

Charla APEF 26 de agosto de 2022

Patologías duales (y consumos problemáticos), Dr. Alberto Trímboli*

* Alberto Trímboli forma parte de la Asociación Argentina de Salud Mental, una asociación interdisciplinaria, la única interdisciplinaria de Salud Mental, incluye todas las profesiones (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales) y también tiene varios objetivos, e incluye trabajo con usuarios y familiares.

El Dr. Trímboli trabaja hace casi 40 años en hospitales y más de 30 en el Hospital Álvarez, coordina el área de adicciones del Servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez, que es el servicio de Salud Mental más complejo del país dentro de un hospital general, hay guardias las 24 horas, un servicio de Salud Mental importante, con sala de internación, cuatro hospitales de día para personas con padecimientos mentales graves: uno a la mañana, uno a la tarde, uno de consumos problemáticos (coordinado por el Dr. Trímboli) y otro para niños con diagnóstico de autismo. También hay consultorios externos. Tiene la ventaja de estar inserto dentro de un hospital general, ya que simbólicamente el hospital general es aquel que, de alguna manera, representa la salud, ahí donde todos recurrimos, desde una fiebre hasta una operación, y por eso es realmente un sistema inclusivo.

LA MAL DENOMINADA PATOLOGÍA DUAL

► Según algunos profesionales la patología dual es el término que, en Salud Mental, utilizamos para especificar lo que les sucede a las personas que sufren al mismo tiempo en algún momento de su vida, una adicción y otro trastorno mental.

El Dr. Trímboli quiso corregir el título de la charla porque no acuerda con el concepto de “patología dual” o del “paciente dual”. A él le gusta hablar de “consumos problemáticos” porque hay muchas personas que comen una pizza con una cerveza, o asado con un vino, y

esto no quiere decir que sean adictos. Pero si alguien toma cierta cantidad, por ejemplo, cinco litros de vino y ocho litros de cerveza, ahí hay un problema, de lo contrario, no. Y esto es así en los consumos problemáticos, incluyen a las adicciones. Pero también hay momentos en que son consumos problemáticos y no son adicciones. Como ejemplo, cita aquella situación que se generó en Costa Salguero cuando por el consumo de una sustancia, cinco chicos murieron y otros fueron a terapia intensiva; cuando a uno de los chicos que había estado internado en terapia intensiva en el Hospital Rivadavia, le dieron el alta, salió y lo derivaron para hacer un tratamiento en el Hospital Álvarez: ese chico consumía solo dos o tres veces al año, y nadie puede decir que alguien que consume dos o tres veces al año (sea la sustancia que fuere) sea un adicto, pero cada vez que consumía terminaba más o menos de la misma manera: ese es un consumo problemático, evidentemente, no es una adicción. Podía vivir sin consumir hasta que iba a esas fiestas y allí terminaba de la misma manera. Entonces el concepto del consumo problemático abarca las adicciones, pero no sólo son las adicciones. Tampoco es el solo hecho de consumir como algunos piensan. El Dr. cree que quien llega a un consumo problemático antes tiene que tener un problema de salud mental, es decir, nadie que no tenga un problema de salud mental

(leve o grave, no importa) va a llegar a tener un consumo problemático. Y esto no debe verse solamente con las sustancias prohibidas, hay que verlo con todas las sustancias psicoactivas, que incluyen los psicofármacos, el alcohol, el tabaco, y otras muchas sustancias que consumimos todos nosotros, inclusive sin saberlo que cocinamos, son psicoactivas, todo depende de la cantidad. Menciona el concepto de **pharmakón***: en la Grecia antigua el “fármaco” significaba aquello que es a la vez veneno y remedio, según la dosis. Y esto también puede pasar con sustancias, inclusive necesarias para la vida. Por ejemplo, la comida, que no es una sustancia psicoactiva, pero es algo con lo que se puede llegar a entablar una relación patológica. A partir de ahí puede haber bulimia, anorexia, obesidad. Hay que tratar de salir de las sustancias prohibidas, que además están siendo sobrevaloradas, porque en realidad en el mundo los consumidores problemáticos no son tantos como quieren mostrar los medios o como lamentablemente tenemos gente cercana que tiene ese problema. Para el Dr. Trímboli el concepto de patología dual sirve para muchas cosas, menos para ver un paciente, para ver una persona en forma global. Esto es muy común: que alguien vaya a un servicio de salud mental con un diagnóstico de psicosis, por ejemplo, y también consume, y dicen: “No, acá no atendemos adicciones”. Después van a un servicio que atiende adicciones y le dicen: “No, no atendemos psicosis”. Esto genera un gran problema y no beneficia en nada el concepto de patología dual: es un *paciente*, es una *persona* que tiene un problema de salud mental y nada más. Además, llegan al hospital personas que están haciendo un tratamiento con psiquiatras y psicólogos, y las derivan para tratar el tema de la adicción. El Dr. Trímboli piensa que los profesionales que hacen esas derivaciones consideran que quienes atienden consumos problemáticos tienen herramientas raras y mágicas que no tienen esos profesionales, y la conclusión es que ellos no tienen elementos diferentes al resto de las herramientas que han aprendido en la universidad, y son las mismas para todos. Si queremos pensar que las adicciones son un cuadro psiquiátrico aparte, estamos perdidos: es una persona que, por su problema de salud mental, entabla una relación patológica con un objeto inanimado: existe la cocaína, el alcohol, los psicofármacos para todo el mundo; algunos los consumen y no pasa nada, y otros los consumen y tienen problemas. Las personas que tienen problemas, no tienen un problema a partir del consumo, sino que tienen un problema desde antes, con lo cual hay que tratar de exigir que los profesionales se formen en esta cuestión.

El tema del consumo tiene varias aristas y principalmente tiene que ver con los prejuicios, con la estigmatización y con las representaciones sociales que tiene la sociedad. El médico recibe una persona que tiene un determinado diagnóstico pero que además consume o tiene un problema de consumo, y lo ve como un delincuente o como un potencial sujeto peligroso. Es decir, se tiende a generalizar, dicen “el adicto”, se parte de ahí en lugar de pensar que esa persona tiene un problema de consumo, pero se generaliza, se dice “el adicto manipulador” y otras cosas similares que no sirven para nada. El Dr. Piensa que lo que tiene que hacer como profesional es correr sus prejuicios, quizá los tenga porque vienen desde muy lejos, antes inclusive de que él naciera porque ya estaban en la sociedad, y la sociedad estigmatiza. Una sociedad de consumo fundamentalmente crea un enemigo y hoy el enemigo parecen ser las drogas y las personas que las consumen. Entonces, los robos y todos los males de la sociedad se les atribuyen a quienes consumen, la sociedad necesita un enemigo y la culpa de todo lo que nos pasa es de ese enemigo, que en este caso son los consumos problemáticos, y por supuesto, cuando hay una patología mental grave junto con el consumo el problema se agudiza.

El Dr. Trímboli considera que esto es fundamental para entender el tema de los consumos. **No hay que confundir un consumidor con un adicto ni con un consumidor problemático.** Alguien que consume y no tiene ningún problema en su vida con esto, es un consumidor (para entender mejor es bueno incluir

2

todas las sustancias, inclusive las sustancias que no están prohibidas). Entonces una persona que consume no necesariamente se va a convertir en un consumidor problemático o en un adicto. Lo que pasa es que no se sabe de antemano, el Dr. siempre dice que es mejor no probar, inclusive si no son necesarias para la vida, lamentablemente algunas sí lo son: los psicofármacos, y hay algunos que producen adicción, pero esto tiene que ver con la salud, es inevitable. Pero las otras sería mejor no probarlas, pero no todo el que prueba se convierte en un adicto.

Después hay una **idea de que los consumidores de drogas prohibidas son solamente los jóvenes o los pobres y siempre se asocia a la delincuencia.** Existe la idea de que los ricos, cuando consumen, lo hacen para divertirse y los pobres lo hacen para robar. Inclusive en los medios se difunden este tipo de ideas. Una ex gobernadora de la provincia de Buenos Aires comentó que no es lo mismo fumarse un porro en una villa, que fumárselo en Recolecta. El Dr. Opina que la ex gobernadora tendría que tener un poco de cuidado cuando habla de estas cosas; pero esta es una idea transversal en la sociedad y así es como se piensa; y también cree que aquellos que tienen una responsabilidad no pueden darse estos gustos porque lo que dicen tiene un efecto, y el efecto es estigmatizar a una parte de la sociedad, cosa que no es buena. Si alguien pide a otros que piensen en una **droga** enseguida piensan en cocaína, marihuana y en todas esas **sustancias prohibidas, pero nadie piensa en un medicamento**, en un psicofármaco. En el mundo los principales problemas e inclusive para gastos en las empresas, en el trabajo, en las familias, en muertes, tienen que ver con el consumo de psicofármacos, de alcohol y de tabaco, pero son sustancias socialmente aceptadas.

Después existe el **discurso moral** (también expresado por profesionales): que es decir “eso está mal” o “está bien” el consumo de determinada cosa.

El **discurso de los medios**, que saben que tienen un poder enorme en lo que nosotros pensamos. Por ejemplo, aparece una noticia con 50 policías, 100 patrulleros, policías armados hasta los dientes, con kilos de cocaína y abajo ponen: “Salir de las adicciones es posible. Llame a Sedronar. Teléfono 141”. Esto hace que se asocie el narcotráfico, que es un delito, con la adicción, que es un problema de personas.

El que mira la televisión asocia a aquel que consume con un delincuente. Esto inclusive ocurre ahora, muchas veces ponen ese cartelito cuando simplemente atraparon un delincuente y aparece como si el robo o el delito tienen que ver con el consumo de drogas.

Uno de los inconvenientes de la construcción social del problema de las drogas tiene que ver con la **Ley de Drogas**, nuestra ley de drogas es la peor del mundo, nació a fines de los 80, y dice que **aquella persona que tiene una sustancia que está en el listado de las prohibidas es un delincuente.** Es decir, la ley de drogas ubica juntos al narcotraficante y a la persona que consume y que tiene, o no, un problema. Eso es un problema porque tenemos un Estado que dice que el que consume esas sustancias es un delincuente y las consecuencias no son simplemente que el vecino va a mirar mal a esa persona o qué va a pensar alguien que mira las noticias en la televisión, sino que el problema es que eso se

traslada a la sociedad, a los profesionales, a los funcionarios, a los políticos. Todos somos parte de esa sociedad estigmatizadora, prejuiciosa y cuando estamos en nuestra función replicamos esos conceptos, y de allí surge lo de “yo no atiende adictos, si es un delincuente, entonces que lo atienda otro, no sé, que vaya a la cárcel, que se encierre en una (según el Dr.) autodenominada comunidad terapéutica”

Otro problema grande es que el sistema de salud (incluido el sistema de salud mental) no se hace cargo; y es peor aún para aquellas personas que tienen un padecimiento mental grave y que consumen; es muy

3

difícil conseguir un turno cuando se tienen estas características. Visto esto, el **tratamiento para un delincuente**, manipulador, drogón, etc., **inevitablemente es el encierro**. Uno piensa que si una persona consume estas sustancias tiene que ir a una comunidad terapéutica. Y muchos profesionales comparten esa idea: “consume, lo derivamos a una comunidad terapéutica”.

En la **construcción social** del problema de las drogas intervienen estas cuatro categorías:

1. Representaciones sociales
2. Prejuicio
3. Estereotipo
4. Estigma

Representaciones sociales: participan de la construcción social de la realidad. Permiten a determinada sociedad interpretar y dar sentido a una determinada realidad. Sería de alguna manera el equivalente en las sociedades primitivas a los mitos y creencias. Una persona no tiene el fundamento científico, pero cree que un adicto es un delincuente. En la sociedad tenemos representaciones sociales que nos llevan a considerar que los que consumen son los pobres, los jóvenes, y que además lo hacen para cometer delitos.

Prejuicio: Voltaire decía que el prejuicio es admitir una opinión sin juicio previo (es lo que cada uno piensa y allí se terminó). Allport lo define como pensar mal de una persona sin motivos suficientes y además clasificó a los prejuicios de menor a mayor: desde hablar mal, evitar el contacto, la discriminación, el ataque físico, hasta el exterminio. Y lamentablemente en la historia de la humanidad tenemos muchísimos ejemplos de exterminio, de intento de exterminio, de persecución simplemente por prejuicios. El Dr. Trímboli opina que esto no les puede pasar a los profesionales de la salud ni al Ministerio de Salud.

Estereotipo: según la Real Academia Española es la imagen que representa un colectivo. Todos tenemos imágenes de determinados colectivos. [Muchas veces la forma en que las personas se visten dan la imagen de alguien decente o no. Ver imagen en el video de YouTube, minutos 30:37 a 31:41]. Los profesionales de la salud no deben manejarse con estereotipos, deben ver a una persona que tiene un problema y que por algo va a consultar. Esto es muy resistente al cambio.

Estigma: es la etiqueta. En la actualidad, con la difusión de los diagnósticos y además con el DSM, que ahora lo maneja cualquiera, todos somos esquizofrénicos, psicóticos, autistas, y en estos términos; porque no se puede decir “es un psicótico, un esquizofrénico, un autista o un adicto” sino que “son personas que tienen problemas” en todo caso se tendría que decir que “es una persona con un diagnóstico de psicosis” la persona no **es** esto, sino que **tiene** un diagnóstico, **la persona “es la persona”**. Especialmente los usuarios y los familiares tienen que exigir que esto no pase; lo vemos en

los medios, por ejemplo, pasa algo y entonces titulan: “Detuvieron al loco del martillo”, “Un loco al volante” y esto va penetrando en nuestro imaginario y ya asociamos aquella persona que tiene un problema con la agresividad, con la violencia. Puede existir una persona que tenga un padecimiento mental inclusive con hechos graves, pero son las personas con padecimiento mental las víctimas por lo general de esos delitos, de esa de esa violencia.

Una señora consulta por su hijo, que está en tratamiento con un psiquiatra y además va a un grupo para tratar su adicción: consumió durante 9 años aproximadamente, no de manera continua, pero sí hasta no

4

poder parar, y hace 2 años que no consume más. Pero ella cree que cambió de objeto, porque ahora come o lee hasta no poder parar, pero el problema sigue en él.

El Dr. responde con un ejemplo, aunque no es específicamente para este caso porque no conoce al hijo de la señora ni su diagnóstico. Existe la idea de que muchas veces hay conductas que no son adicciones y otras que sí. Por ejemplo, muchas veces en el hospital Álvarez atienden también *juego patológico*. Muchas madres consultan preocupadas porque el hijo pasa mucho tiempo con los juguetitos. Cuando vienen a la entrevista de admisión, vemos que ese chico tiene amigos de carne y hueso, que le va muy bien en el colegio, que come cuando comen todos y hace los deberes y no tiene ningún problema, pero en su tiempo libre juega. El tema de la adicción es cuando genera problemas, y cuando uno no puede parar para hacer otra actividad. Si una persona tiene pareja y quedó para una cita o tiene que ir a trabajar y se quedó jugando o haciendo eso que no puede parar, entonces se convierte en problemático. Por eso tenemos que tener la idea del uso problemático, de la conducta problemática. No hay que preocuparse si el hijo tiene las actividades normales. Otro aspecto que comenta el Dr. tiene que ver con algunas personas van al tratamiento y ya al poco tiempo el hijo empieza a mejorar, y los familiares quieren que vaya y haga la cama y otras cosas, y que busque trabajo. Frente a estas actitudes, el médico se pregunta si lo quiere ver mal, entonces le explica todo lo que tenía antes y ahora está mejor, no importa si no se hace la cama, la prioridad es el tratamiento. El Dr. opina que los grupos de adictos no pueden ser para toda la vida, y cree en la curación. Muchas veces se escucha que la adicción es un problema que no se cura y que se controla, como la diabetes. Si partimos desde el concepto de adicción, o desde el concepto de que está mal consumir entonces va a tener el alta el día que no consuma o cuando pasen uno o dos años de no haber consumido nada. Pero el Dr. parte del tema del consumo problemático: si una persona tiene consumo o una actividad que resultan adictivos y le genera problemas con la familia, con el trabajo, con los amigos, con todo lo que lo rodea, si después de un tiempo de tratamiento sigue consumiendo como hacen otros con el alcohol, esporádicamente, ya no es un consumo problemático, si pudo reencauzarse y tener una vida laboral o estudiar, tener una pareja. Esto es lo que hay que ver. Lo importante es poder parar cuando uno decide parar. En el hospital Álvarez muchas veces dan el alta y la persona sigue consumiendo, pero está todo bien, y la persona manifiesta que quiere seguir una terapia individual, le aconsejan que busque una terapia individual que no tenga que ver con las adicciones. Algunas personas se presentan: “Soy Juan, soy alcohólico.” “¿Consumes?” “No, no, hace 20 años que dejé”. Eso es ponerle una etiqueta para toda la vida y no le hace bien.

Una señora consulta por su hijo que tiene diagnóstico de esquizofrenia, y que consume marihuana o alcohol en forma esporádica, porque no maneja dinero, pero cuando consigue o le dan, consume. Ella

se da cuenta de esto porque siempre es muy cariñoso y en esos momentos de consumo se altera, se pone nervioso, agresivo, golpea las cosas, no se le puede hablar, no contesta. Dice además que fumando marihuana se siente mejor y así se va a curar. Durante el día mira televisión, no trabaja, tiene intención de hacerlo, pero por ahora no lo ha logrado. Fue a hospital de día, pero no participaba de los grupos, se iba, no quería estar allí. No quiere ir al psicólogo, sí va al psiquiatra. Hace ya diez años, no sale, solo sale con la madre y dice que los demás lo miran mal.

El Dr. Trímboli le sugiere llevarlo al hospital Álvarez, allí hay un servicio muy grande y se trabaja interdisciplinariamente e inclusive hay algunos pacientes que van al hospital de día y se quieren ir, pero tratan de incluir acompañamiento terapéutico para que el AT, o a veces la familia, se quede afuera, en la sala de espera. Justamente si tiene este problema de sociabilidad un hospital de día, donde está con

5

otras personas y transcurre parte de su día, y con actividades y con profesionales (no con ex adictos como en algunas instituciones), resulta muy buena opción. Hay que tratarlo en forma total, no por un lado una persona con esquizofrenia y, por otro lado, una persona que consume. En el Hospital Álvarez hay grupos de familiares, terapia individual, cuando lo necesitan terapia vincular familiar, psiquiatría, terapia ocupacional que se ocupa justamente del tema ocupacional, del tema de los intereses de las personas.

Un señor consulta por su hijo de 36 años, tiene diagnóstico de esquizofrenia paranoide resistente, toma 20 comprimidos de medicación diarios y compra objetos, lo hace siguiendo un ciclo: se pone ansioso, concreta la compra, obtiene el dinero para pagar y luego viene un cierto alivio. Después, quizás en el mismo día, ya busca otro producto. El padre cree que es una inclinación problemática a las compras, no a las sustancias. Han notado que cuando se pone ansioso por las compras comienza a sentirse perseguido y amenazado.

El Dr. Trímboli supone, por lo que el señor dice, que está en tratamiento y está bien tratado. Le aconseja agregar una terapia ocupacional.

Una señora comenta que esta charla le resultó esperanzadora porque su hijo, que está bastante estabilizado y logra mantener un trabajo, consume marihuana, pero no es un consumo problemático, el hijo dice que necesita fumar como compañía, y tiene pensado dejarla. Ella está más tranquila porque aprendió a aceptar que él fume, aunque sea una vez por día.

El Dr. señala que es muy bueno que pueda trabajar. Aclara que **no quiere que se malinterprete** lo que dijo. Sería bueno que no probásemos esas sustancias psicoactivas que nos ponen en riesgo de adicción, pero tampoco las malignicemos, porque la humanidad siempre consumió. Las prohibiciones varían de cultura en cultura: por ejemplo, en los países árabes está prohibido el alcohol, y el que toma alcohol está visto como alguien que hace algo terrible, que tiene que ir preso. En Uruguay, la marihuana no está prohibida. Esto no quiere decir que está bueno que consuma, pero evidentemente hay personas que están consumiendo y (el Dr. reitera que *no se malinterprete*), dejan de consumir y ahí aparece la enfermedad mental. Lo que nos tenemos que preguntar es por qué esas personas necesitan una sustancia (o comprar cosas), y eso hay que verlo en la terapia, allí hay que encontrar ese motivo. Nosotros, los seres humanos tendemos a llenar huecos y vacíos, lo bueno es que logremos saber por qué tenemos esa relación patológica con esa situación o con alguna persona: eso sería “un uso problemático de personas”. Es común ver que alguien tiene una relación con una persona que es mala

para sí misma y, sin embargo, es como si fuera adicto a esa persona, como si no se pudiera despegar; muchas veces no se entiende cómo una persona está en una relación de pareja problemática, luego logra salir y al tiempo vuelve a tener otra relación problemática igual o parecida a la anterior. Debemos analizar todo esto. Las drogas son objetos inanimados, no vienen a nosotros, el aire no nos trae la droga, somos nosotros (algunos sí y otros no), los que la vamos a buscar. En el mundo los consumidores de sustancias psicoactivas representan una cantidad, pero los que tienen un consumo problemático son 0.5, o sea que hay miles de millones de personas que no tienen problemas por más que exista esa sustancia; cada uno entabla esa relación de la forma que puede y tiene un motivo, esto hay que tenerlo en cuenta, y eso se tiene que ver en una terapia. El Dr. no entiende cómo, cuando alguien está tratando a una persona que consume, aparte de que tenga un diagnóstico “x”, que puede ser depresión, esquizofrenia o lo que sea, cuando en la terapia aparece el tema del consumo problemático lo manda otro lado, en lugar de trabajarlo ahí, en lugar de asociarlo con su vida, con su infancia, con su entorno, con sus deseos, con sus pensamientos, ahí va a encontrar la

6

respuesta, no lo va a encontrar en un servicio de adicciones. En el Hospital Álvarez existe porque existe la discriminación, existe por los servicios que rechazan a las personas que tienen este problema. El Dr. recuerda que en la década del 80 veía carteles en los servicios de Salud Mental de la Ciudad Buenos Aires que decían “No atendemos psicosis” después a finales de los 80 el cartelito decía “No atendemos adicciones” (drogadependencia se decía en esa época), es decir este servicio existe porque los otros rechazan, todo el tiempo están recibiendo personas de lugares privados, de otros hospitales, personas que tranquilamente se podrían estar atendiendo en ese lugar. Por eso es el único hospital general del país que tiene un hospital de día para consumos problemáticos, el único y el de mayor complejidad.

Un señor consulta porque su papá tenía esquizofrenia, desde sus tres o cuatro años convivió con esa patología y además con consumos problemáticos de todo tipo de sustancias. Hace unos meses le dieron el diagnóstico de esquizofrenia a su hijo de 16 años. Él automáticamente piensa que su hijo va a repetir la historia de su padre. Quiere saber si se puede trabajar preventivamente para que una persona con diagnóstico de esquizofrenia no caiga en el consumo problemático o es casi inevitable. En la actualidad el hijo no tiene problemas de consumo.

El Dr. responde que es algo bastante complejo, está de acuerdo con la prevención inespecífica, pero recién tiene 16 años, con lo cual se pueden hacer muchas cosas, (supone que debe estar tratado, que va al colegio, que tiene una vida normal). Considera que el amor, el acompañamiento, la contención y poder ir observando, ya que al tener la experiencia del padre seguramente va a poder percibir esos detalles que

quizá a otro le resulta mucho más difícil de ver para actuar en el momento en que sea necesario. Es importante que haya charlas en los colegios donde se hable con la verdad, porque por lo general, cuando uno quiere impedir que otros entren en el consumo les dicen cosas sin sentido (“Si consumís te vas a morir”, que fácilmente se puede ver que no es así) y decirles las consecuencias negativas que pueden

suceder con este tipo de consumo, pero nunca negarlo. Siempre tratar de explicarlo con la verdad. A un chico con esa patología hay que ir controlándolo y poniéndole límites porque no tiene la posibilidad de ponérselos solo, pero es como a cualquier adolescente. No hay que asustarse de las drogas sino hay que explicarles que no son necesarias, que pueden llegar a convertirse en adictivas, se puede poner algún ejemplo de alguien famoso que se vio perjudicado por el uso de drogas. Es importante que lleve una vida sana que haga deporte, una terapia donde pueda conversar de sus cosas. Todas estas son acciones

preventivas (no necesariamente el hijo tiene que llegar a ser lo que fue su padre)

Otra persona pregunta si en Mendoza hay alguna institución similar al Hospital Álvarez. El Dr. responde que en Mendoza oficialmente tienen una idea totalmente contraria a la que él está transmitiendo. No sabe si hay otras instituciones que tengan otra mirada. Una de las pocas cosas positivas que nos dejó la pandemia fue la posibilidad de algunos tratamientos por zoom, así que puede pedir un turno y conversarlo (Teléfono del Hospital Álvarez: 4630-2984, también hay FB e IG)

Después de estas preguntas continúa la charla, se retoma el tema de la influencia de los medios de comunicación en la construcción de las representaciones sociales.

Se muestran una serie de imágenes tomadas de medios gráficos y televisivos (ver Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=0ikmWZUHvr0&t=6750s>)

El titular de un diario dice: “La droga avanza” se humaniza una sustancia inanimada, para que uno se imagine a la droga que entra al colegio, por ejemplo, lo cual es un disparate, y sin embargo se ve todo el tiempo.

Otra es de la provincia de Santa Fe, policías armados hasta los dientes y atrás ***prevención y control de las adicciones***, no se entiende si es prevención de las adicciones o del narcotráfico, pero este es el mensaje que nos dan.

En una imagen de televisión se nos dice “Llame a SEDRONAR” que es la Secretaria de atención de las adicciones, y agregan un cartelito que dice “Narcos y jueces cómplices”. Todo esto se nos va metiendo en la cabeza.

Historia del consumo

Consumo hubo siempre, lo que pasa es que antes estaba asociado a la religión, al trabajo, a las prácticas culturales. El consumo de sustancias psicoactivas se practicó desde el mismo comienzo de la humanidad, los chamanes usaban sustancias psicoactivas, también los griegos. Hay una serie de sustancias como la coca (NO la cocaína), el kratom, la ayahuasca que son todas plantas psicoactivas, eran consideradas mágicas ya en la antigüedad.

El *cannabis* Herodoto (486 a 406 a.C.) nos hablaba de cannabis, de sus efectos embriagantes y que además era usado en ceremonias funerarias. Andrómaco ya hablaba en la antigüedad de sustancias psicoactivas, Hipócrates habla del opio. En el altiplano, en el norte de nuestro país, en Bolivia y en Perú el consumo de coca (NO de cocaína) es algo habitual, cultural.

Hasta el siglo XIX teníamos estas “plantas mágicas” que no generaban ningún problema, al contrario, eran usadas para la cultura, el trabajo. Pero luego se pasó de lo natural a lo químico. Entonces esas “plantas mágicas” se transformaron en medicamentos, en drogas, las drogas entraron al capitalismo y son una mercancía más, esto que ya se mencionó de la sociedad de consumo.

Encontraron un marketing y se vendían medicamentos como la morfina, la codeína, algunas

prohibidas hoy, pero al principio fueron medicamentos. Y hubo una especie de marketing ya que tenían que entrar en la cultura para generar un consumo masivo, ya no de plantas psicoactivas, sino de medicamentos.

Hacían novelas, por ejemplo, “Novela de horror y pasión: La morfina” o “Gaby, la morfinómana”, aparece la cocaína.

La cocaína se vendía con estas publicidades: “*Si se siente deprimido, pesimista, abatido, solicite cocaína*” o “*No pierda el tiempo, sea feliz*”. Después vino la cultura de la necesidad del consumo, nos hacen pensar que siempre nos falta algo, que vamos a estar mejor si incorporamos algo y siempre algo nos falta.

Ángelo Mariani mezcló vino con cocaína y lo consumieron, tuvo una gran repercusión cuando consumían papas, reyes, presidentes. En una publicidad aparecía el Papa León XIII que prestó su imagen para la etiqueta del vino Mariani. Además, existe la canción Vino Mariani.

Y la Coca-cola, al principio, tenía cocaína en su fórmula. Pemberton, que era un químico, la inventó y también incluyó cocaína. En la publicidad John Pemberton dice que utiliza la planta de coca. En otra publicidad, que tiene forma de receta, dice que es “para obtener energía y vigor”; y tiene que entrar en

8
la alta sociedad. Pero también se vendía para estudiantes, intelectuales y en la publicidad, también en forma de receta, dice que lo “mantendrá activo durante la noche”. También la cocaína se usó para el dolor de muela de los chicos. Había un laboratorio que fabricaba cocaína y cannabis. El laboratorio Merck, que fue el mayor productor de cocaína del mundo, es un laboratorio que hoy existe y es interesante pensar en cómo llaman a la cocaína: la llaman *la merca*, este nombre viene del laboratorio Merck. Después empezaron a hacer también, por ejemplo, pastillas con cocaína que se vendían en las farmacias en Madrid, también otras que mezclaban mentol y cocaína, otra marca argentina que mezclaban cocaína con tirotricina, para el tratamiento de las afecciones bucofaríngeas, agrega *Venta bajo receta*. Luego para entrar a la cultura todo se llamaba “cocaína”, apareció *Cocaína en flor*, un moderno perfume para la vida moderna, de irresistible seducción. El laboratorio Lily, que también existe, vendía cannabis. Se vendieron cigarrillos con cannabis, cigarrillos antiasmáticos en Italia.

La heroína también se vendía diciendo que *los problemas desaparecerían* con *Glyco heroína Smith*. Bayer también fue fabricante de heroína, y también se vendía junto con la aspirina, así, inocentemente. El opio se vendía en forma de supositorios, de pomada; alcohol y opio. El LSD vendido por otro laboratorio, Sandoz.

En realidad, las plantas que no generaban ningún tipo de problemas fueron transformadas en medicamento, en químicos, entraron en la cultura, por medio de la publicidad, del marketing, que siempre existe, después se prohibieron. Luego, cuando ya se había generado el deseo y la necesidad, entonces los precios subieron y apareció un negocio redondo.

Resumiendo: **las plantas psicoactivas siempre fueron utilizadas, después aparecieron los laboratorios que las tomaron, las transforman en químicos que nos arruinan la vida.**

Ley de Salud Mental

La **Ley de Salud Mental** es fundamentalmente una ley donde están los derechos de todas las personas con padecimientos mentales. En el **artículo 6** dice que es para los servicios públicos y privados. En realidad, no se está cumpliendo, por ejemplo, por servicios públicos se entiende fácilmente que se refiere a los hospitales y los centros de salud, todos tienen que regirse por la Ley de Salud Mental; pero también los privados y ahí están, por ejemplo, el Otamendi, el Francés, el Alemán, el Mater Dei, y todas las clínicas y sanatorios privados también tienen que tener servicios de salud mental, esto dice la ley. Hoy en día, inclusive los que tienen prepaga, si tienen una crisis de salud mental los mandan a una clínica psiquiátrica. No puede ir una persona al Otamendi. Según la ley sí tiene el derecho, según la práctica, según la realidad no tiene el derecho de ir al Otamendi, al Alemán, al Británico y esto no se está cumpliendo, la ley establece que es para lo público y lo privado, porque a veces se piensa que solamente es para lo público.

En el **artículo 4**, esto es fundamental, habla de los **consumos problemáticos**. Dice que los consumos problemáticos, es decir, las adicciones deben ser abordadas dentro de las políticas de salud mental y esto quiere decir que cualquier hospital, clínica o sanatorio tiene que atender consumos problemáticos y

9

tampoco se está cumpliendo. El único hospital general que tiene un hospital de día es el Álvarez; lo mínimo es que tengan un servicio que atienda adicciones, y esto no está pasando.

Ley de Salud Mental garantiza **el derecho y el respeto por los derechos humanos**, garantiza **la asistencia de las adicciones dentro del sector de la salud**, algo que no está pasando, cuando alguien tiene un problema de consumo, por lo general, lo mandan a una comunidad terapéutica, los **abordajes en la comunidad**, es decir que los tratamientos deben realizarse ahí donde la persona vive y entonces se incluyen tratamientos domiciliarios, tratamientos cerca del lugar donde la persona vive. Hoy en día tenemos personas que tienen que viajar 50 o 100 kilómetros para atenderse y esto según la Ley de Salud Mental debe cumplirse. La **continuidad** de cuidados que tiene que ver con el primer nivel de atención, el segundo nivel de atención y el tercer nivel, es decir, se habla de cómo ir acompañando a esta persona hasta el tercer nivel, que es la internación. Pero a veces hay una persona a la que directamente se le diagnostica y se va a internar, esto quiere decir que fallaron las instituciones antes, porque no se pudo ver, en el servicio ahí no estaban las herramientas necesarias, los familiares no tienen por qué saber determinados síntomas, entonces de repente aparece una crisis y se interna. Eso quiere decir que falló el sistema de salud. Cuando una persona se interna es porque, en la mayoría de los casos, no hubo dispositivos de atención más temprano. La **intersectorialidad** quiere decir que un problema de salud mental no es sólo un problema de salud mental, es un problema que muchas veces debe ser abordado desde múltiples sectores, del trabajo, la educación, el sistema de salud, los derechos humanos, o sea, ver a la persona en forma global. Muchas veces una persona se interna, se le da el alta y no tiene vivienda, o se le da el alta y no tiene trabajo, todo esto es lo que debe garantizar el Estado, las Obras Sociales y las prepagas con las personas que padecen, no es solo compensarlo y ya está. El

abordaje interdisciplinario: muchas veces está solo el psiquiatra y el psicólogo, tiene que haber terapia ocupacional que es fundamental en salud mental. El Dr. opina que es una de las profesiones más importantes en salud mental porque habla de los intereses, del trabajo, de las necesidades de la ocupación de la persona. La **participación comunitaria:** todos los servicios de salud mental deberían tener familiares dentro de sus equipos, si lo buscan en la ley está, pero es muy difícil que esto se haga. En alguna época la dirección de Salud Mental había contratado familiares y usuarios para tenerlos en sus equipos. Porque siempre los profesionales hablan de las sexualidades, de los consumos, y se olvidan de la familia y de las de las personas. Es decir, debe haber participación de usuarios, de familiares, de los clubes, de las organizaciones sociales.

El aporte más importante que hace la Ley es poner el acento en los **derechos de la persona**, es decir, existe un **Órgano de Revisión** por ley, que está funcionando, y que todas las provincias deben tener (en algunas no hay). En el Órgano de Revisión se puede denunciar cuando se violan los derechos, cuando van a un servicio de salud mental y la persona necesita una internación y no se la interna, o cuando dicen “acá en este hospital no se atienden adicciones” están violando la ley. Cuando hay una persona internada en forma involuntaria, el Estado tiene la obligación de ponerle un abogado para que mientras esté internado involuntariamente se puedan ir monitoreando que sus derechos no se están violando. Hoy es muy común que una persona se interne y a la familia le digan que en 15 días no lo puede ver. Cuando la familia pregunta por qué le responden que es algo institucional y nadie sabe por qué. Muchas veces hay conflictos con esa familia y, mientras se trabaje esa relación, esa situación individual, sea conveniente que la familia no lo vea, pero así preestablecido que no puede ver a la familia, no; pero se está haciendo muy natural.

10

Después habla de **padecimiento mental en el lugar de enfermedad mental**. No vamos a encontrar “enfermedad mental” en ningún lugar de la ley, porque el padecimiento mental incluye a la enfermedad mental. Lo que hace esta ley es garantizar que el Estado, las Obras Sociales, las prepagas respondan inclusive ante una situación de duelo, que no es una enfermedad mental, ante un conflicto de pareja, es decir, que cualquier persona pueda ir a pedir un turno a un servicio porque tiene un problema de pareja, porque le fue mal en los exámenes, porque se siente mal por un duelo. Algunos que dicen que la ley desconoce la enfermedad mental, no es así: la incluye. El padecimiento mental va desde el sufrimiento psíquico, desde una tristeza porque nos echan del trabajo o porque algo no nos está saliendo, hasta la enfermedad mental.

Incluir las adicciones, algo que históricamente estuvo fuera de la salud mental, y por eso históricamente se separaran, por un lado, los problemas de consumo, y por otro, los problemas de salud mental, cuando en realidad nadie que esté bien psicológicamente, va a tener un consumo problemático. Lo que hace la Ley de Salud Mental es que las personas que tienen un problema de consumo tengan los mismos derechos que el resto de las personas que tienen problemas de salud mental.

La internación como último recurso, no significa que no exista la internación, se utiliza como último recurso. Muchas veces la internación ocurre porque no existen los hospitales de día, no existe la medicación; porque el Estado, las Obras Sociales, las prepagas tienen que responder, no se puede internar una persona porque faltan recursos, y sin embargo está pasando: en el Hospital Álvarez hay 20 camas, y a varias personas no se les puede dar de alta, si bien están para el alta, porque no tienen una vivienda. Y eso la Ley de Salud Mental lo prohíbe: ninguna persona puede estar internada por eso. Es

necesario ir al Órgano de Revisión y denunciarlo. Cuando pasan estas cosas, el Estado es responsable de otorgarle una vivienda, un subsidio o algo para que esa persona tenga un lugar para vivir, y no viva en un hospital, que no es lugar para vivir.

Elimina la decisión del juez siempre, es el equipo profesional el que decide junto con la familia y el paciente, la internación salvo que exista riesgo cierto inminente. Cuando existe el riesgo, no se le pregunta ni al familiar ni al paciente, se interna directamente. Lo que sí establece la Ley, en una internación involuntaria, es que el equipo profesional tiene la obligación de avisar al juez dentro de las 10 horas, el juez avisa al Órgano de Revisión y a la unidad de letrados (que es el abogado) para que vea que esa persona no fue internada sin necesidad. Hay muchos ejemplos (recomendación de un video “Yo, Natalia”, para ver si esa persona estaba para ser internada o no). Al eliminar la decisión del juez, hoy es mucho más rápido internar cuando existe una crisis. En ese momento no se le consulta al paciente ni a la familia, se lleva a la persona a una guardia y si los médicos evalúan que está en una crisis, lo internan y luego avisan al juez, es mucho más rápido. Si la persona se niega, hay que llamar al SAME, a la policía, lo llevan a un hospital y el equipo evalúa la situación. Hoy en día muchos profesionales desconocen esto y no quieren internar para evitarse un problema, porque creen que, si no hay autorización del juez, no pueden hacerlo. Por eso es tan importante conocer la Ley de Salud Mental. Si a alguna persona le ocurre esto de que en el hospital no lo quieren internar y está en una crisis evidente, el familiar que está a cargo debe nombrar la Ley de Salud Mental y que va a hacer una denuncia al Órgano de Revisión: eso actúa como “palabra mágica” y seguramente lo van a atender como corresponde.

Mitos sobre la Ley 26.657

Para finalizar, algunos mitos sobre la Ley 26.657. Algunos de los que se oponen dicen que esta Ley:

1. *prohíbe la internación*: **no** es así.
2. *sólo se puede internar cuando la persona da su consentimiento*: **no** es así. Se puede internar si la persona tiene riesgo. Cuando se habla de “riesgo”, la persona no tiene que estar a punto de tirarse de la terraza o estar con un arma, el equipo profesional evalúa un riesgo que puede ser hoy, mañana o pasado no importa, está el riesgo y se interna, ante la duda se interna y dentro de las 10 horas se informa al Órgano de Revisión, al juez y se evaluará que esa persona esté bien internada.
3. *los hospitales generales no pueden internar pacientes de salud mental*: **no** es así: lo hacen el Álvarez, el Piñero, el Pirovano y otros hospitales generales del país. Hace más de 40 años que el Álvarez tiene una sala de internación de salud mental y se atienden pacientes leves, graves y gravísimos; no sólo los neuropsiquiátricos brindan este servicio.
4. *las adicciones deben ser atendidas preferentemente con internación*: **no** es así. En la experiencia del Dr. Trímboli en contadas ocasiones vio personas con consumo problemático con internación; sí bastantes casos, en el hospital Fernández muchas veces para que puedan hacer un tratamiento ambulatorio necesitan un tratamiento de desintoxicación que será de cuatro, seis o diez días y después puede continuar con el tratamiento.
5. *personas con adicciones sólo se tienen que internar en esos dispositivos especializados como son*

las comunidades terapéuticas. Esto **no** es así, en el Álvarez hay internaciones de personas que tienen consumo problemático.

6. Algunos dicen que la Ley dice que *los hospitales y clínicas monovalentes deben cerrar*: esto **no** es cierto, en ningún lugar de la Ley dice que deben cerrar, lo que sí dice es que deben adecuarse a la Ley.
7. Algunos dicen que la Ley *es un invento de la Argentina y a contramano del mundo*: esto **no** es cierto. Lo que hace la Ley de Salud Mental es recopilar todas las resoluciones y tratados internacionales que la Argentina y el mundo firmó con la OMS, con la ONU, y con otros organismos internacionales, y los incluyó en la Ley, como esto de las internaciones en hospitales generales. Tenemos la declaración de Caracas, aunque no existiera. La ley todo lo que dice la Ley se tiene que cumplir, porque hay otros tratados y otros organismos, otros documentos firmados por la Argentina, inclusive algunos están en la Constitución.
8. Dicen que *internar con esta ley es mucho más difícil que antes*: ya se explicó que **no**, que ahora depende del equipo profesional.

Link para escuchar la conferencia completa en Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=0ikmWZUHvr0&t=6750s>

***Pharmakon** es una construcción conceptual de la Grecia clásica. Era un veneno y un remedio que coexistían al mismo tiempo, no como una oposición, sino como una complementariedad; uno actuando al mismo tiempo que el otro, luchando entre sí y dándose vida mutuamente.