

DISCURSOS Y RECURSOS JURÍDICOS, SANITARIOS Y SOCIALES FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DEL USO INDEBIDO DE DROGAS

Dr. Martín Wenseslao Segovia
Perito Médico

En la Justicia y en los Sistemas de Salud del país se constata la presencia de discursos y recursos tendientes a la atención de los comportamientos drogadictivos atravesados por la misma “adicción” sobre la que versan, ya se trate en los términos de adherencia compulsiva o impulsiva a un “saber” o de falta de palabra o verbo que sustente la acción. Se instauran así decisiones judiciales y tratamientos clínico-sociales contra las adicciones que en sus mismas contradicciones entorpecen el logro de sus cometidos.

El presente estudio hace anclaje en dos instancias nacionales de las que se espera un papel regulador: a- el Cuerpo Médico Forense (CMF) de la Justicia Nacional y, b- el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO) del Ministerio de Salud de la Nación. En ambas instituciones esos discursos y recursos adquieren complejidad conceptual y operativa.

A ambos lados del escritorio, el drogodependiente, peritado o paciente, y el profesional, perito o asistente, se reconocen “atrapados” entre infinidad de preguntas y escasas respuestas sustentables en medio de un sinnúmero de conjeturas y de vacilaciones. Resulta haber una inmensa desproporción entre la responsabilidad social y profesional por dar cuenta de un pensar y actuar frecuentemente atravesado por las contradicciones y colisiones con otras instancias intra o extrainstitucionales, y la presión de una comunidad que

interpela, que exige atención e, incluso, que se organiza para hacer oír su clamor, como recientemente lo ejemplifica la conformación de “las madres del paco”.

La problemática del Uso Indebido de Drogas es, además de compleja, conflictiva, motoriza a la ciencia pero más aún a las ideologías e intereses que subyacen a las estigmatizaciones o a las categorizaciones médica, psicológica, social y política. No se trata de una problemática “lineal” al modo de una enfermedad infecciosa, con un agente, una patogenia, una signosintomatología, un tratamiento, una evolución y un pronóstico. Las explicaciones cerradas, “prolijas”, para el caso de las drogadependencias anuncian su falacia en el mismo envoltorio.

Se está ante un padecimiento que rebalsa las lecturas técnicas de la ciencia de una disciplina, que atraviesa lo institucional hasta impactar geopolíticamente a la misma estabilidad institucional de las repúblicas.

Su economía mundial clandestina no es menor al de los otros tráficos que atentan contra la humanidad y su rostro en la persona del dependiente muestra a un sujeto atenazado por la química no más que por el rótulo, al modo de un tatuaje del alma, indeleble, de enfermo o criminal, marginal o tribal, “endemoniado”, “tomado” por el tóxico.

Los discursos hacen referencia al

momento aferente del problema, al registro del dato diagnóstico, los recursos aluden al momento eferente propio de la intervención sobre la problemática. Tanto el dato diagnóstico como la intervención podrán estar revestidas de diverso grado de integralidad, rigurosidad, relevancia, interdisciplina y coherencia.

A su vez se trata de discursos y recursos que alertan y actúan en función de la peligrosidad jurídica con formas emparentadas bajo la modalidad de la urgencia o emergencia clínica.

Riesgo o peligrosidad, urgencia o emergencia, designan a la perentoriedad con que esos discursos y recursos deben, o se les reclama que deben, salir al cruce de una problemática drogadiciva en el escenario de la Justicia o de la Salud.

En este contexto se hallan distintos grados de consenso o disenso, de convergencia o divergencia, de transducción o traslado, de acuerdo o puja, entre los estamentos intra e institucionales o entre las diversas instituciones y poderes del Estado abocados a las drogadependencias.

De allí se derivará un fortalecimiento o menoscabo de la atención primaria o de la prevención primaria, secundaria o terciaria, de la eficiencia, efectividad y eficacia de las políticas, planes y programas destinados a la problemática drogadependencial.

Los recursos para “zanjar” las diferencias frente al desconcierto en que introduce el desacuerdo y la confrontación, en el mejor de los casos científica, pero frecuentemente ideológica o ligada a protagonismos

sectarios o “caprichosos” en los efectores de la “función pública”, suelen remitir a la decisión de quién detenta el “poder”.

Se trata de quién, circunstancialmente, tiene el instrumento para determinar qué hacer con ese sujeto considerado consumidor de drogas con cierto nivel de riesgo o peligrosidad que lo introduce en una situación de urgencia o emergencia. Ese funcionario público o efector privado, termina decidiendo, al modo del último eslabón de una cadena de desacuerdos o de criterios consensuados, mientras el adicto recepta el cuidado y la atención o es depositario del monto de malestar y conflicto que lo precede.

Son dimensiones del presente estudio:

- 1- Los niveles análisis geopolítico, institucional, profesional y representacional.
- 2- La atención diagnóstica (afereente) y jurídica, clínica, tutorial (eferente).
- 3- La institución judicial (CMF) y sanitaria (CE.NA.RE.SO).
- 4- El criterio integral, riguroso, relevante, interdisciplinario, coherente.
- 5- La potencialidad de daño: riesgo-peligrosidad.
- 6- El registro subjetivo u objetivo del daño: urgencia-emergencia.
- 7- Los dispositivos de atención: jurídico-clínico-tutorial.
- 8- Lo Intra y extrainstitucional: divergente (traslado)- convergente (transmisión).
- 9- Los nivel de prevención: primaria-secundaria-terciaria;
- 10- El correlato con otros registros de organismos o instituciones de otras geografías o áreas nacionales, provinciales o del GCBA.

En medio de las graves diferencias conceptuales y, sobre todo, operativas queda el sujeto dependiente a la espera de una atención, circunstancia que lo instala en la encrucijada del “doble mensaje”, “doble vínculo” o “mensaje esquizofrenógeno” entre el desacuerdo o el desatino intra e interinstitucional al que, por otro lado, suele estar penosamente habituado desde la misma psico y sociogénesis de su conducta adictiva.

Estos discursos y estas respuestas emergen de cada disciplina e institución:

El CE.NA.RE.SO. responde al problema procesando, a través de criterios institucionales médicos, judiciales, sociales, psicopatológicos, psiquiátricos, familiares, un diagnóstico y una terapéutica acorde. Prevaler un criterio que, al “estilo” de las Comunidades Terapéuticas, otorga al peso de la demanda terapéutica una entidad decisiva para indicar la internación.

También la SE.DRO.NAR. respecto a sus becas en Comunidades Terapéuticas (C.T) “se toma su tiempo” en expedirse sobre lo atinado de la prestación, circunstancia que motivara la airadas críticas de funcionarios y magistrados de la Justicia en Jornadas efectuadas en 2007 por la Secretaría de Estado. Esto es solidario con un modelo propicio a mediatizar la demanda a través de una sucesión de recaudos de admisión ajeno al criterio médico en el que la emergencia conforma toda una razón harto suficiente para admitir a un paciente en forma inmediata.

Parece haber una desvinculación entre la perentoriedad de los

sistemas judiciales que determinan peligrosidad e internaciones inmediatas, “en el día”, y la consignada de los sistemas médicos frente a la emergencia por un lado, y la “parsimonia” con que las ofertas de atención de adictos a drogas suelen operar al punto de considerar que la inmediatez casi por definición colisiona con los criterios de internación de sujetos adictos a drogas.

Efectivamente, la emergencia se asocia más con sistemas afines con un perfil psiquiátrico o médico, en ese sentido afín a la valoración de los indicadores de riesgo o de peligrosidad que también manejan los jueces civiles o penales, que al que se implementa en los centros de internación de toxicómanos.

Por otra parte, en el CE.NA.RE.SO. (Centro nacional de “reeducación social”), en Casa Puerto en la jurisdicción del GCBA, o en Isla Silvia en el S.E.N.A.F, también opera una categorización del dependiente emparentada con lo psicosocial antes que con la eventualidad médica-psicopatológica conque se interviene ante una emergencia clínica y judicial del orden de las aquí reconocidas bajo las categorías de riesgo y peligrosidad.

Llamativamente, más allá de las críticas no desdeñables al sistema médico-sanitario y ético-jurídico, ambos dispositivos no tienen, al presente, respuestas a sus casos revestidos de riesgo y peligrosidad. Ambos registros se topan con el “no” de las instituciones psiquiátricas públicas que no admiten drogodependencias, con el “no” de los orga-

nismos públicos que se abocan a las adicciones a drogas pero que operan en base a que son problemáticas que no revistan riesgo ni peligrosidad y con el “no” de las clínicas psiquiátricas privadas que admiten indiferenciadamente a pacientes psiquiátricos y toxicómanos, siempre y cuando habiliten cobertura.

Otro andarivel de este fluir de contradicciones discursivas y recursiva es el que hace a la compulsiva internación de pacientes judicializados, quienes con similar precipitación de su ingreso efectivizan su egreso a costa de instalar una odiosa diferencia entre pacientes (judicializados y no judicializados).

Las derivaciones judiciales según las previsiones del art. 482 del C.C., la ley de internación psiquiátrica 22.914 o las medidas de seguridad de los juzgados criminales y correccionales son cada vez más ajenas a los criterios alienistas de internación psiquiátrica y más afines a problemáticas psicosociales vinculadas al consumo de sustancias.

Aún cuando se hallan en revisión los modelos médico-sanitario y ético-jurídico, parece que las instituciones ni siquiera alcanzaron a capitalizar sus recursos como para desde allí proyectarse a modelos superadores. Aún rige en las instituciones un “discurso” que gira en torno a la puja de poder institucional prevaleciendo una dicotomía entre el paciente psiquiátrico y el toxicómano en flagrante desconocimiento de que lo habitual es la dualidad, simplemente, porque las personas es usual que consuman drogas y padezcan enfermedades mentales.

El consumo recreativo es cada vez más infrecuente aumentando el que se explica por complejas problemáticas que oscilan entre lo médico, lo psicopatológico y lo socio-familiar.

Justamente, en tanto el uso de drogas responde a variables psicopatológicas y sociales violentas o anómicas su adicción se reviste de riesgo y peligrosidad. Ese diagnóstico no será hecho en la medida en que se siga reconociendo el consumo de psicotrópicos con la “ingenuidad” de un “mal comportamiento”, de un desvío o de una disconducia a corregir o reeducar.

Desde lo ético-jurídico es viable que la Justicia en su fuero Civil o Penal en el marco de las normas jurídicas nombradas procure preservar al individuo y a la sociedad de la *peligrosidad cierta e inminente para sí o terceros* instando a implementar recursos de atención de los sujetos enfermos-imputados. No obstante en el CMF también es testigo de las importantes diferencias no solo respecto a los modos de conceptualizar el problema desde lo jurídico y lo clínico, sino también aún dentro del ámbito judicial.

Además, en el ámbito jurídico-pericial se ilustra un conflicto con lo extrajudicial, en particular con respecto al CE.NA.RE.SO., a la SE.DRO.NAR. y prestadores como Casa Puerto, en función de la demanda de lugares “cerrados” de modo de evitar la fuga del sujeto “peligroso contra sí o terceros”, circunstancia inviable dada la inexistencia de tales dispositivos en el ámbito público.

Opera entre el saber jurídico y el

clínico público un hiato que da cuenta de esa carencia de lugares que eviten la ida compulsiva de los toxicómanos, obviamente no por error o ignorancia frente a los reclamos judiciales o sociales como el de las “madres del paco”.

Se esgrime, no sin sustento, que la demanda terapéutica del toxicómano es esencial para su cura y central en la construcción de un dispositivo terapéutico. Sin embargo los mejores y más agudos argumentos clínicos colisionan con el temor de los jueces y la angustia de la familia y de la sociedad porque “anden sueltos”, y “a su suerte”, sujetos al riesgo y peligro de una “alienación” tóxica.

Más bien se asiste a una eyección del problema por fuera de la institución o de la disciplina de que se trate de modo de constatar respuestas cuyo tenor impulsivo o compulsivo constituye la forma de tramitar la angustia que introduce la emergencia o la urgencia del mismo modo que amerita ser tramitada la impulsividad o compulsión de la emergencia que hace falta atender. Se produce un fenómeno de revalsamiento de exigencias con las consiguientes respuestas precipitadas producto del fracaso del esfuerzo por compartir criterios y acciones desde diferentes concepciones y recursos en torno al *emergente dependencial*.

Es un rebajamiento por el que se “traslada” o “deposita” por fuera el problema irresuelto de modo que se suscita un acto que queda alejado de los conceptos o recursos de la disciplina o institución clínica o judicial despojando de lógica a la respuesta.

Esto se traduce en que esa respuesta impulsiva o compulsiva que remite al poder de quién la impone (juez, policía, médico, enfermero, maestro, SAME) precipite un mayor grado de enajenación sobre una situación ya de por sí desestabilizante anímica e institucionalmente.

Se registra de este modo una escisión, fractura o confrontación en diversos niveles discursivo-institucionales:

Los puntos a considerar en la presente problematización son los siguientes:

- 1- La necesidad de acordar o consensuar criterios e intervenciones clínico-asistenciales y jurídico-periciales, no solo en la interfase externa a cada institución sino también en lo “doméstico” de cada organismo.
- 2- La presencia de un remanente de contradicciones discursivas y operativas entre esos criterios e intervenciones y la modalidad impulsiva-compulsiva con que se zanján esas diferencias según sustentos no razonables sino relativos a la prevalencia del actor hegemónico.
- 3- El atravesamiento y el conflicto, si bien se escenifica primordialmente en la “cocina” intra e interinstitucional e intra e interdisciplinaria, no es menos cierto y relevante que por encima de ese nivel de análisis se despliega lo geopolítico cuya trama es necesario conocer por más que exceda lo asible por el investigador, y por debajo lo imaginario-representacional que, si bien es accesible al estudioso, por su certeza “caprichosa” se torna difícilmente modificable, al menos a un corto plazo.
- 4- La generación de propuestas de atención primaria, secundaria y terciaria de la problemática con-

siderada se podría corresponder con el rol central de la educación en la protección y promoción del bienestar psico-social, con la centralidad de la detección y tratamiento precoz de parte del dispositivo clínico y con la trascendencia de la justicia en la reeducación, rehabilitación y reinserción.

- 5- La convergencia de apreciaciones puede lograrse a través de una metodología científica sustentada en una investigación aplicada e investigación acción que permita que el objeto de estudio pueda ser abordado desde discursos y recursos disciplinarios e institucionales diversos despojados de posicionamientos rígidos y apriorísticos de modo de suscitar la prevalencia discursiva-operativa por encima de las apropiaciones del saber y del saber hacer de parte de sectores.

Partiendo de tres indicadores de malestar (adicción, violencia y anomia) se apela a instituciones nacionales primariamente responsables de responder a cada uno de esos tres indicadores a través de dispositivos educativo-tutoriales, clínico-psiquiátricos y ético-jurídicos.

- El dispositivo educativo-tutorial incide en lo prepatogénico de la prevención primaria en la medida en que la institución educativa debería ser un blanco dilecto en los subprogramas del Depto. Prevención del CE.NA.RE.SO. ante la adicción, la violencia y la anomia que circula a través de la cotidianeidad ciudadana. Le cabe alcanzar a amplias poblaciones valiéndose de la infraestructura que socialmente la educación formal y no formal tiene prevista para la atención

de personas “sanas” que recurren a apuntalamientos psico-sociales. Es un dispositivo con una grave responsabilidad ante la construcción, el mantenimiento y la promoción del territorio cultural en el que el desarrollo de la personalidad individual resulte un emergente natural, enriquecedor del cuerpo social. Su fracaso incide en la pérdida de la cohesión de los vínculos sociales y en el riesgo de ser violentados por un malestar o conflicto inadecuadamente tramitado por medio del acto y la anomia.

- El dispositivo clínico-terapéutico se inicia en la atención primaria pero se continúa en el segundo y en el tercer nivel de prevención de modo de atender precoz o secuelearmente, respectivamente, la problemática anómica, adictiva y violenta. Ha de ofrecer prestaciones ante el sufrimiento humano que subyace bajo el ropaje adictivo, ante el atezamiento subjetivo de la libertad que, sofocada, constriñe las posibilidades y las potencialidades del sujeto, frustrando alternativas que una vez obstruidas devienen en tensión anímica y en actos compulsivos e impulsivos. Es un sistema que opera a la manera de una “cadena ganglionar”, es una barrera de contención de infiltraciones de malestar no satisfactoriamente tramitado que en algún punto del sistema social impartan haciendo síntoma o signo por lo que es esperable que los recursos de intervención temprana sean eficientes.
- El dispositivo ético-jurídico incide en el nivel secundario y terciario de prevención en torno producir una acción judicial restitutiva de la norma, de los vínculos libres ante las personas y los objetos

y de relaciones armónicas y comprometidas con los sujetos y sus elecciones personales. Debe dar respuestas a la destitución del necesario encuadre normativo, al creciente número de inhabilitados, dementes en sentido jurídico, imputados o inimputables, criminales o delincuentes que, a edades cada vez más tempranas, pierden su condición ciudadana en relación directamente proporcional a su inscripción en términos de una “peligrosidad” clínico-social que los conduce a la rotulación civil o penal que los designa “diferentes”.

En algún sentido el dispositivo ético-jurídico es una herramienta que alude al fracaso de los dos dispositivos previos, a un margen poblacional que queda por fuera de la inclusión educativo-tutorial y que aún excede el anclaje que ofrece lo clínico-sanitario. Es un último recurso que va a la búsqueda de lo ya desplegado en la trama social al punto de impregnarse de un malestar que se traduce en miedo, inseguridad y zozobra.

Desamparo o exclusión subjetiva y social, adicción, *craving* o acto clínico impulsivo-compulsivo, y destitución o anomia ético-jurídica son tres formas de designar menoscabos subjetivos e intersubjetivos inscriptos en áreas nodales afectadas por la desintegración y la denigración devenida en una cascada de marginalidad y de vulnerabilidad.

La protección de la integridad de los lazos interpersonales, comenzando por los grupos primarios y familiares y alcanzando a los grupos secundarios e institucionales, es el basamento para que experiencias de modelaje y de introyección se repliquen y se recreen.

A la desculturización, a la pérdida o desintegración de la identidad social, a la orfandad de pertenencia grupal le corresponde riesgo y peligrosidad acreedores de respuestas.

El sistema educativo-tutorial tiene una función de cuidado de ese espacio mental y comunitario en el que fluye el conocimiento y el aprendizaje en el manejo de las coyunturas humanas cotidianas.

El “acto peligroso” se asocia a conductas adictivas, a la violencia física, psíquica y sexual, a la anomia, a la entronización del individuo masificado sobre el colectivo, impone la reconstitución de la legalidad interna y externa.

La restitución judicial clínicamente debería lograr tramitar el arduo proceso ascendente inverso al de la cascada del desamparo, del acto patológico y de la destitución anómica en orden a la adecuación de estos grupos a los encuadres propios de la “normalidad” clínica, social y jurídica tanto como a la saludable transgresión respecto a lo establecido.

Problematizar e instalar científica y culturalmente una discusión en torno a estas temática responde a la demanda social implícita y explícita de responder a incoherencias y contradicciones de las instancias decisorias. Desde la preeminencia de acto adictivo, violento y anómico en cuyo contexto el consumo de drogas es un dato tan solo configurativo, a la estigmatización de la punición, inimputabilidad, protección, inhabilitación o incapacidad, se introducen “saberes” atendibles o no.

Se suman elementos con alta trascendencia geopolítica como la

sentencia de la Constitución de la Nación Argentina, promulgada en 1994, en su artículo 42, que designa al otrora ciudadano con los significativos y novedosos términos de “consumidor”.

Los bienes materiales, la aptitud civil y el acceso al conocimiento se hallan atravesados por la puja mercantilista que relega a sectores progresivamente más numerosos de la sociedad a la exclusión económica y cultural.

El progresivo debilitamiento del rol de Estado Nacional en la administración de salud, acción social, educación y justicia se correspondió con el protagonismo en aumento del sector privado en su prestación.

Por supuesto la administración de justicia, como el gobierno, siguen siendo patrimonio indelegable del Estado pero con la salvedad de que en caso de resultar necesario un dispositivo que opere la implementación de recursos extremos frente al sujeto psíquicamente en emergencia una opción próxima es la privación “legítima” de su libertad a través de la internación psiquiátrica.

No existe un espacio que propicie la convergencia interinstitucional, interdisciplinaria y rigurosa científicamente en orden a una visualización coherente de su complejidad tanto conceptual como operativa. De existir ese espacio la aludida compulsión interinstitucional, con sus afluentes más imaginarios o ideológicos que científicos, tendría un cierto reaseguro de preeminencia de lo objetivamente saludable sobre los avatares de las pujas de poder entre sectores.

La resistencia a toda forma de

internación *cerrada* de parte del hospital público psiquiátrico en general y del CE.NA.RE.SO. en particular propicia que toda situación clínico-judicial designada *riesgosa* o *peligrosa* sea remitida a esos efectores privados que parecen tener el patrimonio sobre el control de esta situación dañosa potencial o inminente.

En la esfera de intervención del CMF, el Servicio Penitenciario Federal (SPF) apela a sus Unidades Psiquiátricas tras cuya internación no es infrecuente que se determine su alojamiento en el citado sector privado de internación con control de ingresos y egresos atentos a que una vez por fuera del SPF la continuidad de los tratamientos de los inimputables es dable que deba efectuarse en instituciones que garanticen la permanencia del paciente aún contra su voluntad.

Por fuera y previamente a esos ámbitos clínicos privados o estatales penitenciarios, ambos privativos de la libertad, se asiste a la disfunción o patología psicosocial que resulta o se profundiza a partir de actitudes, conductas o comportamientos de carácter depresivo o conflictivo que recursan en nuevos y más graves padecimientos.

Se trata de graves trastornos acordes con una clínica del quebranto por la que se inclina la sociedad bajo el peso de un sufrimiento al que responde escotomizada, desagregada e ineficazmente, desde estrategias deshilvanadas.

La envergadura de la disfunción, la incoordinación de las acciones para resolverla y la contradicción y entorpecimiento entre lo operado por unas y otras instancias institucionales conllevan a un desgaste de recursos humanos y materiales.

Deviene perentorio efectuar un monitoreo permanente del curso y resultado de las acciones en los distintos ámbitos donde se atiende esta clínica del comportamiento adictivo, violento y anómico (a.v.a.).

Las instancias institucionales consignadas protagonizan, en este sentido, una respuesta educativo-tutorial con particular incidencia ante el desamparo social, una alternativa clínico-terapéutica de alto protagonismo en la patología del acto y una intervención ético-jurídica cuya presencia se impone ante la destitución normativa. Sin embargo unos y otros dispositivos atraviesan unas y otras instancias clínico-jurídicas siendo su estudio central tanto en un organismo nacional y descentralizado como el CE.NA.RE.SO., como en una institución también nacional y autónoma pero con un discurso y operatoria diametralmente opuesta como es el CMF de la Justicia Nacional.

Una arista del problema designa a la patología o a la vulnerabilidad del individuo o de su grupo primario o familiar y a los recursos clínicos y socio-educacionales, de contención y cuidado judicial en sus fueros civil o penal.

Otra dimensión, supraunitaria o global, se conforma por la trama comunitaria, geográfica, económica y cultural cuyas variables atienden emergentes de desamparo, adicción, violencia, anomia o delincuencia desde el punto de vista histórico, antropológico, sociológico, político, y religioso.

Desde una u otra dimensión se está ante padecimientos, disfunciones y disarmonías conductuales-comportamentales que han adquirido magnitudes que com-

prometen gravemente la identidad subjetiva, la armonía y la vitalidad moral de la comunidad.

Aún las poblaciones que podrían darse por preservadas de esta amenaza también lo sufren en la medida del impacto demoleedor de sus efectos de modo que queda comprometida la totalidad de los sectores sociales, con o sin una deleznable complicidad de la conducción política. Se hace difícil reconocer el curso de los intereses que circulan entre quienes tienen la decisión política en el dictado de normas legales y en la implementación de acciones ajenas a la marcación de los grupos considerados una amenaza para la paz social o para la seguridad pública.

En los medios de difusión masiva se levantan construcciones explicativas que redundan en la instalación de “fetiches” que designan culpables. La cultura postmoderna del consumo y de la imagen abona a un vaciamiento de la identidad tanto cultural como individual conformando en emergencia conductual a la adicción, la violencia y el desamparo.

Corresponde discriminar en este punto la problematización de causas, motivaciones, mecanismos y efectos o consecuencias de una lectura ético-jurídica ajena a la ciencia aunque tan íntima al sufrimiento humano.

Una conducta violenta podrá ser “justificada” judicial y médico legalmente por haber mediado una intoxicación, un episodio comicial o una psicosis, no obstante ese manto de sustentable comprensión y desimplicación subjetiva respecto a la incomprensión del acto criminal y/o a la dirección de sus acciones no atenúa el justo

dolor de los damnificados para quienes poco importa el desarrollo científico de los causales de inimputabilidad del autor del crimen.

A su vez este mismo relevamiento permite recabar información respecto a la desorientación o al cercenamiento de los actores institucionales responsables de la construcción de una propuesta conjunta y compleja a tenor de lo se que se intenta resolver.

La sociedad espera que los niveles intermedios entre la decisión política gubernamental y el padecimiento a.v.a. de las poblaciones castigadas por este problema generen y promuevan la implementación de investigación, capacitación y acción, que se innove, que se cree y se ingenien estrategias eficaces, efectivas y eficientes.

El acto clínico que hace de signo de ese malestar cultural es, por lo mismo, frecuentemente asintomático, su tenor subclínico podrá ser detectado por educadores, su clínica es probable que no se traduzca en malestar subjetivo sino en acto disruptivo, su transgresión a la norma jurídica seguramente deventrá en una respuesta policial, penitenciaria y judicial ajena a una implicación en el acto cometido o permitido. En uno u otro caso, prevalece la acción sobre la angustia, una emisión despojada de valor simbólico, anómica, eyectada por fuera del registro humano, portadora de un desamparo que no transita por lo socio-económico sino por la alienación subjetiva que lo enmarca. Dentro del espectro del *acto* la psiquiatría forense hace una traducción en forma de entidades que atraviesan lo psicopatológico, lo social y lo jurídico, conformando una realidad que excede la suma de sus partes.

El desplazamiento del sujeto y de la expresión simbólica del malestar y la introducción del vacío semiótico generan un individuo desimplicado y violento, funcional a una trama de comportamientos tan propiciados desde el anonimato del doble mensaje institucional y cultural como particularmente sancionados por la necesidad de dar con responsables individuales a quienes culpar.

El final de esta cascada de malestar y sanción es, previsiblemente, la materialización del enojo sobre quién, adicto, delincuente o violento, deposita el malestar.

El médico, el trabajador social, el educador o el juez, lejanos a los responsables velados que operan muy por encima o por fuera de la traducción sanitaria, social o jurídica del problema, luchan en la trinchera del problema.

El desvanecimiento de la tensión que motoriza al sujeto y a su historia introduce vínculos endogrupales primarios emparentados con el miedo, el odio o la desimplicación, tres experiencias anímicas que han venido a regular el tiempo y el sentido de la vida social.

Emergen así grupos cuyos códigos no incluyen necesariamente la circulación o el uso de estupefacientes en la medida en que *la droga no es el problema*, como tampoco lo son las armas respecto a la violencia ni lo es la crisis socio-económica en cuanto al desamparo social.

Los discursos judiciales no logran centrar su función y su cometido ante la problemática de las adicciones al punto de ni siquiera lograr inscribirse claramente si se está frente entidades de incumbencia civil o penal.

El problema es asumido de modo diferente según opere un juzgado de uno u otro fuero y según el informe médico forense responda sustrayendo o introduciendo al causante en las previsiones de la imputabilidad o de la incapacidad. En el caso del uso de estupefacientes, el mismo causante que puede ser objeto de una acción civil en los términos de la protección de persona del art. 482 del CC, también puede serlo de una acción penal en el contexto de la ley 23.737. De por sí los expertos en el aspecto jurídico de las drogadependencias no terminan de acordar si corresponde o no la penalización de la tenencia de estupefacientes para uso personal o si le corresponde solo al fuero civil atender el problema.

Las consignaciones psiquiátricas, hospitalarias o judiciales, ilustran tanto desde el punto de vista inductivo en torno a la singularidad psicojurídica del caso como hipotético-deductivamente respecto a los resortes socioculturales y geopolíticos.

Esto implica una ciencia de la salud en permanente circulación, retroalimentación o feed-back con la realidad global sobre la que la justicia ha de juzgar de forma que emerjan coherencia, rigurosidad, relevancia, integralidad e interdisciplina científica.

De la intersección entre el saber clínico, el educativo, el social y el jurídico se podrá fundar la complejidad del objeto de estudio, su sustento teórico y las respuestas institucionales adecuadas.

Una construcción teórica en términos hipotético-deductivos retorna en nueva teoría una vez que halla incursionado en el criterio inductivo que abreva en lo contingente y cotidiano de modo de alcanzar intervenciones progresivamente creativas y eficaces. De la prevalencia compulsiva o del transvasamiento, consenso o transgeneración resultará la sustancial diferencia entre tratamientos sustentados en la represión y aquellos repositivos y *atentos*.
