumption pierces disciplinary knowledge, no psychological current, neither psychoanalysis, nor psychiatry, nor any discipline is sufficient by itself to cover the complexity of this condition, making necessary not only an interdisciplinary approach, but also an intersectoral and community one, according to the Mental Health Law 26,657.

Keywords

Problematic consumption - Interdisciplinary - Intersectoriality - Community

1. La precipitación de una toxicomanía por la incidencia de factores multicausales

La predisposición psíquica hacia una toxicomanía sería una respuesta posible al fallo de una envoltura simbólica-imaginaria que no alcanza a velar lo real del cuerpo, el sujeto se sumerge en lo real de un goce que prescinde del circuito pulsional y del rodeo necesario por el campo del Otro. Embebido en un goce autoerótico, perentorio, inapelable, intentará procurarse una satisfacción no legislada por el principio de placer que implica la abolición del sujeto, “el tóxico (...) no se presenta como un ‘objeto’ en el sentido de una ‘relación de objeto” (Le Poulichet, S., 2005. p. 100).

Si “el farmacón parece prestar un cuerpo, su ausencia evoca una forma de mutilación” (p. 53), durante la abstinencia la ausencia alucinatoria de este *órgano* exige su urgente restitución. Específicamente la operación *farmakon* designa el acto que se realiza bajo una toxicomanía, “la cancelación tóxica del dolor y la restauración de un objeto alucinatorio. Sobreviene entonces como respuesta a una falta de elaboración del cuerpo, que evoca, según las diferentes toxicomanías, una perturbación del narcisismo” (p. 67). La necesidad imperiosa de restituir ese miembro fantasma conduce a un “repliegue narcisista, que intenta ligar las excitaciones, signa el fracaso de una ligazón más estructurante, la noción Freudiana de efracción implica aquí una falta de anclaje del cuerpo en las cadenas significantes” (p.57-58). Se entiende entonces, el carácter paradójico del *farmakon* a la vez remedio y veneno.

Sin embargo, la predisposición psíquica hacia una toxicomanía no es el único factor que cristaliza lo que conocemos como consumo problemático -sea que se trate del abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva lícita o ilícita, o de una práctica adictiva como por ej. la ludopatía, (Ley 26.934/14, art. 2)- se torna imprescindible contextualizar la relación singular que el sujeto establece con la sustancia desde una multiplicidad de factores condicionantes. Al igual que con cualquier otro padecimiento psíquico, el proceso salud-enfermedad está determinado por factores psicológicos, históricos, sociales, biológicos, económicos, culturales (Ley 26.657, art.3). Veamos, Las representaciones que cimientan un imaginario social cargado de estigmas y prejuicios se materializan en prácticas

discriminatorias y criminalizantes, que asocian el consumo a la delincuencia, sobre todo en jóvenes de bajos recursos que consumen sustancias ilícitas. Factores sociales y económicos que vulneran los derechos del sujeto respecto a la cobertura de sus necesidades básicas. Normativas jurídicas que penalizan el consumo en el eslabón más débil de la cadena. Intereses jurídicos, religiosos, políticos, y económicos, de una sociedad consumista que mercantiliza la salud y engulle al sujeto bajo el consumo de objetos. Intervenciones médicas sanitarias que patologizan todo tipo de consumo impartiendo prácticas universalistas y abstencionistas.

No todo consumo es problemático, en algunos casos sin un referente cierto, un hacer con el llamado “objeto droga”, podrá sostener fallidamente procesos de identificación, reconocimiento y pertenencia, en respuesta a una sociedad que lo estigmatiza y excluye. En otros casos, la sustancia no representaría problema alguno para el sujeto; o podría cumplir una función de suplemento, o de suplencia psíquica con el riesgo que supone la sustracción de esa prótesis en la estructura psíquica. Sin embargo, sea cual fuere el caso, los intereses en juego mencionados y la pseudo información de la mayoría de los medios de comunicación alimenta un imaginario que destierra al consumo problemático del campo de los padecimientos mentales, vulnerando los derechos previstos por la Ley de Salud Mental 26.657.

Se trata de un Otro social que está muy lejos de habilitar un trazo, una inscripción, una pregunta, lejos está de estatuirse para el sujeto como un espejo parlante que legisle y encause lo real del goce, por el contrario obtura su acceso a todo tratamiento posible. En el intento furtivo de pedir ayuda el sujeto podrá quedar cautivo en dispositivos clandestinos, como lo son algunas comunidades terapéuticas en las que no suele haber un equipo de salud mental, ni supervisión, donde se continúan universalizando “tratamientos” que lo ubican en un lugar pasivo que lo desresponsabiliza de su elección, y a la postre, lo coagula en la anónima identificación de “Yo soy adicto”. Incluso, se somete a tratamientos abstencionistas a sujetos, decíamos, para los cuales la sustancia podría estar cumpliendo la función de suplencia psíquica.

Entonces, dado que una toxicomanía puede pensarse en la vertiente de un consumo problemático, y que la sustancia podría cobrar el valor de una formación narcisista, sustraer esta prótesis sin más, no puede constituirse en la dirección de la cura. Pero ninguna corriente psicológica, ni el psicoanálisis, ni la psiquiatría, ni ninguna disciplina es suficiente por sí sola para abarcar la complejidad de los padecimientos subjetivos graves. El consumo problemático agujerea los saberes disciplinares, haciendo necesario no solo un abordaje interdisciplinario, sino también intersectorial y comunitario, conforme a la Ley de Salud Mental 26.657.

2. Una revisión de la noción de patología dual.

La cuestión se complejiza aún más en los casos denominados patologías duales, este término suele remitirse a la comorbilidad entre un trastorno adictivo y un trastorno psiquiátrico, lo que puede traer aparejado riesgos específicos. La similitud de síntomas productivos podría dificultar por ej. el diagnóstico diferencial entre un trastorno esquizofrénico franco y un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos, y cuando este logra ser diferenciado corre el riesgo de ser estatuido como un trastorno psicopatológico paralelo.

Por un lado, un cuadro alucinatorio y/o delirante, o un episodio de excitación psicomotriz podrían ser efecto, según la tipificación del DSM5, de un trastorno esquizofrénico, psicótico breve, esquizofreniforme, esquizoafectivo (antes del episodio anímico); un trast. delirante; o de un trastorno bipolar de tipo I.

En palabras del psicoanálisis, la posición subjetiva que asume el sujeto podría cristalizarse en síntomas conforme a una psicosis esquizofrénica, cuyo “lapsus hace que se suelte el imaginario” (Soria, 2008, p. 68), con fenómenos elementales fundamentalmente a nivel del cuerpo. Sobre todo, la prevalencia de las alucinaciones auditivas sobre, las ideas delirantes, el pensamiento desorganizado, el comportamiento motor inapropiado, catatónico, desorganizado, y los síntomas negativos (embotamiento afectivo; abulia; alogia; anhedonia).

O tratarse de una psicosis delirante, donde “lo imaginario, lo simbólico y lo real son una sola y misma consistencia” (Lacan, 1975-76, p. 53), este pegoteo imaginario hace consistir este registro prevaleciendo los fenómenos elementales a nivel del pensamiento, un sentido unívoco bajo la certeza inquebrantable que suele reducir al Otro a un lugar especular persecutorio o erotómano.

O bien, responder a una psicosis maniaco-depresiva, en la que los fenómenos elementales prevalecen a nivel de la afectividad, tanto en la melancolía como en la manía, “se suelta el registro simbólico, quedando inter penetrados real e imaginario. La diferencia que encuentro es que en la melancolía (...) lo real arrasa sobre lo imaginario; mientras que en la manía lo imaginario arrasa con lo real” (Soria, N. 2008, p. 71). En esta última se trata de la imagen inflada y completa, un estado anímico expansivo que se traduce en delirios de grandeza, incremento en la actividad psicomotora pudiendo llegar a un cuadro de EPM, comportamiento de riesgo, distorsiones en las funciones cognitivas, fisiológicas.

Pero decíamos, la sintomatología productiva podría no deberse a una cuestión estructural del orden de una psicosis franca, sino a sintomatología inducida por el consumo por ej. de alguna sustancia estimulante o alucinógena del SNC en el contexto de la intoxicación o la abstinencia. Una adecuada entrevista y exploración clínica, con los laboratorios pertinentes, nos permitirá arribar a un diagnóstico diferencial.

En una psicosis inducida por sustancias o medicamentos (DSM5

p. 110, 487-489.), las alucinaciones e ideas delirantes se asocian con cambios fisiológicos importantes, un síndrome potencialmente grave y específico de la sustancia en cuestión. Estos síntomas son reversibles, se han desarrollado durante o en el primer mes de la intoxicación o la abstinencia; la duración es mayor a la que suele acompañar a estos procesos, ya que, los síntomas perduran un tiempo tras la eliminación de la sustancia. La alteración no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/medicamentos, es decir, por un trastorno mental independiente. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium (en el cual son frecuentes los estados confusionales y de agitación). El control deficitario sobre la sustancia, el deterioro social, el consumo de riesgo, y las alteraciones fisiológicas se traducen en síntomas clínicamente significativos.

Sin embargo, si el incremento y la necesidad perentoria de consumir una sustancia indican que el sujeto ha establecido con ella una relación de dependencia; o el modo de consumirla, si bien podría no representar una adicción pero el modo de hacerlo lo ha conducido a una situación de urgencia; ambos casos denuncian un padecimiento subjetivo previo. Un consumo problemático, una adicción o una toxicomanía, no es un cuadro psicológico por sí solo, la causa de un padecimiento en paralelo, sino la manifestación de uno subyacente que se cristaliza en un síntoma sin envoltura formal, y lleva la marca singular de su historia condicionada por factores multicausales. Por otro lado, cuando un usuario con consumo problemático tiene la chance de llegar a un servicio de salud mental, el desglosamiento inerte entre trastorno mental y adicciones niega su condición de padecimiento mental. Esto cristaliza la exclusión y el desconocimiento dentro de los equipos de salud mental, no solo obtura su acceso a un tratamiento interdisciplinario, intersectorial y comunitario, sino que lo adentra en la búsqueda de centros “especializados” en adicciones, o lo empuja a dispositivos clandestinos como los mencionados.

3. Ley de Salud Mental 26.657

Esta Ley considera a las adicciones como un problema de salud mental, específicamente en el decreto reglamentario (603/2013) el art. 4 establece que el eje debe estar puesto en la singularidad de la persona más allá del tipo de adicción que padezca, teniendo todos los derechos al acceso de los servicios de salud, basados en la promoción y prevención integral del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y/o inclusión social, reducción de daños evitables. Por lo cual, al igual que con cualquier otro padecimiento mental o cuadro psicopatológico que se agudiza la internación constituye el último recurso terapéutico, siendo de carácter excepcional y restrictivo sólo puede llevarse a cabo en ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento, y cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones.

La internación involuntaria sólo podrá realizarse bajo la evaluación del equipo interdisciplinario de salud mental del servicio que realice la internación (art. 15), determinando una situación de riesgo cierto e inminente (el poder judicial solo asume el control del proceso de internación art. 20, 21, 24, 25; quedando exceptuadas según el art 23, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art 34 del Código Penal). La internación debe promover la vinculación del paciente con su entorno significativo familiar, social, laboral, etc. (art. 14); ser lo más breve posible y realizarse en hospitales generales, esto incluye a los establecimientos públicos como privados (art. 6), su rechazo será considerado un acto discriminatorio penalizado (art. 28). Debe contar con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de ellos deberá ser psicólogo o psiquiatra, sin vínculo con el paciente. Dentro de las primeras 10 horas el equipo interdisciplinario debe notificar al Juzgado y al Órgano de Revisión. Durante las siguientes 48 horas el equipo debe emitir una segunda notificación con Informe Interdisciplinario que profundiza el anterior. Y demás lineamientos que se no son posibles desarrollar en este trabajo.

4. Abordaje integral de los padecimientos mentales con o sin consumo problemático

Siguiendo los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, ya sea que, el usuario con o sin consumo problemático, llegue al sistema de salud por demanda espontánea, derivado de otros servicios intra o extrahospitalarios, por orden judicial, a pedido de una institución educativa, etc.; se hace necesario un abordaje interdisciplinario e intersectorial, de base comunitaria, que aboga por los derechos del usuario partiendo de su presunción de capacidad.

Se parte de un diagnóstico estructural y situacional permitiendo:

Recabar datos personales identificando Necesidades Básicas Insatisfechas: situación documental (si posee DNI, identidad de género; migración); sistema de salud: educación; trabajo; situación habitacional; situación judicial; si requiere de gestiones para acceder a subsidios, pensiones no contributivas, jubilaciones, residencias asistidas, educación, etc.

Evaluar semiología, antecedentes de la enfermedad actual, ant. personales, ant. psiquiátricos familiares, historia médica, etc.

Identificar factores de riesgo y protección en el contexto familiar

Identificar recursos o factores de protección disponibles en su comunidad: ej. emprendimientos sociales, fabricas recuperadas; cooperativas barriales, ong civiles; clubes barriales; centros de jubilados/migrantes/juveniles/, centros de educación, cuidadores, voluntarios, lugares de culto, espacios deportivos, recreativos, etc. Además de los dispositivos formales en red con su comunidad, por ej CESAC, hospitales generales, hospitales de día, casas de medio camino, hogares y familias sustitutas, centros de capacitación sociolaboral, centros comunitarios de

prevención de consumos problemáticos.

Si el equipo interdisciplinario identifica una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (ej ideación o conducta suicida; alucinaciones o ideas delirantes que ordenan daño; episodio de excitación psicomotriz; signos de violencia inminente; intoxicación o sme. de abstinencia, etc.) -que hacen de la consulta, derivación o traslado- una urgencia psiquiátrica que cumple con los criterios de internación, se procederá conforme a la Ley 26.657.

Estrategias de Intervención: en función al diagnóstico estructural y situacional es posible identificar en el paciente, relaciones entre la predisposición psíquica hacia el padecimiento mental, las NBI, y el contexto sociofamiliar, ya sea que, se trate de un usuario en tratamiento ambulatorio o internado, con o sin consumo problemático. El psicólogo en conjunto con el equipo interdisciplinario (trabajadores sociales, psiquiatras, musicoterapeutas, acompañantes terapéuticos, enfermeros, abogados, etc.) lleva adelante un plan terapéutico en red intersectorial (Desarrollo y Seguridad Social/ANSES, Trabajo, Justicia, Educación, Cultura, etc.) de base comunitaria; con objetivos acordes a la singularidad del usuario. Las estrategias se formulan como un proceso dinámico, flexible, consensuado con el paciente y su familia, revisado periódicamente por el equipo tratante, cuya información se actualiza permanentemente en la historia clínica. El principal eje es la inclusión social, esto no tiene que ver con la vuelta de la persona a los puntos de funcionamientos previos a la crisis, ni finaliza con la remisión del estado de riesgo cierto e inminente que motivara la internación.

Entre las competencias de los psicólogos se encuentran la vinculación socioafectiva con los referentes del usuario a partir de intervenciones psicoanalíticas, sistémicas, y psicoeducativas. Estas intervenciones posibilitan por ej. el desarrollo de herramientas individuales y familiares respecto a los indicadores de riesgo y protección, pero sobre todo, habilitan la posibilidad de historizar, resignificar, y encausar la construcción de un proyecto de vida acorde a su singularidad, intereses, y posibilidades. Para ello, es necesario identificar que sistema de apoyo integral requiere, promoviendo gradualmente la inclusión en dispositivos comunitarios en red con los efectores de salud.

Particularmente en el caso de usuarios con consumo problemático con alta vulnerabilidad social, pensar la posibilidad de inclusión por ej, en Centros de Prevención Local de las Adicciones, Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial, Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, casas de día y centros barriales, Casas Convivenciales Comunitarias, Centros Educativos Terapéuticos, dispositivos de atención a situaciones más complejas de compulsión, en una red sanitaria para desintoxicación (SEDRONAR, 2020, p. 29).

Para el caso de otros padecimientos severos sin consumo problemático, por ej. tanto los Talleres Protegidos (de oficio y transversales) de Rehabilitación en Salud Mental que se articulan con los efectores de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos

Aires; como a nivel comunitario los talleres autogestivos del tipo de emprendimientos sociolaborales, fabricas recuperadas; cooperativas barriales, etc., son dispositivos de subjetivación colectiva que apuestan a la singularidad. Ya que, legitiman y convocan a la participación en intercambios materiales, económicos y simbólicos, potencian sus habilidades y apuntalan la adquisición de nuevas, articulando en un trabajo socio terapéutico el aditivo de un pago que puede instaurar cierta regulación de goce. El objeto producido, su circulación, intercambio, y reconocimiento, mediatiza la relación con el otro, convocando al sujeto un saber hacer que en algún caso podría erigirse como suplencia.

En el caso de tratarse de una internación será fundamental evaluar si hay referentes óptimos al momento de planificar los permisos de salida y la convivencia al momento del alta. Si requiere de una externación asistida, una vez consensuado con el paciente el proyecto individual en función a la singularidad biográfica, contextual, del ciclo vital, de sus fortalezas y factores de resiliencia; se decide interdisciplinariamente la complejidad del dispositivo que requiere, ej. un subsidio habitacional; una casa de medio camino, un hogar protegido; hospital de noche, etc.

Conclusión

Se trate o no de un sujeto con consumo problemático, se está en contra de un programa abstencionista, en el caso de que sea problemático se aboga por los programas de Reducción de Riesgos y Daños (Ley IACOP) en los que la abstinencia no es obligatoria. Sus estrategias territoriales descentran la sustancia acotando los riesgos en la salud con intervenciones que promueven la adopción de prácticas menos dañinas, en un sujeto de derecho responsable de su consumo y regulación, promoviendo su inclusión en el lazo social.

BIBLIOGRAFÍA

- Lacan, J. (1975-76). El seminario 23: El Sinthome. Buenos Aires, 2006. Ed. Paidós.
- Le Poulichet, S. (2005). Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Ley Nacional de Salud Mental (26.657/2010) Boletín Oficial N° 32041.
- Ley IACOP (26934/2014). Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014). 5ta Edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires.
- SEDRONAR (2020). Modelo de Abordaje Integral Territorial de los Consumos Problemáticos Una experiencia de política pública. Presidencia de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019._modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf
- Soria, N. (2008). Confines de las psicosis. Buenos Aires: Del Bucle.