

TOXICOMANÍAS: UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Addiction: an interdisciplinary approach

Eduardo Suárez, Cecilia M. De Cristófolo, Victoria Cermelo,
Leticia Finocchi, Victoria Bevilacqua, Beatriz Pagano, Florencia Jurío,
Nancy Gauna, Alberto Ciancio y Graciela Flores

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata
Centro provincial de Atención de Adicciones-Ministerio de Salud,
Buenos Aires
cdecristofolo@yahoo.com.ar

Resumen

Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario⁵ ha sido un proyecto de extensión cuyo objetivo fue trabajar con aquellas personas que consumen y no demandan. Con ese propósito se llevaron a cabo acciones en un barrio específico y a partir del trabajo efectuado pudimos recortar un campo de trabajo, teorizarlo y plantear una clínica posible.

Palabras clave: Toxicomanías; Urgencia; Interdisciplina.

Abstract

Addiction: an interdisciplinary approach has been an extension project whose aim was to work with those who consume and do not demand. In order to get this aim, we carried on actions in an specific neighborhood and we could arrive to a field, theorize it and propose a possible clinic.

⁵ Los autores del presente trabajo participan de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología, perteneciente a la Universidad Nacional de La Plata así como también participan del Centro Provincial de Atención a las Adicciones, La Plata, Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Keywords: Addiction; Urgency; Interdiscipline.

1-Introducción

“Toxicomanías, un abordaje interdisciplinario” es un Proyecto de Extensión que parte de entender la Extensión Universitaria como las operaciones que llevan al encuentro entre la Facultad y la Comunidad, como una forma de apertura a la comunidad desde el propio campo disciplinar. Este encuentro supone necesariamente un estar junto y frente a otros saberes y discursos, a partir de los cuales empezar a dialogar, plantear los problemas y construir algunas respuestas.

Entender y definir de ese modo a la extensión universitaria nos conduce a considerar el proyecto llevado a cabo como un nexo que permitió promover la articulación entre la Comunidad, la Facultad y, en nuestro caso, la Salud.

Las toxicomanías es la problemática que nos ha reunido, problemática que puede ser abordada desde diferentes aristas. Este Proyecto de Extensión, comprendió un conjunto de acciones planificadas destinadas a producir y desarrollar cambios en las personas que consumen sustancias psicoactivas y no demandan tratamiento. Ese ha sido el recorte que orientó al proyecto, y la vertiente desde la cual nos propusimos abordar el tema.

2-Acerca del Proyecto

“Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario” ha sido un Proyecto de Extensión Universitaria que tuvo su inicio en el año 2011, en el marco de una convocatoria de la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de La Plata. Los siguientes tres años fue acreditado y subsidiado por el Centro de Extensión de Atención a la Comunidad de la Facultad de Psicología de la misma universidad. La cátedra responsable del mismo ha sido Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, materia del último año de la carrera Licenciatura en Psicología, y el trabajo realizado durante los cuatro años ha sido llevado a cabo en articulación con el Servicio Descentralizado del Centro Provincial de Atención a las Adicciones de La Plata (CPA La Plata), Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Buenos Aires.

El objetivo general del proyecto ha sido trabajar con personas que consumen y no demandan tratamiento, llevando a cabo intervenciones que produzcan respuestas específicas desde un abordaje interdisciplinario.

Propuesto el objetivo, localizamos inicialmente el obstáculo, obstáculo que puede enunciarse de la siguiente manera: *“muchas personas consumen y no se acercan al tratamiento”, o “cuando se acercan al tratamiento las personas que consumen, no logran sostenerlo”,* enunciados que profieren muchas veces los profesionales que se dedican a la atención de estos pacientes. O desde los familiares, que son quienes muchas veces los acompañan o ellos mismos consultan por sus hijos, amigos o parejas: *“¿qué se puede hacer con alguien que consume y no acepta venir a una consulta?”*. Incluso enunciados desde la misma comunidad, *“¿qué hacer con los chicos que están en las esquinas consumiendo?”*.

Son estos los interrogantes con los que nos topamos, y a los que no podíamos dar respuesta en su totalidad. Había que hacer una extracción de lo que en estos enunciados se planteaba: ¿Se puede trabajar con personas que consumen y no demandan tratamiento?, y de ser posible, ¿cómo? Podría haber sido otra la extracción, pero decidimos introducirnos en la problemática desde el costado de la no demanda. Al no haber demanda, ¿no hay acaso algo pueda ofrecerse? Este interrogante no nos aleja de los fundamentos de la clínica psicoanalítica, desde la cual pensamos el proyecto llevado adelante. *“Con oferta, he creado una demanda”,* afirma Jacques Lacan (2002: 588). ¿Qué podíamos entonces ofrecer?

3-Etapas del Proyecto

El proyecto tuvo su comienzo en el año 2011. Esa primera etapa fue de formación y capacitación técnica del equipo extensionista. Hubo que ubicar con qué de las toxicomanías y dónde se iba a trabajar. Es decir, por un lado había que particularizar la clínica que abordaríamos y por otro el terreno, el espacio en el cual íbamos a trabajar.

La clínica de las toxicomanías presenta una cierta extensión y diversidad que nos obligó a plantear, primero, cómo la entendíamos y, luego, qué especificidad recortábamos para abordarla. *“Epidemia de fin de siglo”, “Patología actual”, “Síntoma social”* son algunas de las denominaciones que recibe la problemática adictiva. Más allá de las disquisiciones

que cada una de ellas introduce al interior del psicoanálisis mismo, lo que es cierto es que asistimos a una presentación que, si bien no es nueva, reúne actualmente características epidémicas y que presenta dificultades al abordaje psicoanalítico. No se adviene al dispositivo clásico y, por ende, si deseamos ocuparnos de ella algo debemos inventar.

En cuanto al escenario en el cual se llevó a cabo nuestra intervención, se localizó un barrio de la ciudad de La Plata, y en un radio definido. Trabajar en un barrio implica, por un lado, hacerlo por fuera de una institución. Y ello implica que nos topemos con una multiplicidad de pedidos y necesidades de la comunidad. Radica aquí justamente la primera intervención: hay operar sobre esa variedad recortando un campo de trabajo. Escenario y campo de trabajo que se fueron construyendo y armando a la par.

La segunda etapa del proyecto, que tuvo lugar durante el año 2012, fue la etapa diagnóstica, etapa específica llevada a cabo en el barrio. Se empezó a circular en el barrio, por espacios individuales y por espacios de la comunidad, en diálogo con otras instituciones del barrio, (escuelas, unidad sanitaria, club del barrio, ONG). Ese circular nos orientó en la necesidad de trabajar con jóvenes que consumen y no demandan. Para explicararnos en este punto una cita citamos una breve crónica:

- *¿Por qué hay tantos chicos en la calle consumiendo?*
- *“por problemas familiares”, “porque sus padres no se ocupan de ellos”.*
- *¿Qué logran drogándose?, ¿Son enfermos?*
- *“no, son vagos”*
- *¿Por qué las drogas son un problema en el barrio?*
- *“Se puede ayudar a estos jóvenes con trabajo, deportes, ¿pero cómo?.. no vaya a ser cosa que con la plata del trabajo consuman más”.*

Con el correr del tiempo algunas mujeres se acercaron para decirnos que algunos chicos de las esquinas eran sus hijos; las mismas mujeres que cuando se empezó a trabajar pidieron denunciar a las personas que vendían droga. Comenzamos entonces a trabajar con ellas tanto en un espacio grupal como individual, recién allí se ofertó el recurso de la unidad sanitaria para realizar las entrevistas.

4-La experiencia situada: delimitación del campo de trabajo

La siguiente etapa, llevada a cabo durante el año 2013, permitió poner en forma el diagnóstico a partir de haber recortado el campo de trabajo y la implementación de dispositivos específicos. Por un lado, se comenzó a trabajar con jóvenes en talleres que se realizaban en el barrio, en un lugar específico y en un día y horario puntual. Se trataba de talleres deportivos y recreativos, que se ofertaban dos veces por semana y a los cuales los jóvenes comenzaron a acercarse. Por otro lado, se llevó a cabo la presencia en las instituciones por donde transitaban estos jóvenes (escuelas, servicios locales, servicios zonales).

Ubicamos un campo de trabajo, lo describimos a partir de lo que detalla Beatriz Pagano:

“(...) jóvenes solos, a veces acompañados por sus padres que vacilan en el ejercicio de su función. Jóvenes que habitan las calles, las plazas, lo público, sin escolaridad o con serias dificultades para sostenerla, inmersos en situaciones de riesgos constantes. Jóvenes cuyas familias suelen encontrarse excluidas socialmente (...) jóvenes que forman parte de algún grupo, con códigos propios donde cuesta ubicar alguna marca singular, pues más bien se escucha lo uniforme: drogas, violencia, delitos.” (2014:17).

Junto a ese campo recortado, hay un quehacer que se liga él, pero a su vez y al mismo tiempo, hay una formalización que acompaña ese quehacer, y de esa manera el campo en el que se trabaja se vuelve a la vez un campo que se investiga. Surge de esa manera una operación de encuentro entre el quehacer/ qué hacer (costado del trabajo en y con la comunidad: talleres, trabajo en las escuelas, presencia en las instituciones por donde circulan los jóvenes) y la formalización/ investigación (alude al costado de la formación). Esta operación de enlace necesita del tiempo, pero no de cualquier tiempo, o al menos no es suficiente el tiempo cronológico ni los tiempos del cronograma que supone el proyecto, sino los tiempos lógicos: ver, comprender, concluir. Necesita también del trabajo en equipo. ¿Qué entendemos por trabajo en equipo? Son las acciones, actividades sistemáticas y programadas en las que se articulan distintos saberes, y no se reduce al trabajo simultáneo sin coordinación de varias personas en relación a un mismo asunto. El trabajo en equipo

surge del encuentro con otros para trabajar y pensar desde allí la problemática que nos reúne.

Todo ello permitió que el campo “JÓVENES” adquiriera otra denominación: “LO MUDO y LO CRÍTICO”. Pero esto no implica otra manera de nombrar lo mismo, porque ya esta otra designación supone un desplazamiento, supone haber podido hacer algo en eso que de entrada se presentaba. Y a su vez implica otro quehacer diferente. Nuevo campo recortado y formalizado, que permite operar sobre el diagramado de nuevas intervenciones y el armado de dispositivos.

Pasamos entonces de “trabajar con jóvenes” a “trabajar con lo mudo y lo crítico”. Describamos fenomenológicamente qué entendemos por ello. Tomemos una viñeta que comenta también Beatriz Pagano en el mismo artículo citado anteriormente:

“Jorge concurre a la entrevista acompañado por su madre. Todo está mal, Jorge está consumiendo, anda en la calle y en cualquier momento algo le puede pasar. Con estos dichos la mamá de Jorge da comienzo a la entrevista. El joven, con mucho enojo, acusa a su madre de su situación de consumo, de calle, la acusa de abandonarlo no sólo a él sino también a sus hermanos. A la siguiente entrevista, a la cual Jorge concurre solo, trae una canción que hizo en el taller de música. ‘La vieja es amor, la vieja es toda mi pasión, porque a pesar de todo ella me hace el aguante y seguís siendo lo que siempre me llevó adelante.’ Todo pasó a estar bien (...)” (2014:174).

Schutz (1932: 37 y ss.) incorpora a las Ciencias Sociales el método de la fenomenología. Para ello define a la realidad como un mundo en el que los fenómenos están dados, sin importar si éstos son reales, ideales, imaginarios, etc. Se considera, entonces, un mundo de la vida cotidiana que los sujetos viven en una actitud natural, desde el sentido común. Esta actitud frente a la realidad permite a los sujetos suponer un mundo social externo regido por leyes, en el que cada sujeto vive experiencias significativas y asume que otros también las viven, pues es posible ponerse en el lugar de otros; desde esta actitud natural el sujeto asume que la realidad es comprensible desde los conceptos del sentido común que maneja, y que esa comprensión es correcta.

Entender las motivaciones que nos llevaron a pensar a los talleres, como formas estratégicas de acercamiento a la comunidad y sus proble-

mas, no surgieron de manera automática, unívoca o casual sino que, son construcciones realizadas y consensuadas en largas jornadas de trabajo interdisciplinario donde todas las voces de los diferentes actores se pusieron en juego, en las que se trazó el hilo conductor y un objetivo en común.

Es así que los talleres fueron pensados como dispositivos flexibles de ingreso al barrio para que la comunidad tenga acceso a información y orientación específica sobre los servicios que la institución presta. Además han sido espacios donde propiciar la circulación de la palabra, a la vez de la posibilidad de interactuar con otros. La realización de los talleres permitió que los sujetos fueran capaces de poder poner en palabras lo que les generaba inquietud, malestar con lo cual pudimos maniobrar, y tener más claridad con la real problemática que los afectaba, en este caso el consumo, y así poder abordarla.

La presencia en territorio de los diferentes profesionales permite generar lazos de confianza entre los habitantes, construyendo una red entre ellos y las instituciones formales de la comunidad, es decir, se articula entre las familias y las escuelas, Unidades Sanitarias, Clubes del barrio, Servicio Local, en los que se permite que ese vínculo sea un facilitador a la hora de la atención de la problemática y, en nuestro caso, intervenir si es que los sujetos están atravesando por un proceso de consumo de sustancias.

Así, y en el marco de la siguiente etapa llevada a cabo durante el año 2014, leímos una clínica posible donde intervenir, ligada al sujeto, y no a lo social, por más que nuestra intervención se desarrolle en un barrio. Con nuestra presencia alguien puede empezar a hablar, y esto es por ofertar una escucha. Y cuando alguien empieza a hablar, algo del orden de lo subjetivo de puede empezar a escuchar.

Ahora bien, de ese campo que describimos en términos de “lo mudo y lo crítico”, se recortó una clínica posible donde intervenir: la urgencia. Y es justamente esta clínica, la clínica de la urgencia, la que fundamenta y justifica que nuestro abordaje no sea otro que el abordaje interdisciplinario.

5-Abordaje interdisciplinario de la urgencia

Partamos de una primera definición: cuando de urgencia se trata, el profesional con lo que se encuentra es con “situaciones”, no se encuentra

con diagnósticos, se encuentra con situaciones que se traducirán en síntomas psíquicos, en síntomas somáticos, en conductas o alteraciones del comportamiento que ponen en riesgo a quien lo padece o a terceros, a conductas que a veces los enfrenta a la ley. Por ende, es necesario que un abordaje psicológico, psiquiátrico, médico y legal, la urgencia requiera del armado de un equipo para responder y atender a esas situaciones con las que nos encontramos.

Considerar la clínica de la urgencia, implica tener en cuenta que se tratará de un encuentro no programado, algo surge disruptivamente y se vuelve ocasión para intervenir. La urgencia no conoce de horarios ni lugares, se precipita algo en horarios y lugares diversos y adversos. Lo aparentemente característico de la urgencia es lo agudo de la situación, el hecho de “estar en crisis”. Frente a la urgencia, hay que intervenir. Pero, ¿cómo hacer para que esa toma de decisiones no sea errónea?, ¿cómo hacer para que la prisa por concluir que invade no nos lleve a veces a precipitar acciones sin efecto? El trabajo con otros, el abordaje en equipo de la urgencia, permite instaurar a la crisis y a la urgencia en un tiempo que no tienen, se vuelve así posible instalar un intervalo, condición para poder intervenir. Se intenta a partir del trabajo con otros de instalar el tiempo de comprender, tiempo ausente en la urgencia en la medida en que, como señala Emilio Vachetto (2009: 139 y ss.) en la urgencia subjetiva se produce más bien plegamiento entre el instante de ver y el momento de concluir. Característica ésta de los tiempos que corren, funcionamientos definidos por la aceleración y el apremio, que conducen al decir de Alicia Donghi, a una compulsión sin tiempo (2006: 48 y ss.). Ahora bien, ¿cómo hacer para inventar un dispositivo que esté a la altura de las circunstancias, un dispositivo que se aparte de las características de la época y se oponga a la eficiencia y rapidez colectivizante de ciertos discursos, un tiempo y un saber hacer allí en pos de producir algún efecto posible, apuntando al sujeto uno por uno?

¿Cómo entiende la urgencia cada disciplina?

Desde la medicina se diferencian dos términos: urgencia médica y emergencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia médica como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminen-

te de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.” No existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo para evitar complicaciones mayores. Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia, no todas las urgencias son iguales, y urgencia no es sinónimo de gravedad, es decir, no siempre lo urgente es grave. En cambio la emergencia se define como “aquel caso en el que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos”. Es una situación crítica de riesgo vital inminente, en la que la vida puede estar en riesgo por la gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

Una vez efectuada esta distinción, entre urgencia y emergencia, consideraremos el tema que nos convoca al interior del equipo al encuentro con la medicina: las urgencias toxicológicas. La OMS considera que la intoxicación es un estado consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, del estado afectivo, del comportamiento de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas específicas. En la misma línea el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV (1995: 181 y ss.) describe la intoxicación por sustancias en relación a la aparición de un síndrome caracterizado por un conjunto de signos y síntomas que es reversible y que es específico de la sustancia consumida.

Ubicadas entonces las urgencias toxicológicas, la medicina distingue la sobredosis, como una emergencia médica, en tanto se trata de una reacción natural del cuerpo frente a un exceso de drogas o una combinación de ellas, se pierde la capacidad de tolerar la sustancia tóxica. La reacción puede conllevar pérdida de conocimiento, incapacidad para sostener la respiración, insuficiencia o falla cardíaca, convulsiones, la muerte.

El psicoanálisis, por su parte, le agrega a la urgencia un adjetivo calificativo: se habla de urgencia subjetiva. ¿Y por qué? Precisamente porque así como el médico en la urgencia concibe que hay cosas por hacer y actúa por ello directamente sobre los hechos, los practicantes del psicoanálisis en cambio introducimos otra dimensión del tiempo, como señala Gabriela Salomon (2003), que no es sin prisa pero con pausa.

“Introducimos la pregunta por la causa, que debe ser la preocupación del analista ya que ningún significado calma al sujeto, sino la preocupa-

ción por la causa. Pensamos la urgencia desde la orientación lacaniana como una ruptura aguda de la cadena significativa y la apuesta de un analista será la de reinsertar al sujeto en la misma. En la urgencia presuponemos que allí hay un sujeto de entrada pero será como efecto après coup que verificaremos que allí emergió el sujeto del inconsciente, un sujeto que se implique en sus dichos.”

Es por esto que desde el psicoanálisis la urgencia es siempre subjetiva.

Lacan decía que la urgencia es lo imposible de soportar para un sujeto al que nada divierte, lo imposible, lo real, sin imaginario que lo cubra. Lo que no se inscribe como repetición, se manifiesta como dolor, sufrimiento insoportable, señal de lo que no anda y se presenta como ruptura aguda, un quiebre de la homeostasis como que la vida transcurría, algo ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos familiares y amorosos. Esta irrupción de fenómenos extraños, no ubicable dentro de la lógica que hasta ese momento imperaba, sume al sujeto en un padecimiento que desborda los límites de la intimidad psíquica y en muchos casos los límites del propio cuerpo. La urgencia en este sentido, y siguiendo lo que plantea Ricardo Seldes (2004: 34 y ss.), implica siempre un desborde, desborde que desde el punto de vista clínico puede manifestarse con fenómenos tanto del orden de la verborragia como de un mutismo inmovible. Son momentos de crisis en la vida de un sujeto que, al no poder dar cuenta del sufrimiento que padece, se queda sin imágenes y sin palabras, encerrado en un mutismo que lo lleva a acciones desesperadas para aliviar la angustia que lo invade. Si en la urgencia hay una ruptura de la cadena significativa, el sujeto pierde en ella consistencia al no encontrar la articulación necesaria S1-S2 a través de la cual se representa, el sujeto pierde en la urgencia toda referencia. De allí que en la urgencia el sujeto recurra al pasaje al acto o al acting out, en la medida que el sujeto se ubica en la posición “yo no pienso, soy”.

Beatriz Pagano (2011: 131 y ss.) afirma que el analista sabe que no alcanza a producir la eficacia apelando solamente a la palabra y con el joven, aun así lo primero que puede ofrecer el analista es su presencia, una presencia a través de la escucha que permite precisamente que se despliegue la palabra, palabra no sólo del paciente, sino también de la familia, de los otros que acompañan al paciente, pero también de los

otros que acompañan al analista, es decir, la presencia del analista permite que también se despliegue la palabra del equipo.

Antes de concluir consideraremos también el aporte del trabajo legal a la constitución de nuestro equipo de trabajo. ¿Por qué incluir un abogado en el equipo que conformamos? El aporte del trabajo legal es precisamente brindar asistencia jurídica, asesorar tanto a los pacientes como al equipo mismo, en cuanto al conocimiento de leyes, normas y procedimientos en asuntos específicos. Decíamos anteriormente, que en la urgencia nos encontramos ante una situación, y esa situación puede tener muchas veces implicancias legales. Por otro lado, sabemos y entendemos que la introducción de la ley, permite muchas veces acotar cierto exceso, implica introducir un orden allí donde no lo hay.

No se trata de otorgar desde el discurso jurídico el significante “delincuente”, ni desde el discurso médico el de “enfermo”, para venir a representar a aquellos que consumen. En el armado de nuestros dispositivos damos lugar al despliegue de una palabra, precisamente esa palabra que con el consumo es silenciada, porque si consideramos la urgencia como lo imposible de soportar, la eficacia de nuestros dispositivos consiste justamente en precisar a través de la palabra eso insoportable, para poder así extraer de ello sus consecuencias.

Bibliografía consultada:

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Cuarta Versión*. Barcelona: Masson S.A.
- Donghi, A. (2006). “La compulsión en los tiempos que corren”, pp. 43-51. En Donghi, A. (ed.) *Innovaciones de la práctica. Dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Buenos Aires: JCE Ediciones
- Lacan, J. (2002) “La dirección de la cura y los principios de su poder”, pp. 559-615. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión*.
- Pagano, M. B. (2014). “Todo bien, todo mal. Avatares en la constitución subjetiva”, pp. 173-182. En Antonietti, M. (ed.) *De tóxicos y tónicos 2, apuesta psicoanalítica*. La Plata: De tóxicos y tónicos editorial.

- (2011). "Adicciones: una experiencia de trabajo en un barrio marginal", pp. 125-132. En Antonietti, M. (ed.) *De tóxicos y tónicos, apuesta psicoanalítica*. La Plata: De tóxicos y tónicos editorial.
- Salomon, G. (2003). "El psicoanálisis en las instituciones - El psicoanalista en la urgencia". Captura en línea el 29/09/2015 desde <http://ea.eol.org.ar/01/es/template.asp?simultaneas/psicoycuerpo/capdec/gsalomon.html>
- Schutz, A. (2010). *Problemas de fenomenología social*. Buenos Aires: Prometeo Editorial.
- Seldes, R. (2004). "La Urgencia subjetiva, un nuevo tiempo", pp. 34-37. En Bela-ga, G. (ed.) *La Urgencia Generalizada*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Vachetto, E. (2009). "Preguntas y respuestas a la urgencia subjetiva", pp. 137-145. En Sotelo, I. (ed.) *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

De los autores:

Néstor Eduardo Suárez. Lic. en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Profesor Asociado de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes; y profesor a cargo del Seminario "Introducción a la clínica Lacaniana", ambas dependientes de la Facultad de Psicología, UNLP.

Director del proyecto de investigación: "Las elaboraciones subjetivas del trauma", dependiente del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UNLP. Director del proyecto de investigación: "Respuestas al trauma en la época. De la clínica en lo social", proyecto en evaluación, Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP.

Director del proyecto de extensión "Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario", Centro de Extensión de Atención a la Comunidad de la Facultad de Psicología, UNLP.

Es miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) y actualmente, es director de la Escuela de la Orientación Lacaniana, sección La Plata.

Cecilia Mariana De Cristófolo. Lic. en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Ayudante Diplomado de la cátedra Teoría Psicoanalítica, Facultad de Psicología, UNLP.

Integrante del proyecto de investigación "Las variedades del autismo: sistematización y evaluación de la demanda asistencial. Segunda parte" y colaboradora en el proyecto de investigación "Referencia a la función paterna en la caracterización psicoanalítica de las llamadas Presentaciones Actua-

les del padecimiento subjetivo”, ambos dependientes de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP. Integrante del Proyecto de Investigación “El síntoma social en el psicoanálisis contemporáneo”, en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UNLP.

Codirectora del proyecto de extensión “Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario”, Centro de Extensión de Atención a la Comunidad dependiente de la Facultad de Psicología, UNLP.

Psicóloga Interina en el Servicio de Nutrición del Hospital de Niños Sor María Ludovica, en el área de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

María Beatriz Pagano. Lic. y Prof. en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata desde 1992. Psicóloga, tanto en el ámbito privado como institucional, desde el año 1994.

Es parte de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Colaboradora docente de la pasantía clínica de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes en el CPA de La Plata durante el ciclo 2009.

Colaboradora Docente en el seminario optativo de la Licenciatura en Psicología Toxicomanías a cargo de la Profesora Adjunta Dra. Cecilia Pla (2005-2006). Colaboradora en la Cátedra Psicopatología I de la carrera Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (1992 /1994).

Participante del proyecto de extensión Toxicomanías, abordaje interdisciplinario, Centro de Extensión de Atención a la Comunidad, Facultad de Psicología (UNLP) (2011 /2015).

Victoria Cermelo. Lic. en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Directora técnica del Centro de Día “Aprender” para personas con capacidades diferentes, La Plata. Integrante de la Comisión de consumo problemático de sustancias del Colegio de Psicólogos, Distrito XI, La Plata.

Integrante del Proyecto de Extensión Universitaria UNLP “Toxicomanías-abordaje interdisciplinario”. Participación en la “Pasantía Comunitaria” dependiente del mismo.

Expositora en la Jornada de cierre del Proyecto de Extensión “Toxicomanías-abordaje Interdisciplinario”, UNLP (2011).

Victoria Bevilacqua. Lic. en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata.

Ex- Pasante del Centro de Prevención de las Adicciones (CPA) de La Plata, dependiente de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

Participante en el proyecto de extensión “Toxicomanías, un abordaje interdisciplinario”; desde el año 2011 de la Facultad de Psicología (UNLP).

Graciela Cristina Flores. Es Médica por la Universidad Nacional de La Plata. Ex residente y jefa de residentes del Hospital General de Agudos Manuel Belgrano, partido de San Martín, provincia de Buenos Aires.

Es Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Actualmente integrante de los equipos interdisciplinarios del Centro de Prevención de las Adicciones (CPA) dependiente del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires en las localidades de La Plata y Berisso, realizando asistencia de pacientes y trabajo comunitario.

Raúl Alberto Ciancio. Es Lic. en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata desde 1994. Magister en Drogodependencia por la Universidad del Salvador (1997). Participa desde 1994 en la Secretaría de Prevención y Asistencia de la Adicciones, dependiente de la provincia de Bs. As.

Actualmente desarrolla actividades en el dispositivo terapéutico de Consultorios Externos en la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la provincia de Bs. As.

María Florencia Jurío. Prof. y Lic. en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Especializanda en Clínica Psicoanalítica de Adultos en el Colegio de Psicólogos de la ciudad de La Plata.

Trabaja en la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Bs. As. desde 1998.

Extensionista graduada del Proyecto de Extensión "Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario", Facultad de Psicología de la UNLP. Extensionista colaboradora en el

Proyecto de Investigación: Derechos Humanos y Desarrollo Comunitario de la Cátedra de Psicología Forense de la Carrera de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Nancy Gauna. Lic. en Trabajo Social por la Universidad Nacional de La Plata. Actualmente cursa la carrera de Posgrado "Especialización en Políticas Sociales" en la UNLP.

Participa del proyecto de extensión "Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario", dependiente de la Facultad de Psicología (UNLP).

Es parte del equipo de trabajo en el Centro de Prevención de las Adicciones (CPA) dependiente del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires.

Participó como docente en el Plan FinEs2 dependiente de la Dirección de Educación de Adultos, (DGCyE) durante 2015.