

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

## **La atención por uso de drogas en los hospitales psiquiátricos: la atención de la urgencia y de “la patología dual”.**

Galante, Araceli, Pawlowicz, María Pía, Goltzman, Paula y Ralón, Gonzalo.

Cita:

Galante, Araceli, Pawlowicz, María Pía, Goltzman, Paula y Ralón, Gonzalo (2011). *La atención por uso de drogas en los hospitales psiquiátricos: la atención de la urgencia y de “la patología dual”*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/610>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/zFC>

*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 ATENCIÓN POR USO DE DROGAS EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS: LA ATENCIÓN DE LA URGENCIA Y DE “LA PATOLOGÍA DUAL”

Galante, Araceli; Pawlowicz, María Pía; Goltzman, Paula; Ralón, Gonzalo  
Intercambios Asociación Civil. Federación Internacional de Universidades Católicas - UBACyT, Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Fogarty International Training and Research AITRP

---

## RESUMEN

El trabajo analiza datos de un estudio cuyo objetivo general era describir las características de los dispositivos destinados a la atención de los usuarios de drogas de Buenos Aires. El estudio fue de tipo cualitativo y se realizó en distintas fases en 2005, 2006 y 2007. La muestra intencional involucró a 50 especialistas en la atención por uso de drogas con y sin formación académica. Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas semi-dirigidas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión. Se incluyeron datos secundarios producidos por las propias instituciones a las que pertenecían los especialistas. En este trabajo se analizan las características más importantes de la atención por uso de drogas en los hospitales psiquiátricos. Los entrevistados afirmaron que estos dispositivos no eran adecuados para el tratamiento de los usuarios de drogas debido a las consecuencias negativas del encierro y el aislamiento prolongados. Al mismo tiempo, consideraron la pertinencia del dispositivo para la atención en crisis y de las “patologías duales”. Teniendo en cuenta la sanción de la ley de salud mental 26.657, consideramos que este trabajo puede ser un valioso aporte para redefinir la asistencia en este dispositivo en el marco de la nueva ley.

## Palabras clave

Atención Drogas Hospitales Psiquiátricos

## ABSTRACT

DRUG USE ASSISTANCE AT PSYCHIATRIC HOSPITALS: THE ASSISTANCE DURING CRISIS AND DUAL DIAGNOSIS TREATMENT

This article analyzes data from a study aimed to describing the characteristics of the drug treatment programs assisting drug users in Buenos Aires. It was a qualitative study carried out in different phases between 2005 and 2007. The sample included 50 specialists with and without academic training. The data were collected through semi-directed interviews, interviews to key informants and focus groups. Secondary data produced by the institutions where the specialists belonged were also included. This article focuses on the characteristics of the assistance to drug users at psychiatric hospitals. The specialists interviewed, agreed that the negative consequences of enclosure and isolation for a long time at the psychiatric hospitals were not appropriate for drug users. Also, they agreed that psychiatric hospitals were

appropriate for the assistance during crisis and for dual diagnosis treatment. Considering the recently approved mental health law 26.657, we think that this article can be an important input to redefine the psychiatric hospitals assistance.

## Key words

Drug Assistance Psychiatric Hospitals

---

## Planteo del problema

En 1968, pocos años antes de la creación de las primeras instituciones especializadas con internación en el tema drogas, el Código Civil fue reformado, y se incorporó la internación obligatoria del “*demente, alcoholista o toxicómano*” cuando éste fuera considerado “*peligroso para sí o para terceros*”. (Art. 482. CC). De este modo, la concepción jurídica del “*adicto*” se asimiló a la del “*demente*” y el consumo de drogas (cuando fuera considerado “*peligroso*”) al de la “*enfermedad mental*”. Esta homologación no sólo redundó en la nominación del usuario de drogas como alguien incapaz de controlar su conducta y por eso, potencialmente peligroso, sino que también favoreció la inclusión de la atención del “problema de las drogas” en el campo de la salud mental y lo hizo objeto del saber psiquiátrico.

En este campo, el dispositivo paradigmático de atención es el hospital psiquiátrico, un dispositivo basado en el encierro y en el aislamiento (Galante, Pawlowicz, Rossi, Faraone, Goltzman, Zunino Singh, Touzé, Silberg y Cymerman, 2006). A través de los años, el modelo asilar de atención fue seriamente criticado, dando lugar a distintos procesos de reforma a nivel internacional y local. En Argentina, el hito más reciente en este proceso fue la sanción en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que estableció que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Entre otros aspectos, señaló que la asistencia debía efectuarse de forma interdisciplinaria e intersectorial, y preferentemente, fuera del ámbito hospitalario. En consecuencia, prohibió la creación de nuevos hospitales psiquiátricos monovalentes, tanto en el sector público como privado y estableció que la internación debía “concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando

a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” (Art. 20). Este trabajo se aboca al análisis de la perspectiva de los especialistas que trabajaban con usuarios de drogas en hospitales psiquiátricos. Aunque la producción de datos se efectuó en el período previo a la sanción de la Ley 26.657, consideramos que el punto de vista de los especialistas entrevistados puede constituir un importante aporte para redefinir la asistencia en este dispositivo en el marco de la nueva ley.

### **El modelo asilar: antecedentes**

A lo largo de la historia, distintos grupos sociales (los vagabundos, los delincuentes, los locos, los usuarios de drogas, etc.) interrogaron la validez de las normas establecidas para mantener la cohesión social y sus conductas fueron catalogadas como *anormales* y *desviadas*. En la Modernidad, surgió la concepción de la necesidad de brindar asistencia, disciplinar y normalizar a los desviados. Los dispositivos de encierro (la cárcel, el asilo) fueron concebidos como medio de encauzamiento y de integración al mercado de trabajo (Castel, 1997. Foucault, 1967).

En la atención de la locura, el modelo asilar se basó en la competencia de los médicos psiquiatras para distinguir la “enfermedad mental” de otros comportamientos desviados. Se consideró que la locura era incurable, peligrosa y depravada, lo que reforzó la necesidad de la internación y del poder médico sobre los “alienados”. En el siglo XIX, Esquirol daba cinco razones para justificar la necesidad de la internación: garantizar la seguridad personal de los locos y de sus familias; liberarlos de influencias externas; vencer sus resistencias personales, someterlos a un régimen médico, y finalmente, imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales (Alberdi, 2003, pp. 20).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, surgieron importantes movimientos que cuestionaron el dispositivo asilar de atención. Sostuvieron que el encierro y el aislamiento prolongado conducían a procesos de *desubjetivación* de las personas internadas y las *invisibilizaban* como grupo social, exponiéndolas a situaciones de violencia. Aunque estos movimientos pusieron en “crisis” al modelo asilar, las distintas alternativas terapéuticas al manicomio no lo sustituyeron sino que fueron superponiéndose entre sí, configurando un campo sumamente heterogéneo (Galende, 1990).

En Argentina, el campo psiquiátrico se constituyó entre 1880 y el Centenario, fuertemente influido por el modelo asilar francés. Asimismo, la influencia de los procesos de reforma a nivel internacional impulsó la creación de distintos dispositivos alternativos al asilo, sin lograr sustituirlo[i]. A partir del retorno a la democracia en 1983 las reformas encararon el desafío de reivindicar los derechos humanos de las personas que padecían padecimientos mentales garantizando su acceso a los servicios de asistencia. Las propuestas más importantes se centraron en la creación de programas de externación de los hospitales psiquiátricos y el apoyo a las

experiencias innovadoras (hospitales de día, casas de medio camino, terapias grupales, familiares, comunitarias, etc.). En Río Negro y en San Luis se extendió la atención primaria de los problemas de salud mental y los hospitales psiquiátricos se transformaron en hospitales polivalentes[ii] [iii]. Sin embargo, en el resto del país los programas de externación tuvieron dificultades para sostener la desinstitucionalización de las personas que habían sufrido internaciones prolongadas ya que los servicios públicos de salud no contaban con recursos alternativos, tenían bajos presupuestos y la atención de los consultorios externos no tenía como objetivo prioritario acompañar estos procesos (Alberdi, 2003). Esta situación impulsó la conformación de un importante movimiento de reforma del sistema de salud mental. En 2010 la Ley N 26.657 de Salud Mental reconoció los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental haciendo especial referencia a las personas con uso problemático de drogas. Se estableció que la internación involuntaria de una persona sólo podía hacerse frente a la ausencia de otra alternativa eficaz de tratamiento. Este nuevo marco legal cuestionó las prácticas en los hospitales psiquiátricos que debían adecuarse a los postulados de la ley.

### **Metodología**

El estudio fue de tipo descriptivo y cualitativo. Participaron 50 *especialistas*[iv] en atención por uso de drogas (Menéndez, 1990), contaran o no con formación académica, y que se desempeñaban en distintas instituciones sanitarias dirigidas a los usuarios de drogas. Se realizaron entrevistas abiertas con guías de pautas y grupos de discusión con los especialistas, y entrevistas a informantes clave. El trabajo de campo se realizó a partir de contactos institucionales y personales de los investigadores del equipo, en distintas fases en los años 2005, 2006 y 2007.

La muestra fue no probabilística e intencional. Estuvo conformada por 18 mujeres y 32 varones, con una edad promedio de 44 años. Se trianguló la información proporcionada en base a esta muestra con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las características de los dispositivos (páginas web institucionales, artículos y presentaciones en Jornadas). Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y los temas a tratar en las entrevistas y brindaron su consentimiento. Se aseguró, además, el carácter anónimo de su participación y la confidencialidad de las informaciones provistas. A partir de la identificación de códigos se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

### **Resultados La pertinencia del hospital psiquiátrico para la atención por uso de drogas**

En consonancia con las críticas hacia el modelo asilar que planteaban los movimientos que abogaron por la reforma de la ley de salud mental, varios entrevistados cuestionaron la existencia del dispositivo de encierro en

sí mismo:

- *Las experiencias más traumáticas son las de internaciones en clínicas psiquiátricas. Por lo menos contadas por la misma gente, sobre todo en el chaleco químico que es la medicación y con una sensación de estar atrapado, encarcelado. (...) Así que cualquier dispositivo de encierro yo creo que es traumático y iatrogénico, para alguien que está padeciendo ¿no? (trabajadora social, grupos terapéuticos, 50 años).*

Los entrevistados plantearon que el aislamiento prolongado era perjudicial para el tratamiento de los problemas de salud mental y que la internación podía prolongarse indefinidamente si las personas se encontraban en situación de exclusión social. En el caso específico de la atención por uso de drogas, explicaron que los hospitales psiquiátricos no contaban con la infraestructura adecuada para atender el problema, que sus recursos humanos eran insuficientes y que en muchos casos tenían poca formación en este tipo de problemáticas:

- *Un hospital debería contar con determinada condiciones, me parece, para poder atender pacientes con problemas por uso de sustancias. Yo creo que no se cumplen ni siquiera desde el punto de vista de la infraestructura (psicóloga, auditoría de instituciones especializadas, 40 años).*

- *Tienen un paciente agudo y dinámico, tratado como un psicótico lo cual... incluso no tienen actividades todo el día están fumando, mirando la tele (...) Pero bueno, para otro tipo de paciente, si no le das una actividad, este... una estructura, (el usuario de drogas) es un paciente que te camina las paredes. ¿Entonces qué pasa? Le aumentan la medicación ¿Qué tenemos? Un paciente que se babea... ¿sí? Los brazos así (hace el gesto de los brazos caídos, como desplomados)... el torso duro la mirada fija: paciente hipermedicado. Eso es lo que pasa muchas veces en algunas clínicas (psicólogo, CT, 50 años, en grupo de discusión).*

Los entrevistados explicaron que mediante la internación psiquiátrica se lograba la suspensión temporaria del consumo, pero que “dejar las drogas” definitivamente implicaba abordar conflictos subjetivos y vinculares en procesos que llevaban meses o años de trabajo:

- *El tema psiquiátrico para alguien que tiene un problema de conducta, ¿es un trastorno! Como el de la dependencia a sustancias psicoactivas. No opera demasiado. (...) Y además, es cómo suprimir el consumo durante un tiempo, pero después la modificación de conductas, la modificación de relaciones, la modificación de vínculos, por supuesto la transformación subjetiva debía darse en forma ambulatoria y en ese momento se produce la recaída (psicólogo, comunidad terapéutica, 40 años).*

### **La especificidad que plantea la atención en las crisis**

De acuerdo con estas limitaciones del dispositivo asilar planteadas por los entrevistados, hubo consenso entre ellos en señalar que la atención por uso de drogas en los hospitales y clínicas psiquiátricas debía circunscribirse sólo al “control de la abstinencia, de la crisis” mediante un tratamiento de desintoxicación cuyo objetivo consis-

tiese en lograr la recuperación física de los usuarios.

- *Como que no apuramos a nadie. Tomamos el tiempo en que cada uno pueda aceptar las cosas, como, como son ¿no? Y a veces también bueno, frente al deterioro físico, a veces, que provoca el consumo de ciertas sustancias, que también, o sea, a algunos les cuesta más entender una cosa que otra ¿no?, hasta que empiezan a... También a desintoxicarse. Porque vemos hasta le cambia la piel, el blanco de los ojos, empiezan a recuperar, porque estaba medio, viste, amarillo a veces, o sea es... todo un tema (sacerdote, Programa de Doce Pasos, 51 años)*

- *Lógicamente, bueno, suponemos que en dos meses hay cierta desintoxicación, pero por ahí los cuerpos no responden todos iguales (operadora terapéutica, CT, 40 años).*

Los entrevistados explicaban que una vez lograda la superación de la crisis se debía indicar la derivación a una institución especializada en el tratamiento de las adicciones y, según el caso, pasar a modalidades ambulatorias.

- *El problema es que éste sigue siendo un hospital psiquiátrico. Lo que hacemos es: bueno, esperamos la desintoxicación del paciente, que puede durar de quince días a un mes, y buscamos la posibilidad de derivar a un paciente a un centro especializado (médico psiquiatra, hospital psiquiátrico, 55 años).*

- *La internación corta es útil para los casos graves, es buena para la desintoxicación. En privado es eso, internan a un paciente por 10 a 15 días, la internación corta lo desintoxica y después siguen ambulatorios (médica psiquiatra, auditoría de instituciones especializadas, 40 años).*

Se reiteró la importancia de contar con unidades de desintoxicación que incluyeran la atención psiquiátrica, como primer eslabón del proceso terapéutico (“tiene que haber alguna unidad de desintoxicación como primer eslabón de toda una cadena”). El lugar dado por los entrevistados al dispositivo asilar en el proceso de atención por uso de drogas puede comprenderse si se tiene en cuenta que en muchos centros especializados el estar “libre de drogas” era un criterio de admisión.

### **El problema de “la patología dual”**

El consenso en que el hospital psiquiátrico debía circunscribirse al “control de la crisis” presentó una excepción: el tratamiento de la “patología dual”. Con este término los entrevistados hacían referencia a la co-morbilidad de una patología psiquiátrica como, por ejemplo, la esquizofrenia o el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de dependencia a sustancias. Los especialistas plantearon la importancia de distinguir claramente cuál era el diagnóstico principal (es decir la dependencia a drogas o el otro trastorno que se presentaba) ya que consideraban que establecer un diagnóstico diferencial era imprescindible para definir el tratamiento. Especialmente algunos psicólogos entrevistados advirtieron que el uso de drogas podría neutralizar o encubrir los síntomas de los trastornos mentales y que, por lo tanto, el tratamiento en abstinencia podría provocar

una agudización del problema al propiciar el *derrumbe o descompensación de la psicosis*[V]. Este planteo cuestionaba la eficacia de los dispositivos en los que abstinencia era una condición de ingreso o meta principal. Se planteaban así problemas técnicos y discusiones interdisciplinarias en torno a la bioética y a los derechos de los pacientes:

- *Hay que tener en cuenta que, digamos, es muy discutible éticamente retirarle abruptamente las drogas a un paciente sobre la base de un tratamiento médico porque eso es malo y que el costo de eso sea el derrumbe de la psicosis (...) He escuchado que: "es mejor que un psicópata se brote y que haga luego un pseudo self, una reorganización". Eso... ¡lisa y llanamente debería ser declarado mala praxis! porque el sufrimiento del derrumbe psicótico es una cosa terribilísima y nadie puede asegurar como se retorna de eso. (...) Se está desconociendo que en torno al recurso de la toxicomanía puede haber cuestiones psicopatológicas muy serias. Y en eso también se ve acá, los estragos de programas que no tienen en cuenta esa cuestión y que el punto es que el tipo se droga y el tratamiento es que deje de drogarse. Desconociendo esas condiciones, ¿no? Un tema actualmente preocupante (psicólogo, servicio especializado, 54 años).*

En uno de los grupos de discusión se planteó también este problema:

- *L (psicólogo, auditoría de instituciones especializadas, 37 años): esta cuestión me parece que tiene que ver con la complejización de los cuadros porque así como hay adictos en clínicas psiquiátricas hay psicóticos en comunidades terapéuticas.*

- *M (psicólogo, CT, 50 años): sí también. Sí también.*

- *L (psicólogo, auditoría de instituciones especializadas, 37 años): Y también entonces no deberán ser tratados y queriéndole bajar un tema conductual y es un psicótico.*

- *R (psicóloga, auditoría de instituciones especializadas, 38 años): Una vez que baja el consumo esto aparece como psicosis.*

- *L (psicólogo, auditoría de instituciones especializadas, 37 años): Exactamente, claro porque justamente, aparece el cuadro, o aparece la productividad psicótica cuando le sacan la sustancia.*

Más allá de las diferencias conceptuales y técnicas, hubo consenso en que estos usuarios de drogas requerían atención psiquiátrica cualquiera fuera el dispositivo que los incluyera. Pero muchas instituciones especializadas en adicciones no admitían a *pacientes duales*. Entre las razones para establecer este criterio de admisión se mencionó el costo de la medicación psiquiátrica así como de incorporar a psiquiatras en los equipos y la contradicción que representaba el tratamiento con psicofármacos en dispositivos basados en la norma de no consumir ningún tipo de sustancia psicoactiva. Para algunos especialistas, el criterio de exclusión de los *pacientes duales* era una medida de cuidado, que reconocía las limitaciones institucionales para brindar atención adecuada.

- *Pero hay... situaciones psiquiátricas severas a las cua-*

*les uno tiene que correrse. Porque no es fácil trabajar... O sea, uno... Uno, peca de... de omnipotente. De... En la medida que... No, no creo que sea omnipotencia, si no creo que tiene que ver con las ganas. Esto de ayudar a todo el mundo. Pero muchas veces por querer ayudar y no tener conciencia de las limitaciones, hacemos daño. Entonces, hay que tener mucho cuidado con eso. Entonces... Cada paciente es evaluado. Todos tienen las mismas posibilidades de estar acá adentro. Pacientes que... que son duales, pacientes que no son duales, de adicciones, con HIV, sin HIV, o sea, no, no... No hay discriminación del paciente siempre y cuando veamos que estamos capacitados para, brindarle algo (operador terapéutico, CT, 47 años).*

Pero otros especialistas entendían esta medida como un rechazo o un mecanismo expulsivo (*"rebotan en todos lados"*) señalando que en general, estos usuarios de drogas tenían pocos vínculos con las instituciones de salud.

- *El perfil psiquiátrico franco, pacientes psiquiátricos o psicóticos muy muy muy border... ¡Y! son pacientes muy difíciles que no entran en ningún dispositivo, rebotan en todos lados. Si son francamente psicóticos a la larga terminan entrando en el psiquiátrico. Tengo montones de pibes ahora en clínica pero porque es muy difícil derivar a las comunidades, en las comunidades los rechazan. No pueden sostener un ambulatorio (psicólogo, auditoría de instituciones especializadas, 35 años).*

Algunos entrevistados pensaban que el diagnóstico de "patología dual" parecía aplicarse especialmente a personas que vivían en situaciones muy críticas, con un importante deterioro general de su salud. Al respecto, los entrevistados percibían que a partir de la crisis del 2001 se habían incrementado los casos de usuarios de drogas con problemáticas psiquiátricas que vivían en condiciones de pobreza extrema. De acuerdo a estas ideas, en estas situaciones, el hospital psiquiátrico volvía a constituir un dispositivo destinado a dar respuesta a la cuestión social.

### **Reflexiones finales**

Los entrevistados coincidieron en señalar que el hospital psiquiátrico no era el dispositivo más adecuado para el tratamiento del uso problemático de drogas debido a que consideraban que el encierro y el aislamiento prolongados eran iatrogénicos. Asimismo, advertían que si bien el tratamiento farmacológico era central en la atención en los hospitales psiquiátricos y podía lograr la abstinencia durante el período de internación, no se sostenía en el tiempo ya que "dejar las drogas" requería de procesos terapéuticos que incidieran en las condiciones sociales, vinculares y subjetivas de surgimiento de los problemas asociados al consumo problemático de drogas.

Al mismo tiempo, valoraban la posibilidad de contar con dispositivos de internación que tuvieran el objetivo de lograr la desintoxicación de los usuarios, como primer paso del proceso de atención. Al respecto, en coincidencia con otros estudios (Rossi, Pawlowicz y Zunino

Singh, 2007), los entrevistados señalaban la importancia de: la articulación real de los servicios incluso en una misma institución, la capacitación por uso de drogas de los equipos terapéuticos de los hospitales generales, y la inclusión de estas temáticas desde una perspectiva integral de la salud en los programas de grado de las diversas disciplinas.

La atención de la “patología dual”, se presentó como un problema complejo, que no encontraba respuesta en los servicios ambulatorios ni en muchas instituciones especializadas en la atención por uso de drogas. Esta situación descrita por los entrevistados nos lleva a reflexionar sobre la importancia de diseñar respuestas terapéuticas adecuadas para la atención del problema, en el marco de la nueva Ley de Salud Mental, ya que en estos casos, el hospital psiquiátrico volvía a constituir la “retaguardia” del sistema de salud mental (Galende, 1990. Pavarini, 1994).

---

## NOTAS

[i] Entre las reformas que influyeron en la conformación del campo de la salud mental en Argentina podemos mencionar: las colonias Open Door (Gran Bretaña, 1840), la Liga de Higiene Mental (Estados Unidos, 1909), las comunidades terapéuticas (Gran Bretaña, período de posguerra), la “política de sector” (Francia, 1960), la Reforma Psiquiátrica italiana (1978) y la Psiquiatría Comunitaria (Estados Unidos, 1963).

[ii] En Río Negro, en 1991, se sancionó la ley 2440 por la que se prohibió la habilitación de nuevos manicomios (habiéndose transformado el único hospital psiquiátrico de la provincia en un hospital general). En San Luis, en 1993, el hospital psiquiátrico se transformó en un Hospital Escuela. En 2006 se sancionó en San Luis la Ley de Desinstitucionalización que prohibió la institucionalización de personas con discapacidades mentales.

[iii] Según un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales en el año 2008 había aproximadamente 25.000 personas internadas en los hospitales psiquiátricos argentinos. El 80% pasaba allí más de un año y el 75% de las personas que están internadas en el sistema de salud público se hallaban en instituciones de 1000 camas o más. La mayoría de los hospitales psiquiátricos estaban sobrepoblados y muchas de las personas que estaban internadas en ellos sufrían condiciones insalubres de alojamiento, abusos físicos y sexuales, violencia institucional y privación en celdas de aislamiento. Muchas recibían tratamientos inadecuados y tenían pocos tratamientos de rehabilitación (CELS, 2008).

[iv] Para Menéndez (1990) los especialistas son sujetos particulares que de distinta forma implementan acciones de asistencia de la salud. Comprenden a aquellos que tienen formación académica como a curanderos o familiares que brindan cuidados sanitarios básicos.

[v] Según describe Nicolò (2009) la posibilidad de un derrumbe o descompensación psicótica se instala en un terreno pre-existente. Señala, retomando los conceptos de Piera Aulagnier, que “la potencialidad psicótica puede mantenerse latente, incluso toda la vida, si el encuentro con el otro y con los acontecimientos de la vida no la saca a luz por algún acontecimiento traumático” (Nicolò, 2009, pp. 44), por evocación, en forma reactiva o en relación al funcionamiento del entorno del sujeto. Se asocia a los consumos problemáticos de drogas en los casos en los que se presenta el llamado funcionamiento psicótico producido cuando “las drogo-dependencias graves pueden tapar una verdadera organización psicótica, o a algunas depresiones. En estos casos, además de la actuación contra el cuerpo, se instaura la denegación de la realidad o, a veces, un funcionamiento que puede llegar a ser delirante o alucinatorio” (Laufer y Lafer, 1984, pp. 213).

## BIBLIOGRAFÍA

Alberdi, J. M. (2003). Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina. Rosario: UNR Editora.

Castel, R. (1997). Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós.

Centro de Estudios Legales y sociales/Mental Disability Rights International. (2008). Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.

Galante, A., Pawlowicz, M.P., Rossi, D., Faraone, S., Goltzman P., Zunino Singh, D., Touzé, G., Silberberg, M. y Cymerman P. (2006). La cuestión de las drogas: Paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención. Trabajo presentado en el I Congreso Nacional y II Regional de Psicología, Octubre, Rosario.

Galende, E. (1990). Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós.

Goffman, I. (1985). Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

Laufer M., Lafer E. (1984). Adolescenza e breakdown evolutivo, Torino: Bollati Boringhieri.

Menéndez, E. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana.

Nicolò, A. M. (2009). Descompensación psicótica en la adolescencia. Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 14, 39-48. Traducción de Elena Fieschi. Obtenido el día 6 de enero de 2001 desde: [http://www.adisamef.com/noticias%20de%20interes/articulo\\_de\\_interes/14\\_nicolo\\_Descomp\\_psicotica\\_adolescencia.pdf](http://www.adisamef.com/noticias%20de%20interes/articulo_de_interes/14_nicolo_Descomp_psicotica_adolescencia.pdf)

Pavarini, M. (1994, Agosto). Estrategias disciplinarias y cultura de los servicios sociales. Margen, 6.

Rossi, D., Pawlowicz M. P. y Zunino Singh D. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.