



Asociación Argentina de Ayuda a la Persona con Esquizofrenia y su Familia

Charla APEF - Octubre de 2022

Consumo problemático y salud mental, Lic. Gonzalo Clérico y Lic. Erica Tejera*

*El Lic. Gonzalo Clérico y la Lic. Erica Tejera comparten trabajo con APEF, y ya hace años trabajan en la Secretaría de Salud de Quilmes, en la dirección de Salud Mental donde generan espacios destinados a familiares y referentes de personas con padecimientos graves de salud mental, hacen psicoeducación y acompañan procesos complejos. Van rotando por los diferentes barrios populares una vez por mes, generando estos espacios de encuentro. La Lic. Erica destaca la importancia de los familiares y referentes afectivos, sin los cuales sería imposible realizar su tarea.

Hablar de los consumos nos invita a pensar en el contexto sociocultural en el cual vivimos. Si se piensa en el buen vivir de los pueblos originarios, en un estar con otros, en comunidad con la naturaleza, y se observa esa lógica en la modernidad y referida al ser, actualmente, quizás no se refiere ni el estar, ni al ser, hablamos del *tener*. El consumo tanto de objetos como de sustancias es visto como modo de resolver el estar en el mundo. Es interesante pensarlo en plural, porque hablamos de *consumos problemáticos*. Efectivamente, si bien es cierto que hay una inquietud fuerte vinculada a las sustancias también entendemos que los consumos son amplios y variados: consumos referidos a la alimentación, a las pantallas, incluso a vínculos: hay veces que pareciera que en esta lógica tan deshumanizada consumimos vínculos, consumimos personas, todo se mercantiliza.

Nuestro marco legal es la Ley Nacional de Salud Mental, (Ley 26.657) para pensar, en principio, la definición de *salud mental*, y referirnos a algún artículo que hace mención específica a los consumos problemáticos. La Ley nos ofrece un marco que da legitimidad a las acciones que tanto nosotros como APEF, venimos desarrollando desde hace mucho. Definir la *salud mental* tiene dos aspectos importantes: por un lado, nos habla de un proceso, se refiere al transcurrir del tiempo, entender que no son estados, sino que son construcciones en el tiempo, y construcciones que siempre son vinculares, que siempre son con otros. En esos procesos tendremos momentos de mayor bienestar y otros momentos de angustia y tristeza. El otro punto es cuando nos habla de que son procesos no solamente referidos al cuerpo, sino también a lo social, a lo cultural, al estar con otros. Es decir, son procesos contextualizados que suceden en un tiempo, en un lugar, en un momento y con otras personas. Por lo tanto, dejar de pensar la salud mental como algo que está en la cabeza de cada quien, sino que la salud mental hace al estar con otros en un tiempo, en un momento, en un lugar en particular.

La Ley de Salud Mental proporciona un marco normativo muy importante para lo que vamos a presentar, porque está fundamentado en una ley que fue construida a partir de la lucha histórica de pacientes y familiares de pacientes, por supuesto profesionales también, pero sobre todo pacientes y familiares de pacientes que venían viendo que el modo de abordar las problemáticas de Salud Mental no daba resultado.

El artículo 4 se refiere particularmente a los consumos problemáticos, e invita a pensar los consumos dentro del marco de la ley. La Ley de Salud Mental es la voz de todo: incluir a las adicciones en el artículo 4 es uno de los puntos más novedosos (entre mucho de lo innovador que tiene la ley) porque propone dejar de considerar que las personas tienen un problema con las drogas, (“las drogas los atrapan y se los llevan”), si no que propone pensar que las personas que están consumiendo de una manera problemática una sustancia es porque están sufriendo por alguna causa. Y como están sufriendo, el abordaje tiene que ser de la misma manera que se abordan todos los sufrimientos. No se habla de psicopatología, ni de diagnóstico, se habla de sufrimientos distintos, en todas las personas son distintos. Por eso es tan importante festejar la Ley de Salud Mental que tenemos, seguir luchando para la implementación de esta Ley, que requiere de mucha participación del Estado, pero también de mucha calidad humana de quienes estamos cerca de los que más están sufriendo, para poder escuchar, acompañar y pensar que son momentos, que no es para toda la vida, que la calidad de vida siempre puede ser mejor si nos miramos de una manera amorosa, cálida.

Otra cuestión respecto de los consumos es que esta Ley nos permite dejar de demonizar el consumo, en general, de sustancias que son ilegales. El mayor problema que es históricamente la problemática del consumo estuvo siempre muy ligada a las sustancias ilegales y esto daba un marco de peligrosidad, es decir, el “fantasma” es el porro, la cocaína, los ácidos, pero no es, por ejemplo, el alcohol y los psicofármacos, incluso recetados de una manera compulsiva, sin saber si a esa persona le están haciendo bien o mal, si hay que bajarlos o subirlos, si hay que sumarle otro tipo de intervenciones además de una pastilla. Cuando se habla del *consumo problemático* se refiere a cuando se hace uso y abuso de algunas sustancias y también prácticas que nos complican la vida. Por ejemplo, si el juego o la alimentación llegan a ser un consumo problemático, esto le complica la vida a una persona, y no vamos a considerar consumo problemático solamente a esas sustancias que tienen un efecto directo al cerebro. Esto nos permite tener una amplitud de mirada, y dejar de pensar (aunque históricamente fue así) que la sustancia ilegal está asociada a la delincuencia y la peligrosidad, alguien que consume una sustancia ilegal casi roza la delincuencia, roba y mata. Es decir, se considera que esa persona es violenta. Hay muchas personas que consumen sustancias, incluso problemáticamente, que no tienen ningún indicador de violencia. El artículo 4 de la Ley nos permite *desestigmatizar*, dejar de pensar a las personas que consumen, incluso problemáticamente, cualquier sustancia o cualquier práctica en términos de peligrosidad. Esto es clave porque después de esa mirada se desprende que las prácticas no pueden ser ni el encierro, ni la policía, ni el abstencionismo de entrada.

Es decir, en el caso de que la persona tenga un consumo problemático, no es tan fácil que lo primero que se le pida sea dejar de consumir, esto lleva un proceso, un acompañamiento. Lo más probable es que si nosotros, para poder atenderlo, le pedimos que primero deje de consumir, lo que va a pasar es que la persona se vaya del tratamiento. Lo que nos plantea este artículo 4 y por qué los consumos están dentro de la ley de Salud Mental, tiene que ver con cómo se mira el problema con las sustancias y diversas prácticas, y a las personas que transitan estos problemas.

La ley también pone las problemáticas de consumo dentro del ámbito de la salud, y no dentro del fuero penal, dejamos de hablar de intervenciones en la línea punitivista y empezamos a pensar en abordajes que tengan que ver con el cuidado. Este es un punto

clave para nosotros ya que nos permite otra posibilidad de intervención.

2

En “las sociedades de consumo”, en estos tiempos hay cierto mandato social vinculado a la felicidad: pareciera que deberíamos ser personas felices, llevar una vida de bienestar y que nuestra salud mental tenga que ver con el máximo nivel de bienestar emocional, social, físico; esto es interesante como horizonte. Pero el Lic. Clerici, manifiesta que no sabe cómo será la experiencia de los oyentes, y pide perdón por ser auto referencial, el recorrido de su vida no ha tenido que ver con el bienestar y disfrute, la felicidad, todo el tiempo y cada rato. Ocurre lo mismo si se piensa en los territorios donde ellos trabajan en el marco de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Quilmes, segundo cordón de la provincia de Buenos Aires, donde los niveles de vulnerabilidad social son altos (cuando se habla de vulnerabilidad social se habla de las dificultades para acceder a niveles básicos de derechos que permitan un desarrollo integral y una vida disfrutable).

Tanto en la provincia como en toda Latinoamérica hay una contradicción entre ese mandato de felicidad donde pareciera que uno debería tener una vida de Instagram, siempre arreglado, sonriente, en una escena disfrutable y teniendo muchos “me gusta” de la gente que lo rodea, y lo que implica vivir en algunos territorios, y más aún si pensamos en padecimientos graves de Salud Mental, donde existe la estigmatización, el encierro como respuesta, el aislamiento social, el no acceso derechos, todo esto hace que la vida se vuelva muy difícil. Y en ese mandato donde yo debería ser feliz y si no estoy siendo feliz es porque no estoy haciendo lo suficiente, en un contexto donde la felicidad es así muy difícil, estamos hablando actualmente de que uno de cada dos chicos y chicas en Argentina se encuentra bajo la línea de pobreza. Vivir en esas condiciones provoca sufrimiento y a veces una respuesta a ese sufrimiento es dejar de pensar sobre aquello, dejar de sentir ese malestar y las sustancias juegan un papel importante. Hay sustancias que efectivamente muchos hemos problematizado en los medios sobre las sustancias ilegales y toda esta cuestión referida a la delincuencia, etc.

El gran problema en Argentina, particularmente vinculado al consumo de alcohol (en cualquier supermercado se vende) y de psicofármacos, es que son sustancias legales, que generan incluso dependencias mucho más fuertes que la marihuana y demás; dependencia en términos de que se generan necesidades compulsivas de acceder a la sustancia (alcohol) y a veces es el cuerpo mismo que se desregula cuando ya no lo tiene cosa que quizás no pasa con la marihuana o el ácido. Sin embargo, pareciera que el problema es la ilegalidad, y no estas otras que son legales. Entonces el contexto social invita a tener una vida feliz, plena, etc., y hace responsable a la persona si no tiene esos estándares de vida, pero tener esos estándares se hace muy difícil. En ese punto disociarse, perder de vista las emociones, perder de vista ese registro del sufrimiento subjetivo, es una respuesta en lo inmediato a ese sufrimiento. Penalizar a aquel que está intentando desesperadamente resolver ese nivel de sufrimiento buscando algo de bienestar, que es efímero y dañino, es una respuesta que merece ser discutida. Por eso festejamos y celebramos la Ley, porque entendemos que nos permite cuidar a esas personas que están transitando sufrimiento y no aislarlas creyendo que el modo es ese. Porque en algún punto van a terminar todos aislados: la pregunta es quién no consume problemáticamente pantallas, quién no consume, a veces, comida problemáticamente, quién no consume televisión, quien no consume trabajo problemáticamente.

Es muy interesante pensar respecto de las demandas que recibimos históricamente

sobre el consumo. Cuando nos piden intervención porque hay una persona que está en situación de consumo problemático nos dicen: “Hay que atender a tal porque consume cocaína”. La segunda pregunta nuestra es: “¿Quién es esa persona?”. Y la respuesta: “Es un niño en situación de calle que consume”. O sea, hace más ruido que consuma que el hecho de

3

que un niño de 10 años está en la calle, hay más preocupación por ver cómo le quitamos la sustancia, que por pensar cómo hacemos para que ese niño tenga las redes de contención y un proyecto de vida que le permitan desarrollarse. Muchas veces nos ponemos a pensar cómo se soporta semejante sufrimiento, y muchas veces es consumir algo. Históricamente el sistema de salud ha sido muy expulsivo en relación a esto, incluso en la actualidad sabemos que los consumos problemáticos son parte de la ley de Salud Mental pero cuando llega una persona con problemática de consumo a determinados espacios de salud, le dicen: “Acá atendemos Salud Mental pero no atendemos consumo de sustancias”, como si fuera algo ajeno, o algo que trae problemas o algo de lo cual no se puede hacer cargo el sistema. Esta es la primera barrera de acceso de las personas al sistema, no solo de salud sino de cualquier espacio al que la persona se puede acercar para pedir ayuda porque está consumiendo sustancias, la gente sale corriendo. En muchos casos existe la problemática y hay que tratarla, las sustancias tanto legales como ilegales tienen efectos, no son inocuas, no estamos diciendo que, si se consume cocaína, no pasa nada, estamos diciendo que el problema va mucho más allá de la cocaína.

Así como no somos tan solo nuestros consumos, nuestra vida es mucho más compleja que la sustancia que consumimos problemáticamente o no, tampoco las personas son tan solo un diagnóstico. El diagnóstico es un modo con el que el sistema de salud trata de categorizar para hacer un seguimiento. En un encuentro donde se trató la transformación del modelo de atención en Quilmes y a nivel nacional, producto de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental veíamos un documental que se llama “Desmontar la máquina” ^{*1}, que recomendamos, es muy interesante, que tiene que ver con esta perspectiva de que muchas personas se presentan desde el diagnóstico: “Yo soy un bipolar”, etc. La verdad es que uno no es un diagnóstico, en todo caso el sistema de salud menciona algo de su modo de estar en el mundo categorizándolo y posiblemente muy vinculado de la industria farmacéutica. Pero el consumo o los diagnósticos no nombran esa complejidad que somos en el vivir.

¿Cuándo los consumos se vuelven problemáticos? Entendemos que hay dos puntos que son interesantes: por un lado, muchas veces lo problemático se presenta en la mirada de la familia, porque la persona que está consumiendo sustancias dice que no termina de problematizar ese punto, porque encuentra ahí cierto equilibrio en el malestar, en el transitar cierto padecimiento, y efectivamente las sustancias juegan. Para eso es muy importante trabajar con la familia que efectivamente presenta explícitamente un sufrir al ver cómo algunas personas se dañan en algún sentido.

En cuanto al otro punto, un consumo se vuelve problemático cuando aísla a la persona, cuando de alguna manera uno va perdiendo vínculo con otras personas y uno va cada vez recortando el círculo social, donde los intereses vitales, los proyectos, las estructuras de vida se empiezan a recortar y tan solo se sitúan en la línea del consumo.

La definición de consumo problemático es clave porque eso es lo que nos permite

determinar si tenemos pertinencia en la intervención o no. Esto quiere decir, los consumos que no están por fuera de la situación de problema [sic. 26:29] no tenemos demasiada intervención porque tiene que ver con la decisión, la autonomía de cada persona. Esto es clave; muchas veces resuena fuerte porque se dice que, si las sustancias son ilegales, como la va a poder usar: es una discusión que se viene dando. El artículo 19 de la Constitución Nacional dice que somos libres de elegir lo que queramos consumir, vivir, siempre y cuando esto no se vuelva un problema para la persona. Siempre que no ponga en riesgo su integridad física y psíquica, la persona puede consumir cualquier sustancia o hacer

4

cualquier actividad sin que tengamos la pertinencia de intervenir. Muchas veces las demandas más grandes que tenemos respecto del consumo son, por ejemplo, referentes afectivos muy preocupados porque algún familiar consume alguna sustancia que realmente no representa ningún problema para la persona. Es muy difícil intervenir con un tratamiento si la persona no está teniendo ningún problema con ese consumo. El problema, en todo caso, lo tendrá con la policía si lo atrapa con una sustancia ilegal encima, y el problema es legal porque no está permitido. Esto no significa, y la Lic. Tejera lo dice para que se entienda, que si una persona fuma un cigarrillo de marihuana por semana va a tener un problema en toda su vida. Y lo dice con estas palabras porque muchas veces suena disruptivo, pero es una realidad: si la persona conserva su trabajo, tiene su referente, tiene una vida, no hay por qué intervenir. Es lo mismo que digamos que hay que intervenir en la vida de esta persona porque toma una copa de vino todas las noches cuando cena: no se lo lleva al psicólogo en esta circunstancia. También es cierto que muchas veces las personas tienen un problema con el consumo, pero no pueden darse cuenta y son los familiares o los referentes los que alertan sobre el problema. Y nosotros podemos decir que hay un problema y hay que encontrar la manera de que esa persona se pueda acercar al tratamiento y acompañarla.

En cuanto a tratamientos, efectivamente hay personas que problematizan su consumo de sustancias y esto les genera niveles de sufrimiento altos, porque no pueden salir de una lógica muy disociada donde se lastiman, pierden espacios vitales, pierden vínculos con gente que quieren.

En Quilmes, hay dos movimientos:

a) equipos interdisciplinarios, en los que se destaca la importancia de trabajar con los referentes afectivos, con las familias y desde la interdisciplina (articulación con otras áreas: deportes, cultura y además en paralelo con el trabajo con el hospital para aquellas situaciones que demandan una respuesta pronta porque hay riesgo cierto e inminente), pero también de la intersectorialidad. Se formaron cinco dispositivos que están en barrios populares, en lugares estratégicos de Quilmes, articulados, que dependen de SEDRONAR y que trabajan bajo la lógica del Sistema Público de Salud de Quilmes, donde diferentes disciplinas abordan la cuestión. También disputamos hasta dónde en Salud Mental es cuestión a resolver en el consultorio con el psicólogo o, peor aún, con el psiquiatra mediante el acceso a fármacos. Entonces fuimos sumando interdisciplina en términos de terapia ocupacional, trabajo social, psicopedagogía, operadores, talleristas, en dispositivos de SEDRONAR, que generan espacios de inclusión donde no se les pide como primer paso que dejen de consumir porque es justamente aquello que no pueden hacer (dejar de consumir de un momento a otro), sino participar de los

espacios, escuchar experiencias de otros y de otras, transitar por escenas, por proyectos comunitarios que posiblemente permitan una mirada más allá del sufrimiento y más allá del consumo de sustancias, para empezar a encontrar otros sentidos a la vida. En todo caso ahí, seguramente, escuchando otras experiencias y repensando cada uno sus recorridos quizás haya algo como para problematizar, que es un proceso muy difícil. Pedirle a la persona que tiene un uso compulsivo de sustancias que de un momento a otro las deje, y si no las deja la respuesta será el encierro de la persona y también de la situación. Sabemos que hay situaciones dramáticas que a veces requieren una internación porque una persona en consumo problemático, quizás con un cuadro de base muy complejo y en escenas de mucho desborde pueden ponerse en riesgo a sí mismos o a terceros, esas situaciones son abordadas en el marco del segundo nivel, es decir, los hospitales generales. Así cuando alguien se fractura un brazo, tiene apendicitis, va al hospital, la salud mental es parte de

5

la salud integral. Así como el consumo es parte de la salud mental, la salud mental también es parte de la salud integral de las personas, y la salud integral se atiende en los hospitales generales. Nosotros creemos que ha sido un golpe fuerte para el sentido común entender que la Salud Mental se resolvía en los manicomios, como también pensar que el consumo problemático se resuelve en las granjas o en las comunidades terapéuticas aislando a la persona. El Sistema de Salud empezó a considerar que no entendía de consumo problemático, por lo tanto, no tenía que trabajar en eso; en las guardias de los hospitales, los médicos clínicos generalistas tampoco consideraban que tenían que entender de Salud Mental, ya que no eran psiquiatras. Hubo ahí un efecto que la ley pretende romper, e invita a pensar un sistema más integrado de salud, que implica pensar la salud mental dentro del sistema de salud, pensar los consumos problemáticos dentro de la salud mental y entender que las situaciones más graves de salud se abordan en el marco de los hospitales generales. Y es también allí donde tenemos que abordar esas situaciones que se vuelven más dramáticas, donde quizás se presentan situaciones de riesgo para sí o para terceros que van a requerir una internación breve, en función de estabilizar el cuadro y lograr algún este nivel de bienestar diferente acomodando también, en el mejor de los casos, una red comunitaria para cuando pueda ser externado.

Hay un colectivo de personas que discute mucho sobre la Ley de Salud Mental. Sostienen que la Ley prohíbe las internaciones, pero no es así, al contrario. La ley dice que hay situaciones en las que no hay otra alternativa que internar y dice cómo hacerlo, en qué condiciones y qué es lo que hay que hacer en la internación, todo eso está definido en la Ley. Se plantea que la internación es el último recurso, no dice que no es un recurso, sino que es el último, una vez que agotamos todas las instancias y esa persona se pone en riesgo a sí mismo o a terceros, ese es el momento cuando hay que intervenir de un modo más restrictivo, porque, en realidad, la internación restringe la libertad. Muchas veces si la persona no se quiere internar y eso se hace igual (internación involuntaria) estamos restringiendo la libertad por el hecho de que está en riesgo para sí o para terceros, esa es la única fundamentación que puede tener una restricción de la libertad para una persona en salud mental. Es mentira que la ley no permite internar, al contrario, la ley lo pone como uno de los más grandes recursos en un contexto determinado, no encerrarlo y dejarlo 30 años en un manicomio, sino internarlo como medida de cuidado, para que la persona salga mejor, es decir, que sea terapéutico, que mejore la calidad de vida.

b) mesas territoriales. El primer ejemplo se empezó a construir en el momento post Covid de la pandemia. La mesa de articulación intersectorial es un espacio de encuentro quincenal. Las organizaciones sociales, las instituciones del barrio, los organismos del Estado se reúnen para pensar en dos líneas de acción: 1) situaciones muy complejas de chicos y chicas que están muy complicados con el consumo y que es muy difícil que lleguen al sistema de salud, entonces entre todos pensamos alternativas para poder alojar eso y acompañarlos; y 2) actividades en la línea de promoción de derechos, que no sea solamente hablar de la urgencia en salud mental y de los problemas cuando los problemas ya están instalados, sino también de promoción de la salud (lo que históricamente se llamó *prevención*). Es decir, espacios, jornadas, charlas sobre las necesidades, de lo que está faltando en el barrio, de qué puede hacerse cargo cada sector. Lo mismo se replicó en el barrio de La Paz, en Quilmes también hace ya un tiempo. Esa mesa surgió después de un episodio de suicidio adolescente, cuando el barrio se convulsionó mucho en relación con este hecho terrible. Estas son las líneas que estamos llevando adelante cuando pensamos el abordaje de los consumos problemáticos como espacio de promoción de derechos que puedan favorecer proyectos de vida. Cuando decimos proyectos de vida no nos referimos

6

al proyecto que se nos ocurre a nosotros sino a que tenga un sentido, que su vida empiece a cobrar sentido y que pueda desarrollarse y, por supuesto, acceder a sus derechos básicos.

Existe algo contundente en el barrio cuando el Estado interviene en la integralidad de abordajes: niñez, secretaría de mujeres y diversidades culturales, desarrollo social, educación, salud, junto con las organizaciones sociales, y se empieza a reunir sistemáticamente. Esto permite ir construyendo redes comunitarias de cuidado donde se establecen trayectorias cuidadas, la persona es pensada de la misma manera en una cierta continuidad, entre la escuela, entre la organización por la cual transita por fuera de la escuela, entre el sistema de salud que acompaña. Ahí empezamos a construir una unidad de concepción y unas prácticas articuladas que nos resultan muy interesantes y que le devuelven a la persona la idea de que hay quienes lo piensan y hay para quienes no les da igual que se lastime, que se golpee, que se encuentre en ese nivel de aislamiento. Entonces hay veces que pensamos que los consumos problemáticos no tienen tanto que ver con aplicar a la vida una intensidad de experiencia que le haga sentir vivo, sino quizás es no tener registro que lo que le pasa le importa a alguien. Saber que con lo que se hace alguien está preocupado, alguien está pensando en esa persona, alguien lo está esperando, alguien está preguntándose por él, y saber que hay un otro ahí pensándolo, todo eso lo anuda más a la vida que ninguna otra cosa y permite regularse mucho más, lo devuelve a un plano más humano, lo devuelve al vínculo, le evita la cosa tan disociativa y le permite regularse y aplicar algún freno a ciertas escenas compulsivas. Creemos que hay una clave importante en ese saber que hay un otro que lo piense, cuando somos muchos quienes pensamos, quienes acompañamos, quienes estamos atentos y quienes construimos espacios amorosos de recepción y acompañamiento. Más que decirle cómo tiene que vivir su vida o juzgarlo por lo que está haciendo con eso, hay que ofrecer espacios de acompañamiento donde entienda que su sufrimiento no le pasa sólo a esa persona, hay muchos otros a quienes también les está pasando.

Las situaciones en el contexto son muy complejas: tenemos uno de cada dos chicos en

Argentina bajo la línea de pobreza, eso implica dificultades en el acceso a derechos básicos: vivienda, no solamente alimentación, educación, salud. Si generamos lazos sociales, redes comunitarias de cuidado tenemos más chance de llegar a los chicos y a las chicas que viven en ese nivel de sufrimiento. Y tenemos más chance de construir un Estado presente y un Estado que tensiona los sentidos y que ofrezca alternativas a la cuestión disociada, al perderse de vista, perder de vista a los otros y entrar en escenas muy dramáticas.

En esa línea contamos con los dispositivos como las mesas, todos los dispositivos de la SEDRONAR, que es el organismo nacional que rige la política de drogas en el país. En Quilmes tenemos cinco dispositivos que están incluidos en nuestra mirada y en nuestro armado de Salud Mental, eso no quita que en cualquier centro de salud (lo repetimos incansablemente) tiene que tener la posibilidad de alojar esas demandas. Después de que uno aloja y escucha, se verá qué circuito de tratamiento se le da, hay situaciones que se pueden abordar en el mismo centro de salud, hay otras que requieren otro nivel de complejidad, pero cualquier espacio de salud tiene que poder escuchar y alojar esos pedidos, que no es nada que esté por fuera del campo de la salud. Esto también es una indicación muy fuerte para nosotros como gestión y así como decíamos que la Ley dice que en algunos momentos se puede internar, por supuesto, en otros momentos hay terapias individuales, los psicólogos acompañan, pero hay mucha más potencia en estas mesas, en los grupos de acompañamiento de referentes afectivos. Quizás no podemos llegar a esa persona, pero sí estamos llegando a sus referentes que están muy preocupados y

7

asustados, hay espacios grupales para ese acompañamiento. Y a veces tenemos otro tipo de estrategias como pueden ser recorridas territoriales con los profesionales, ir a buscar a los chicos y chicas allí donde se encuentren, no estamos esperando detrás del escritorio del consultorio que la persona llegue pidiendo ayuda, sabiendo el nivel de complejidad que tienen las trayectorias de vida con las que nosotros trabajamos.

En Quilmes, junto con APEF venimos trabajando, recorriendo los ciclos desde el año pasado. Reunimos a los familiares de los distintos ciclos de toda la zona de Quilmes y en cada reunión tratamos de transmitir psicoeducación, es decir, la convivencia con el familiar que tiene una patología, en este caso la esquizofrenia. Hablamos de todas aquellas herramientas que nosotros también aprendimos para poder transmitir a los demás, lo hacemos con el total cariño que tenemos como mamá (Mirta es mamá de un hijo de 23 años con esquizofrenia), y hablamos desde el lugar de mamá a otra mamá. Cuando ella no conocía APEF también sentía un vacío, había algo allí que había que llenar, eso es lo que estamos tratando de transmitir en cada reunión, lentamente, y saber que, con paciencia, bajando las expectativas, bajando la ansiedad, con muchísima paciencia y mucho amor se puede lograr una mejor calidad de vida. Por supuesto, con la ayuda de los profesionales, sin ellos no podemos hacer nada, hay que trabajar en conjunto.

Se viene trabajando muy bien, hay una gran convocatoria en cada una de las reuniones y es un servicio más que brinda el Municipio de Quilmes para la gente.

Un comentario sobre familias y consumo problemático: creemos que hay algo del sentido de oportunidad, porque suele pasar que las personas que están en situaciones de consumo problemático no siempre están en el momento de asumir el coraje, la

complejidad que implica generar un cambio. Hablando de modificar hábitos, dejar de hacer lo que se viene haciendo sistemáticamente durante mucho tiempo es un desafío muy fuerte y hay que tener voluntad, mucha conciencia del sufrimiento y poder ilusionarse con que una vida diferente es posible. En ese sentido, acompañar a la familias, a nosotros nos resulta importante porque implica fortalecerlas, brindar otras miradas, acompañar, pero también si una persona está en consumo sabiendo que su madre, sus hermanos, la gente que quiere está yendo a un grupo, están hablando de cuestiones que tienen que ver con el consumo, le permite que en el momento cuando decide intentar un cambio, no va a tener que salir a buscar un lugar en ese momento, que siempre se hace difícil, porque la familia ya está ahí transitando cursos y están construyendo dispositivos ya mencionados. Entonces no se pierde tiempo ni desaparece la voluntad de la persona. Si ya hay un recorrido hecho por la familia o por el entorno, todo está más aceitado para que cuando se tome la decisión, estén ahí los recursos a mano. Hay algo del momento oportuno en las situaciones de consumo que es clave, quizás la persona no tenga conciencia en el momento, pero si alguien está haciendo ese camino le facilita cuando esté dispuesto a tomar la decisión, por lo tanto, es muy importante acompañar a las familias.

PREGUNTAS

1. Una persona quiere que el Lic. Clerici amplíe el concepto de “consumo de personas” *RESPUESTA*

La mercantilización del mundo invita a pensar que todo tiene un precio, que todo se puede comprar y vender. Incluso el amor. El Lic. Clerici tiempo atrás leía un autor que mencionaba la plataforma Tinder o algunas otras, en las que la plataforma une personas con determinadas características, y parecería que pagando un dinero esa plataforma le

8

garantizaría el contacto de una persona que tenga su perfil. Aquí pasa algo extraño porque pareciera que el terreno del amor puede ser un terreno seguro y que cierta plataforma puede dar la seguridad de encontrar el amor de la vida, y quienes transitamos estas cuestiones entendemos que el amor, lejos de ser el terreno de la seguridad, es siempre el terreno de la inseguridad, de la sensación de no saber cuánto uno le importa al otro, qué representa para el otro, el temor a dejar de ser amado, a la traición, a pensar que quizás no dure para siempre; hay profundidad en los vínculos y complejidad en el encuentro con otras personas, pero a veces las redes sociales superficializan mucho la cuestión. Y pareciera que se usan las personas para matar el tiempo o para tapar las angustias. Habría que preguntarse si no hay también un consumo de personas, un consumo de vínculos donde nos deshumanizamos, donde las emociones y el registro del otro deja de tener valor.

2. ¿Qué diferencia hay entre una persona que tiene esquizofrenia y una persona que consume socialmente y puede llegar a un consumo problemático por distintas situaciones? Porque el consumo problemático no sólo es cuando la persona se encierra, no trabaja, no ve a sus amistades, etc. Puede suceder que cambian las conductas, a veces llegan a ser agresivos o agresivas, y no pueden mantener un trabajo. Hay muchas situaciones que trae el consumo problemático que no tienen nada que ver con el consumo de una persona con esquizofrenia; y hay una preocupación de las familias cuando una persona con esquizofrenia, que también consume estuvo internada y le van a

dar el alta, cuando sale va y consume (y esto obviamente perjudica el tratamiento), entonces está muy naturalizado que se compensa a una persona con esquizofrenia y después tiene que ir a una comunidad terapéutica.

RESPUESTA:

La trayectoria de cada paciente de cualquier padecimiento es muy diversa, no se podría decir qué hay que hacer o no hacer con las personas que consumen y tienen esquizofrenia, porque hay muchas variables en juego, depende de cada caso. Hay cuadros en los que la persona no puede consumir nada después de ser externado, hay otros casos en los que determinados consumos no afectan tanto a su cuadro en general. Lo mismo aquellos que consumen sustancias problemáticamente y no tienen esquizofrenia, sucede que muchas veces muestran agresividad en respuesta al sufrimiento. Por lo tanto, no hay que englobar a todos los casos juntos, si no ir caso por caso. Lo que sí no es bueno es que una persona salga de una internación y la coloquemos en otra. Si está dado de alta integralmente, el tratamiento sigue con el acompañamiento, seguramente de la familia, y va a poder estar en el afuera, en todo caso si hay algunas cuestiones con el consumo habrá que trabajarlo con los profesionales y ellos indicarán las estrategias.

En los momentos agudos las sustancias pueden problematizar mucho la cuestión. En los momentos cuando la persona está más productiva se puede volver muy complejo y también en los momentos cuando la productividad no es mayor, y aparece lo que llamamos la sintomatología negativa, la falta de interés, la falta de motivación, el aislamiento social, las sustancias encierran mucho. Un último punto es que a las personas que transitan esa condición de salud (esquizofrenia) la vida se les hace mucho más difícil, porque la sociedad se vuelve expulsiva, estigmatiza, muchas veces son discriminados, son tratados de un modo muy feo. La vida de por sí es compleja, cuando uno transita un padecimiento grave de salud mental se hace más compleja aún y las sustancias representan un punto donde la persona puede disociarse si siente un malestar; por lo tanto, a veces se vuelve más compulsivo el consumo siendo que el sufrimiento es mayor.

9

3. Una señora presenta el caso de su hijo, tuvo la primera internación a los 11 años y estuvo las 24 horas con acompañante terapéutico, luego estuvo dos años con internación domiciliaria, también con acompañante terapéutico; ahora tiene 27 años. Con los consumos problemáticos y la esquizofrenia se vuelve muy complicada y riesgosa la convivencia. ¿Qué opinan de las casas de medio camino como opción para que no sea internación ni comunidad? ¿Qué disponibilidad hay para acceder a ese tipo de dispositivo de casas de medio camino en la provincia de Buenos Aires?

RESPUESTA:

Las casas de medio camino son uno de los tantos dispositivos que la Ley orienta para acompañar los procesos de internación y externación. La provincia de Buenos Aires viene haciendo inversiones muy fuertes incluso de obras concretas para avanzar en la solución de estos problemas. En Quilmes no contamos con casas de medio camino. Pero estos espacios que se mencionaron antes que se van construyendo con la comunidad tienen esa expectativa, si bien no es un espacio físico concreto donde estén ahí o duerman, pero sí todas las instancias comunitarias que estamos armando (talleres,

espacios recreativos) tienen esa intención: hacer ese camino de compensación entre una internación y la externación. En la provincia están trabajando con unidades residenciales que tienen espacios intermedios. En realidad, lo que nosotros priorizamos, porque sabemos que luego de la internación se requiere un proceso muy cuerpo a cuerpo para poder sostenerse en el afuera sin tener que estar con tantos apoyos, es que se tiene que hacer en comunidad. En Quilmes también hay un dispositivo domiciliario que es interdisciplinario, que va a las casas justamente de estos pacientes como los que la señora mencionaba, que salen de una internación, que están en una condición muy frágil, que todavía les falta para estar 100% en el afuera, entonces se acompaña de modo domiciliario con algunas intervenciones, pero que en perspectiva se vayan sumando actividades fuera de la casa y de donde estuvo internado, para que empiece a generar otros recursos para estar en el afuera.

3 b. La misma señora dice que su hijo en este momento está en situación de calle y ella está tramitando, vía juzgado, para que se le dé un tratamiento cuando lo encuentren, porque de todos lados se va yendo y llega un punto en que se agotan las posibilidades. Está haciendo el trámite de manera simultánea en capital y en provincia. ¿Qué es una unidad residencial?

RESPUESTA:

Son espacios donde las personas una vez compensadas, luego de un hospital general o de un hospital de día van a residir un tiempo hasta que puedan volver a su casa, hay mucha gente que no tiene dónde volver. Entonces se las aloja en esos espacios. Justamente pensamos en las estrategias comunitarias por esto de que la internación recurrente hace

que las personas las abandonen, entonces no es efectiva la intervención, porque la persona no termina su tratamiento. A veces no es que se lo interna compulsivamente porque se cree que esa es la mejor estrategia, sino que no hay alternativa porque la persona termina abandonando antes de que el tratamiento haya logrado compensarlo.

Quizás hay todavía una discusión fuerte que no nos hemos dado: esto es, la internación para qué y qué esperamos que suceda durante la internación. Hay veces que la internación es de tres días en el hospital general, aplican una medicación para bajar la sintomatología positiva, casi aplanar afectivamente a la persona y que vuelva al domicilio, a la espera de que todo se ordene de otra manera. Esto, en el mejor de los casos, porque en el peor de

10

los casos, las internaciones se vuelven muy violentas para los pacientes que a veces son maltratados, el sistema de salud se pone muy expulsivo. Por lo tanto, cuando las internaciones son experiencias tan violentas, tampoco son saludables, se vuelven casi iatrogénicas porque uno pierde la fe en el sistema de salud, en la posibilidad de cuidado.

Las internaciones son un momento muy particular en la vida de las personas, porque la persona vuelve a depender fuertemente de un equipo de salud que le dice cuándo comer, qué comida comer, dónde y cuándo dormir, cuáles son los espacios de transitar. Se genera una posición de mucha dependencia, donde la persona tiene que confiar que esa restricción a la libertad es por su bien y que a partir de allí va a tener que construir un movimiento que tenga que ver con ganar autonomía y niveles de bienestar. Son pocas las experiencias que están sucediendo en esa lógica. En algunos hospitales monovalentes de

la provincia, particularmente en el Estévez, encontramos experiencias de cuidado donde las personas entran en una situación muy compleja, quedan en esa posición de mucha dependencia y paulatinamente empiezan a ganar niveles de autonomía y proyectos vitales, personales, sociolaborales en la comunidad. Pero no siempre las intervenciones tan restrictivas como las internaciones tienen esta lógica más humanitaria, muchas veces son una intervención casi psicofarmacológica y en el marco hay mucha violencia. Entonces cuando nosotros decimos la plena implementación de la Ley, discutamos sentido común, discutamos recursos, tratemos de construir otras prácticas, y en ese sentido creemos que la salud mental efectivamente es una construcción de todos y todas, no solamente las familias que asistimos del sistema de salud, sino también de la comunidad organizada. Por eso es muy importante trabajar con las organizaciones sociales de los barrios porque entendemos que las personas y las familias necesitan en situaciones complejas, en el mismo domicilio, alguien que ayude las 24 horas. Entonces que esa persona pueda transitar horas de su vida en un centro de día, cercano al domicilio, en la organización social que haya espacios diversos, donde se sienta útil, donde se sienta acompañado y querido, donde también la familia tenga algún grado de respiro en los momentos agudos, esto se vuelve necesario. Pero, efectivamente, nos faltan recursos, tenemos que construir y tenemos que disputar muchas veces en el sentido de que la respuesta es el encierro o el psicofármaco. Esta complejidad hay que construirla, porque tampoco es que hay recetas, no hay modelos de atención en Salud Mental que podamos exportar y replicarlos acá, este modelo de atención hay que construirlo discutiendo y generando espacios de intercambio, siendo creativos y creativas, y disputando los recursos también. Estamos en ese proceso. Llevamos 10 años de la Ley, creemos que nos marca un horizonte más interesante, más humanizado, pero tenemos mucho por hacer. Es cierto que es un poco dramático decirlo en un espacio donde hay familiares de personas que tienen padecimientos graves, porque es pedirles paciencia en esta construcción cuando a veces la paciencia se agota y sabemos que genera mucho sufrimiento ver mal a alguien que uno quiere.

4. ¿A qué se refieren cuando hablan de la inversión de la provincia de Buenos Aires?

RESPUESTA:

Al poco tiempo de que asumimos, sucedió lo de la pandemia y todos los recursos y la mayor fuerza de salud fue enfocado en salvar vidas en relación al Covid. Uno de los programas más importantes de la provincia de Buenos Aires respecto de la Salud Mental se llama *Buenos Aires libre de manicomios*: esto implicó que el área de Salud, de Obras Públicas, de Desarrollo Social, de Cultura, de Educación pusieran desde cada uno de los ministerios una parte de su presupuesto para reformar todos los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires. Además, fueron ampliadas todas las guardias de

11

hospitales generales con equipos interdisciplinarios. En la provincia se construyeron viviendas para la externación de pacientes que ya pueden estar externadas. Esto ocurrió en el hospital Alejandro Korn, en Melchor Romero, en el Estévez, se construyeron barrios y hay uno en construcción ahora mismo para la posibilidad de externaciones grupales, son pacientes que han transitado la internación durante muchísimos años juntos, con esas personas se armaron grupos que pudieran convivir en el afuera. A esto se hacía referencia cuando se habló de inversión de mucho dinero. Ya hay personas que están accediendo a estos derechos. La mayor parte del presupuesto fue para la reforma

contundente de los neuropsiquiátricos históricos, la generación de viviendas, la ampliación de equipos interdisciplinarios en todas las guardias de los hospitales en esto de pedir que las situaciones de Salud Mental sean alojadas en los hospitales generales. En Quilmes también fuimos haciendo una ampliación importante de equipos, de equipos interdisciplinarios y trabajamos en esta línea, porque además de tener esos recursos, es clave, sobre todo para el tema de las internaciones recurrentes, que las prácticas que se lleven adelante deben estar ajustadas a derecho, de lo contrario la internación no va a tener el efecto que esperamos: necesitamos en paralelo los recursos y la transformación de las prácticas.

5. Esquizofrenia y consumo problemático: ¿qué es primero? Muchos dicen que las drogas son causas de la esquizofrenia, pero esto no es así, no es la causa. ¿Se puede aclarar este punto?

RESPUESTA:

La esquizofrenia fue planteada a comienzo del siglo pasado en términos de demencia precoz porque estos episodios productivos generaban deterioro cognitivo pronto, y personas de 40 o 50 años ya se encontraban en una situación similar a las demencias más graves que uno encuentra en personas de edad avanzada. Es una enfermedad que se presenta prontamente, cerca de los 18 o 24 años, por lo general, el primer episodio y lo que se plantea es que a veces algunas sustancias desencadenan o facilitan el primer episodio agudo. El Lic. Clerici a partir de su experiencia no podría decir que las sustancias generan esquizofrenia, le parece muy osado pensarlo en esos términos. Sí podría comentar situaciones de personas a las que le venían pasando algunas cosas en su vida, donde ya había algunos indicadores como el aislamiento social, ciertas dificultades para conseguir vínculos, para construir un proyecto vital propio, y en medio de eso, las sustancias quizás desencadenaron o propiciaron un primer episodio que tampoco significa que ese episodio dé lugar a un cuadro psicótico, un episodio psicótico, pero no necesariamente de esquizofrenia. Él comparte esta cuestión de que no sería tan así, como se dice que las drogas vayan a generar patologías de este tipo.

6. ¿Qué piensan ustedes sobre el caso de Chano Charpentier? (y también de otros artistas) ¿Qué creen ustedes que podría estar fallando, si es que está fallando algo, en el sistema de contención o algo dentro de su propia persona que le está impidiendo salir adelante con su situación de consumo problemático?

RESPUESTA:

El caso de Chano es un caso paradigmático que aparece en discusiones diversas cotidianamente. Nosotros no podemos hablar de qué es lo que está pasando porque no lo conocemos, no tenemos ni idea de qué le pasa ni cómo está siendo abordado, ni cuáles

son las estrategias que se están dando, cuál es su contexto. A eso nos referimos cuando insistimos que no podemos hablar de los casos sin conocer la integralidad de la situación.

Lo que es muy interesante es el impacto de la justicia y las fuerzas de seguridad en los casos de Salud Mental. No puede haber violencia con una persona con padecimiento psíquico. El problema sigue siendo cómo miramos a las personas con padecimiento

psíquico, incluso con consumo problemático. Si los consumos problemáticos son pensados en el marco de la ley de drogas, que es una ley del fuero penal que ubica a las personas que consumen sustancias como delincuentes y que debían ser abordados desde la seguridad, o bien son pensados desde el campo de la salud. En Quilmes venimos haciendo un trabajo de transformación del modelo de Salud Mental, que no es tan solo disponer de más recursos sino ver cuál es la lógica de trabajo de esos recursos, transformar el modelo de atención, una lógica que tenga que ver con la intersectorialidad, con integralidad, con la continuidad de cuidados. La provincia presentó algunas pautas o lineamientos, y no un protocolo estricto, para el funcionamiento entre seguridad y salud. No se debe discutir si le corresponde a seguridad o a salud: es una persona que requiere cuidado integral. Por lo tanto, si se acerca la policía y considera que es un cuadro de salud más que retirarse lo que tiene que hacer es llamar al SAME y ponerse a disposición del SAME. Acompañar a los médicos en el traslado al hospital y en todo caso luego avisar (hay 10 horas para poder avisar un juzgado) que se ha intervenido la libertad de esa persona para su cuidado en términos de internación o evaluación. Lo mismo con el SAME se acerca al domicilio y encuentra que la persona está en un cuadro agudo, que se está poniendo en riesgo él mismo u otras personas, entendemos que el médico del SAME puede solicitar la ayuda de fuerzas de seguridad para llevar adelante la escena de contención no violenta, y el SAME pueda llevar adelante la acción vinculada a la cuestión sanitaria. Esta necesidad de articular SAME y policía, salud y seguridad en una lógica de cuidado de la persona que para nosotros es muy importante. Y que la provincia de Buenos Aires empiece a plantear esto y a realizar capacitación en este sentido también es muy importante. De hecho, se reunieron los directores de los 44 centros de salud de Quilmes y a los comisarios de todas las comisarías de Quilmes, aparte de los referentes de seguridad de la provincia de Buenos Aires y de salud de la provincia de Buenos Aires: es un hecho histórico que ocurre por primera vez.

*: “Desmontar la máquina” (Producción de la Universidad Nacional de Lanús):
disponible en Youtube a partir del 03 de diciembre de 2022

Para escuchar la charla completa en Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=fX95pGoUQZA&t=4753s>