

Ser o no ser paciente para el HEPTA

Por Andrea Grosso

Andrea Grosso. Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Servicio Social. Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”. Buenos Aires, Argentina.

Segundo año de Residencia. Esta vez, y ya bastante más habituada, me sumerjo en el mundo de la internación psiquiátrica. Elección: Sala de Adolescencia. Durante un año transcurri en el hospital escuchando todo aquello que sucedía en esta Sala: que los pibes encerrados, que los pibes sobremedicados, que los pibes contenidos...

Quise conocer ese mundo. Quería volver a trabajar con adolescentes. Allí fuimos, yo y todas mis expectativas. Fui con el más profundo deseo de poder quebrantar algo de todos aquellos aterradores dichos. Por mínimo que fuera, al menos en algún aspecto del tratamiento de los pacientes con los que yo fuera a trabajar.

Conozco a Joel a la semana de su ingreso a la sala de Adolescencia de este hospital (julio 2011). Me convoca a integrarme al equipo tratante su médico, quien creía necesario la inclusión del servicio social para posibilitar el ingreso de Joel a una comunidad terapéutica cerrada por su condición de “adicto”. Conozco a Mariano a fines de julio de 2011. Mariano había ingresado a la Sala de Adolescencia de este hospital un año antes que yo, en septiembre de 2010. Servicio Social venía trabajando en su tratamiento por presentar una situación socio familiar compleja y por las dificultades que presentaba su derivación por su condición de “adicto”.

Antes de desarrollar el devenir de Joel y Mariano a lo largo de sus tratamientos, convoco a recordar los debates sucedidos al interior de este hospital, en el último trimestre de 2010, acerca de los abordajes y tratamientos de pacientes que... *“no son para este hospital”*, y que transcurrido poco más de un año de dichos debates, aún parecen permanecer vigentes.

A mediados de aquél año, a partir de sucesos inesperados acontecidos en el devenir del tratamiento de algunos pacientes, de manera autogestiva, los profesionales del hospital, profesionales de planta, residentes y concurrentes de todas las disciplinas y de todos los Servicios, comienzan a reunirse, bajo la modalidad de asambleas a fin de poder definir el perfil de los pacientes que demandan asistencia de esta institución, la necesidad de tratamiento que estos requieren y las competencias y posibilidades institucionales de llevar a cabo el mismo.

Estas asambleas entonces, permitirían reflexionar acerca de la propia práctica institucional que debido a la emergencia de estos sucesos inesperados, sentía no hallar un rumbo, padecía una pérdida de identidad respecto de sus mandatos institucionales.

Acerca del perfil de los sujetos que demandan atención el documento menciona: *“no es una población homogénea, pero su común denominador es una ruptura del lazo social”, “carecen de experiencia laboral”, “están fuera del sistema escolar”, “presentan consumo de drogas”, “suelen no tener familia”, “pérdida de un horizonte que les de sentido”, “no cuentan con referentes familiares que puedan acompañar su padecimiento”, “muchos han estado en situación*

de calle”, “*presentan problemas de alimentación*”, “*vinculados con antecedentes delictivos*”.

Acerca de sus rasgos clínicos prevalentes el documento señala: “*se caracterizan por imprevisibilidad, impulsividad, inmediatez, autoagresiones, demandantes, pobreza simbólica, en algunas situaciones presentan descarga psicomotriz con súbitos actos violentos, dificultades para vincularse con los otros. Psiquiátricamente son concebidos muchas veces como pacientes con patología dual (síntomas psicóticos con abuso de sustancias). Presencia de excitación psicomotriz, retraso mental, trastorno de control de los impulsos*”.

Finalmente, del análisis del perfil de los pacientes que llegan a la consulta los equipos reunidos arriban a la conclusión de que para su atención se requiere “*tiempo adecuado para el tratamiento, recurso humano calificado con formación constante en el abordaje de las problemáticas que se presentan, trabajo interdisciplinario con espacios de reunión y reflexión sobre la práctica y acompañamiento intensivo, (...)*”.

¿¿Complicado??

Los profesionales concluyen que a causa de la complejidad de las situaciones abordadas el hospital se encuentra con pacientes que permanecen internados por tiempo indeterminado a causa de la imposibilidad de hallar un dispositivo que lo aloje por fuera de la institución, con pacientes que presentan reiteradas internaciones que entienden, de recibir un abordaje adecuado podrían evitarse, con pacientes que reciben tratamiento en Hepta presentando muchas de las condiciones de exclusión que la reglamentación establece, etc.

Dada la escasez de recursos existentes para poder brindar un debido tratamiento a los sujetos que demandan intervención en este hospital, sumada a las dificultades presentadas por los profesionales ante la falta de un marco institucional de referencia, los profesionales reunidos en las asambleas han concluido que el quehacer institucional se halla atravesado por “*temor del personal a ser agredidos, lo que provoca la fragmentación dentro de la institución por una respuesta sectorial de defensa, esta fragmentación genera dificultad para la continuidad de las intervenciones de las distintas áreas, reproduciendo de este modo, la misma disfuncionalidad que se observa en toda la red asistencial, dando como resultado una intervención expulsiva*”.

Me atrevo a inferir que mucho de lo manifiesto en este informe encuentra su fundamento en comprender que el padecimiento psíquico se halla directamente relacionado con las condiciones materiales de existencia de un sujeto y con los modos particulares que adquieren las relaciones sociales y culturales (eventos estos que en sociedades como las nuestras están en permanente movimiento, transformación). Si así es como se comprende el padecimiento mental en esta institución, debería comprenderse también que, según cómo se expresen esos factores en el devenir de la vida de un sujeto, será variable el modo de presentación de una problemática de salud mental.

Concluyo entonces, en que desde hace un tiempo a esta parte, y como consecuencia de la expresión de padecimientos psíquicos en sus nuevas modalidades, la demanda de atención y tratamiento que arriba al hospital se convierte en una demanda que a los fines de las normativas institucionales (terapias breves, atención de cuadros agudos) resultan complejas de abordar.

Desde la teoría social resulta evidente comprender que si el modo de expresión de la Cuestión Social *-I-* varía, necesariamente deberían modificarse los modos de abordaje de dicha expre-

-I- “Cuestión Social” es un término usualmente utilizado en el campo de lo social para definir al conjunto de desigualdades sociales que afectan las condiciones de reproducción material y social de los sujetos individuales y colectivos

sión. Sin embargo, esta flexibilidad necesaria para el abordaje no resulta tan evidente para las instituciones que presentan una misión clara y concreta y en cuyo quehacer diario se internaliza la norma (como sucede con el HEPTA).

Al respecto, el Dr. Carballeda enuncia que como consecuencia de las transformaciones sufridas por la sociedad argentina en las últimas décadas neoliberales (nuevas formas de pobreza, desempleo, incertidumbre acerca del futuro, crisis del contrato social), *“nuevos actores se presentan en el espacio del hospital público, víctimas de la injusticia, la fragmentación social y el disciplinamiento del mercado (...). Este nuevo escenario, a su vez genera que nuevas problemáticas sociales complejas, como la drogadicción, la violencia cotidiana, el abandono, el hambre, interpelen en forma dramática a la institución psiquiátrica. (...) La institución, ante estas nuevas demandas imprevistas parece no encontrarse preparada y en cada respuesta se ponen en cuestión los sentidos de sus aspectos fundacionales y la lógica de su funcionamiento (...). Las estructuras de funcionamiento parecieran no poder adaptarse a las nuevas demandas del contexto.”* (Carballeda).

Demandas que se construyen como consecuencia de los modos posibles que cada sujeto emplea para adaptarse, dentro de sus posibilidades materiales, culturales y singulares, a las exigencias de este nuevo contexto, caracterizado por la competitividad, la marginalidad, etc.

Por lo tanto, lo que surge en términos analíticos como consecuencia de las asambleas es una descripción acrítica del sujeto que demanda intervención, ignorando el componente histórico, social y cultural que construyó de ese sujeto un paciente de esta institución.

En este contexto afirma el Dr. Carballeda *“el sujeto que emerge no es el esperado por los viejos mandatos institucionales (y por lo tal) muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de objeto no anhelado (...)”*

Ahora bien, pese a no anhelar estos pacientes, lo cierto es que, muy a su pesar, llegan. Muchos de ellos llegan a la Sala de Adolescencia... ¿cómo aborda esta sala el padecimiento de estos nuevos sujetos inesperados?

Acerca de la Sala

De acuerdo a las misiones y funciones del hospital, el objetivo de esta Sala de internación es la atención de los pacientes atravesando cuadros agudos de entre 14 y 20 años de edad, a fin de lograr su estabilización y la posterior reinserción social sujeto a un tratamiento ambulatorio adecuado.

El plantel de profesionales está conformado por 7 médicos psiquiatras (uno de los cuales es el Jefe del Servicio), 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional y 2 trabajadoras sociales con media carga horaria asignada a este servicio.

Durante la internación, los pacientes reciben tratamiento psicológico y psiquiátrico y, sujeto a necesidad de la situación personal, familiar y social del paciente, sumado a la disponibilidad del profesional, recibe también tratamiento de Servicio Social y Terapia Ocupacional.

La Sala ofrece, a los jóvenes internados, diversos talleres recreativos, coordinados, en su mayoría por la única terapeuta ocupacional que se desempeña profesionalmente en este servicio, y sostenidos por personas que de manera voluntaria deciden realizar alguna actividad recreativa para estos jóvenes. A lo largo del período en el que he trabajado en esta sala, han funcionado talleres de literatura y escritura, de poesía, de periodismo, de tejido, etc. Lamentablemente, y

por el carácter voluntario que adquieren estos talleres, resulta dificultoso que los mismos se sostengan en el tiempo.

Respecto a la ubicación y características edilicias de la Sala, la misma se ubica en el corazón del predio del hospital, enfrentada al módulo edilicio correspondiente a la Dirección. La Sala se compone de tres espacios comunes (comedor, sum y patio), en los que los jóvenes desarrollan actividades cotidianas, una oficina de enfermería desde donde puede observarse la totalidad de la sala y seis habitaciones, ubicadas tres a cada lado de esta oficina.

Para ingresar a la Sala, resulta necesario atravesar la puerta de entrada, la cual permanece constantemente cerrada con llave, a la vez que vigilada por personal de seguridad, quienes permiten el ingreso y egreso de personas a la sala.

El patio de la sala se constituye en el único espacio abierto al cual los jóvenes allí internados tienen acceso. Este patio resulta ser el único que mantiene una conexión con el exterior (pero interior del hospital) a través de sus rejas.

En el centro de la Sala se ubica la oficina de enfermería, desde la cual puede observarse no sólo las habitaciones de los jóvenes, sino también los espacios comunes. Es importante destacar que aquellos lugares a donde la visión de los enfermeros ubicados en esta oficina no llega, se encuentran igualmente vigilados por medio de cámaras de seguridad, cuya visión se observa a través de monitores ubicados en la oficina de enfermería.

Acerca del tratamiento de sujetos inesperados

Joel

Joel ingresa a la guardia del Hepta el día 10 de junio de 2011 con diagnóstico de episodio psicótico secundario a consumo de drogas. Esta se constituye en su primera internación psiquiátrica.

Joel tiene 19 años, reside junto a su padre en el partido de Quilmes. Su familia, compuesta por padre, tía y hermana, resulta ser una familia que favorece el tratamiento del joven, mostrándose preocupada por el devenir de su padecimiento y ocupados en las sugerencias dadas por el equipo tratante.

Familia de condiciones materiales humildes. Por rama materna familia gitana. Madre ama de casa y hermanas estudiantes. Es relevante destacar que si bien la madre no ha concurrido al hospital durante el período de internación de Joel por razones de salud, sostiene una relación de cariño con su hijo quien la visita regularmente.

Por rama paterna, su padre es cuentapropista. Dispone de un micro tipo escolar con el que desarrolla todo tipo de actividad de transporte de pasajeros. Además cuenta con un beneficio socio asistencial (“Argentina trabaja”).

Joel ha convivido, a lo largo de su vida tanto en la casa materna como en la de su padre. La última vez que se mudó a casa de su padre, lo había realizado pocos meses antes de su internación a causa de las dificultades que presentó su madre para contenerlo y ayudarlo con su problemática de consumo.

Cursó hasta el 8º año de la escolaridad primaria y nunca se ha desempeñado laboralmente.

Al momento del ingreso a este hospital, Joel disponía de un turno obtenido por su padre para admisión en el CPA -2- de Quilmes. Tanto Joel como su padre refieren que antes de su internación había intentado realizar tratamiento por consumo de drogas allí, resultando insatisfactorio dicho tratamiento por reiteradas inasistencias de Joel.

Durante el tratamiento me incluyo como parte del equipo de familia. Al inicio de mi intervención mantengo sistemáticas reuniones con el conjunto del equipo tratante a fin de repensar la estrategia acorde para favorecer el tratamiento de Joel.

El equipo se constituye por un médico psiquiatra, una psicóloga individual, una psicóloga de familia y yo, trabajadora social. Durante las primeras reuniones se discutió al interior del equipo la pertinencia de solicitar dispositivo de comunidad Terapéutica para Joel. Quienes teníamos mayor contacto con la familia considerábamos que un tratamiento que trabaje específicamente su situación de consumo podría realizarse de manera ambulatoria, si se sostenía un tratamiento, también ambulatorio, por servicio de consultorios externos de este hospital. Apostando fuertemente a la mayor comunicación y articulación posible entre el Hepta, la familia, Joel y el CPA.

Para el médico y la psicóloga, la Comunidad Terapéutica cerrada era el recurso adecuado a causa de su escasa conciencia de enfermedad.

Luego de arduas discusiones se consensuó, ya transcurrido un mes de internación, dar inicio a los permisos de salida junto a su familia para evaluar si ésta resultaba contenedora para Joel ante la posibilidad de un episodio de consumo (como si en el hospital no existiera tal posibilidad).

Resulta importante mencionar que Joel inició su consumo a los 14 años de edad, consumía sólo y en su habitación, generalmente a lo largo de la noche.

Luego de evaluado como satisfactorio el primer permiso de fin de semana, se emprende el contacto con el CPA Quilmes para considerar interinstitucionalmente la pertinencia de iniciar tratamiento allí. Se presenta la situación de Joel a la directora de la institución y se acuerda fecha para entrevista de admisión.

En paralelo se trabajó con Joel la importancia, a los fines de que su tratamiento resultara satisfactorio y él pudiera emprender sus proyectos personales, de dar inicio a un tratamiento por consumo de sustancias.

Una vez admitido en el CPA, se mantuvo permanente contacto con el equipo tratante de aquella institución a fin de elaborar interinstitucionalmente la estrategia a seguir y posibilitar la externación del joven.

Finalmente, el día 23 de septiembre se lleva a cabo la externación de Joel quien, hasta la actualidad realiza tratamiento conjunto en el Hepta y el CPA.

Mariano

Mariano ha sufrido dos internaciones en este hospital. Relataré a continuación todo lo recabado acerca de su primer internación a partir de una minuciosa lectura de su historia clínica. Es en su segunda internación cuando me incluyo como parte integrante de su equipo tratante.

-2- CPA= Centros Provinciales de atención, dependientes del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación de personas. afectadas por situaciones de consumo problemático de sustancias, o que requieren asesoramiento en relación a la temática. Están conformados por un equipo técnico de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios.

Mariano ingresa por guardia al HEPTA el día 12 de septiembre de 2010 acompañado por su empleador al observar al joven alucinado, según refiere como consecuencia del consumo de drogas.

Antecedentes familiares y socio familiares: el padre de Mariano concurre convocado por el equipo de guardia. Cuenta que Mariano convive junto a él en la localidad de Hurlingham aunque según refiere, su hijo desde los ocho años de edad se iba de la casa, muchas veces llevándose dinero, para luego regresar. Estas conductas de idas y vueltas se fueron manteniendo en el tiempo. Agrega que Andrea, la madre, hizo abandono del hogar familiar cuando Mariano tenía cuatro años de edad.

Andrea, la madre del paciente, concurre al hospital, al Servicio de Adolescencia, presentándose espontáneamente (el equipo no contaba con datos acerca de su paradero). Aporta datos de la historia familiar: refiere que el padre de Mariano es una persona violenta, que la relación de la pareja estuvo atravesada por episodios de violencia que la llevaron a presentar denuncias por maltrato. Esta relación conflictiva devino, según Andrea, en que el padre de Mariano la echara de la casa. La situación la llevó a padecer un cuadro depresivo que requirió internación psiquiátrica y posteriormente tratamiento ambulatorio. Luego de estos sucesos, Andrea no ha vuelto a vincularse con sus hijos. Actualmente ésta reside junto a su actual pareja y dos hijos pequeños en la localidad de Merlo, en condiciones de suma precariedad material.

Durante la internación el padre de Mariano concurre pocas veces a visitar a su hijo. Algunas veces el contacto era telefónico con el equipo tratante y con Mariano a pedido de éste, aunque con frecuencia los llamados no eran recepcionados y los mensajes telefónicos no tenían respuesta. En oportunidad de una visita a Mariano, expresó su deseo de que su hijo viviera con él, para lo cual, le estaba construyendo una nueva habitación.

En el transcurso de los meses que siguieron no volvió a visitar a su hijo, como tampoco respondió a las convocatorias por parte del equipo.

La madre, concurre algún tiempo a visitarlo e incluso compartía con él los permisos de salida. Fue ella quien firmó el consentimiento informado para el suministro de la medicación indicada. Sin embargo, la madre ha manifestado en reiteradas oportunidades su imposibilidad de alojar a Mariano en su vivienda. Así como Mariano ha manifestado recurrentemente su deseo de recobrar la convivencia con su padre.

A partir del mes de febrero, observándose una mejoría general y la expresión de deseo de Mariano de retomar su actividad laboral, se comienza a trabajar la revinculación con su empleador y demás compañeros de trabajo.

Al cabo de un tiempo, se autorizan permisos de salida los fines de semana con su empleador, quien lo viene a buscar al hospital los días viernes y los lunes lo trae de regreso. Mariano retorna en esos días al trabajo, obteniendo por ello una retribución económica que dice ahorrar para su autonomía.

Inicialmente, el equipo tratante consideraba una Comunidad Terapéutica como el dispositivo adecuado para el tratamiento de Mariano, a causa de su consumo. Esta estrategia se fundamentaba en lo referido por el paciente respecto a ocasionales consumos de marihuana que tenía durante los permisos de salida, ignorando que también referenciaba no tener deseos de continuar con el consumo de otras sustancias.

Ante la imposibilidad de su ingreso a Comunidades Terapéuticas (dificultades en la articula-

ción interinstitucional y/o rechazos por su condición de paciente psiquiátrico), el equipo tratante, inicia una verdadera travesía institucional para posibilitar su derivación. Se enviaron un sinnúmero de informes a diversos organismos públicos solicitando dispositivos residenciales y de tratamiento para Mariano. En estos informes se ponía gran relevancia en su situación de consumo de sustancias y en su escasa contención social y familiar.

Las respuestas a todos estos pedidos ha sido insatisfactoria por argumentar las dificultades que un dispositivo residencial como lo es un hogar presenta para trabajar con residentes adictos.

Ante la prolongación de la internación, el equipo tratante y el Jefe del servicio deciden presentar un Habeas Corpus -3-, justificado por la inexistencia de razones para que Mariano permaneciera internado en el hospital.

Mientras se aguardaba que el proceso judicial que implica el habeas corpus se sucediera, Mariano continuaba saliendo de permiso y vinculándose con sus compañeros de trabajo y también, aunque sin aval y conocimiento del equipo tratante, con su padre. Tiempo después, el equipo tratante tomó conocimiento de que Mariano visitaba regularmente a su padre durante los permisos de salida.

En una ocasión, Mariano regresa de un permiso con un cigarrillo de marihuana, el cual fuma en el patio de la sala de internación.

Esta conducta motivó la realización de una denuncia por parte del jefe del servicio por tenencia y consumo de marihuana en una institución pública.

El devenir de esta denuncia, sumado al vencimiento del Habeas Corpus generó que Mariano sea derivado a un hogar, con modalidad de funcionamiento de parador, es decir con permanencia durante horarios restringidos (17hs a 8 hs). Ante esta posibilidad residencial, única posibilidad hasta ese momento, se decide la inclusión de Mariano en el dispositivo de hospital de día TM y TT del Hepta. Así se garantizaba que el joven permaneciera en el hospital durante el período del día que no podía permanecer en el Hogar.

Esta planificación fracasa. Mariano concurre a la mañana al hospital, no participa de ningún taller ofrecido por el equipo de hospital de día e incluso durante muchos de los pocos días que se sostuvo esta estrategia de tratamiento, Mariano desaparecía del hospital. En una ocasión en la que se ausentó al hospital, se pudo conocer que tampoco había regresado al hogar la noche anterior.

Cuando Mariano regresa, un día después, la certeza por parte de su equipo tratante de un episodio de consumo genera que se indique nuevamente su internación.

Con su reinternación y el armado de un nuevo equipo tratante, en el que me incluyo, se repiensa la estrategia de intervención, el diagnóstico y se comienza a dar valor al deseo de Mariano de recobrar convivencia con su padre. Se articula con dispositivo de acompañamiento terapéutico familiar ambulatorio y se inicia un nuevo período en la revinculación con su padre.

Finalmente, en el mes de Noviembre Mariano regresa a su casa, desde donde sostiene tratamiento ambulatorio en Hepta, tratamiento ambulatorio en el CPA Morón (es importante destacar que el tratamiento allí se sostuvo durante un período breve de tiempo al considerar, el equipo tratante de allí, que Mariano no presentaba un vínculo problemático con el consumo de marihuana), y concurre regularmente a Emprendimientos Sociales de gastronomía.

-3- El hábeas corpus es una institución jurídica que garantiza la libertad personal del individuo, con el fin de evitar los arrestos y detenciones arbitrarias.

Luego de este nada breve relato de las situaciones singulares de estos dos pacientes y de las características de su tratamiento, me pregunto, ¿Qué convoca al equipo tratante de ambos pacientes el primitivo interés de derivarlos a Comunidades terapéuticas como dispositivos apropiados para el tratamiento de su problemática?, ¿es el consumo de sustancias un problema para ellos?, ¿estamos formados los profesionales de este hospital para tratar situaciones de consumo, y poder diferenciar cuando éste resulta problemático y cuándo no?, ¿sabemos llevar a cabo tratamientos adecuados frente a situaciones que presentan consumo de sustancias?, viendo en la descripción realizada que las situaciones personales, sociales y familiares de ambos pacientes son tan heterogéneas, ¿por qué la estrategia de intervención resultó ser homogénea?

Carlos González Zorrilla, en su texto “Drogas y Control Social” (1987) convoca a pensar la cuestión de las drogas considerando dos dimensiones que la atraviesan, la construyen y la condicionan:

- * las representaciones que la sociedad occidental moderna tiene acerca de las drogas y de quienes la consumen
- * la maquinaria social e institucional que la sociedad pone en marcha para controlar este fenómeno.

De este modo se comprende que todo fenómeno social, sea éste el consumo de drogas o la enfermedad mental, es en sí mismo un producto o construcción social creado históricamente a partir de los discursos de aquellos sujetos sociales que cuentan con poder de nominar toda materialidad social, en este caso con poder de nominar al consumo de sustancias como un estado de desviación, como una conducta “anormal”. (Tamburrino, 2007)

En las situaciones abordadas, la institución psiquiátrica, en tanto institución legitimada para el ejercicio del poder, dispone de la capacidad de clasificar comportamientos sociales. De este modo ésta y muchas otras instituciones sociales construyen discursos, reproducidos por el conjunto de la sociedad, a partir de los cuales se establece cuáles comportamientos sociales son “correctos” o “adecuados” y, consecuentemente, cuáles conductas son posibles de ser catalogadas como inapropiadas, inmorales, desviadas e incluso, ilegales.

Volviendo a la cuestión específica de las drogas, el Dr. Gonzalez Zorrilla afirma que lo que uno fácilmente puede observar en las sociedades occidentales es que aquello que los medios hegemónicos de poder (medios masivos de comunicación fundamentalmente) exponen acerca de las drogas es rápidamente reproducido como verdad absoluta por la opinión pública. Esto implica, entre otras cosas, una identificación inevitable entre los términos “droga”, ”juventud”, ”desviación”, “delincuencia” y muy relegadamente “enfermedad”.

De este modo, la sociedad, afirma el autor, vivencia a las drogas como una problemática relacionada con la personalidad de ciertas personas, como una amenaza sobre la que hay que actuar rápido y en contra, ya que se construye el imaginario de que tal problema puede resultar potencialmente epidémico. Este imaginario deslegitima la condición de problemática social y de salud pública del consumo de sustancias.

Aunque claramente lo que acabo de transcribir suena como un absurdo, tal imaginario existe y en función del mismo es que la sociedad en su conjunto y las instituciones existentes en ella, emprenden un determinado quehacer cuando esta cuestión aparece en su interior. Zorrilla dirá “se trata de un tipo de imagen social que no está basada en datos objetivos sobre la auténtica realidad del fenómeno, sus dimensiones o los efectos que produce, sino en preconceptos estereotipados e irracionales, más destinados a conmover que a informar y que en consecuencia, tiende más a

movilizar que a hacer pensar”. (González Zorrilla; 1987)

Pareciera ser que este modelo de consumidor, modelo que el autor califica como muy primitivo respecto de los avances en investigación social y sanitaria de la problemática de las drogas, es el que permanece vigente en esta institución generando que su presencia despierte inmediatamente reacciones institucionales de temor, defensa y rechazo.

El texto que cito para clasificar el modo en el que la problemática de las drogas es vivenciada hoy en día por nuestra sociedad, Hepta incluido, data del año 1987, hace ya 25 años. En ese entonces, el autor menciona como primitivo el tratamiento punitivo de esta problemática.

Aquí, al menos en el tratamiento de los pacientes presentados, nada parece haber sido modificado...

No obstante, **“las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental (...)”** (Art 4º Ley Nacional 26.657).

Bibliografía consultada

- Carballeda, Alfredo. “La intervención en lo social y Las Problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social”
- Carballeda, Alfredo. “Cuestión social y Emergencia Psiquiátrica”
- González Zorrilla, Carlos. “Drogas y Control Social” en “Poder y Control” N° 2, Barcelona, 1987
- Ley nacional de salud mental y Adicciones N° 26.657 (2010)
- Mosto, D; Naguirner, J; Ramirez, M; Bogdanowicz, P. “Análisis de una organización de atención psiquiátrica dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”. Buenos Aires, 2008.
- Tamburrino, Ma. Cecilia. “Algunas herramientas conceptuales para analizar fenómenos de salud/salud mental”. Material de Cátedra Faraone, materia “Problemática de la Salud Mental en la Argentina”. Facultad de Cs. Sociales – UBA, 2007
- www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/saludmental