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

Charla APEF 28 de noviembre de 2025

El consumo en esquizofrenia, Lic. Gabriela Greggio* y Dr. Alejandro Brain**

* *Licenciada Gabriela Greggio: psicóloga del hospital Álvarez, en la sala de internación de Salud Mental, coordinadora del equipo individual como del equipo de familia, docente universitaria, miembro de la Asociación Argentina Salud Mental.*

***Doctor Alejandro Brain: psiquiatra del hospital Álvarez, organiza grupos terapéuticos, trabaja como Coordinador General de Residentes de Psiquiatría en CABA. Trabajó en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.*

Gabriela Greggio

Gracias por la invitación, siempre me resulta muy gratificante poder intercambiar con los familiares. Tanto Alejandro y yo tenemos mucha experiencia en docencia con profesionales en formación, pero disfruto mucho de estos espacios de intercambio y el trabajo cotidiano con los pacientes y con sus familias. Estos encuentros son muy valiosos, así que siempre celebro la actividad que hace y propone a APEF.

Hace unos años trabajamos con Alejandro en el Hospital Álvarez. Yo entré en el 2010, Alejandro, bastantes años antes que yo, y la situación de los pacientes que llegaban a la internación empezó a cambiar, porque empezó a incluir los consumos problemáticos. Esto se los cuento porque en realidad, que nosotros estemos pensando hoy en este encuentro en el consumo y la esquizofrenia fue un punto de llegada para nosotros, no fue un punto de partida. Ninguno de nosotros, y esto es algo que todo el tiempo discutimos con los profesionales, tenemos formación prácticamente en consumos, es algo con lo que nos encontramos en la clínica y justamente para poder estar a la altura de la problemática de nuestros pacientes, de lo que a nuestros pacientes y a las familias les pasaba, es que decidimos empezar a trabajar, a formarnos y a pensar esto fuertemente. Seguramente lo que yo les voy a decir será algo que ustedes han atravesado como familiares y atraviesan cotidianamente. Lo primero con lo que nos encontramos es con que el sistema de salud divide, separa estos dos campos. Muchas

veces cuando el famoso “paciente dual”, o sea, si alguien tiene esquizofrenia, y además consume, parte del equipo dice: “nosotros consumos no atendemos”. Y la gran mayoría de dispositivos desarrollados en consumos problemáticos, cuando aparece algo del campo de la psicosis dice: "Ah, no, pero nosotros este tipo de problemáticas no atendemos." Esta es una primera dificultad con la que estoy segura que ustedes se deben encontrar cotidianamente, pero nosotros como profesionales también la encontramos, y ya viene desde nuestra formación. Entonces, un primer punto al que fuimos apostando fuertemente con Alejandro es trabajar en la formación de profesionales que sí puedan abarcar integralmente el padecimiento de quien tiene un diagnóstico de esquizofrenia y una problemática de consumo. Poder pensar eso de manera integral sigue siendo un desafío al día de hoy. Muchas veces nosotros en la sala de internación, cuando queremos egresar a los usuarios para que tengan continuidad de cuidados y de tratamientos, nos cuesta mucho también encontrar dispositivos que puedan trabajar de manera integral. Creo que es un desafío del sistema actual, que es algo que todos tenemos que poder, de alguna manera, reclamar, pedir, militar por un abordaje integral. No solo porque hay en nuestro país leyes que así lo disponen, sino porque la evidencia científica respalda fuertemente la idea de que el abordaje debe ser integral y que esto resulta beneficioso tanto para la mejoría de los pacientes como para su entorno, porque ya de por sí es compleja la clínica y entonces si además uno se encuentra con los obstáculos del sistema, todo se vuelve mucho más difícil. Seguramente lo que yo les digo no es novedad y muchos de ustedes lo deben haber atravesado.

Junto con Alejandro también trabajamos por fuera del hospital, fuimos conformando un grupo de trabajo orientado a los consumos, y a los consumos en la intersección también con la psicosis. Y en ese marco nosotros planteamos una serie de ejes que nos parecen fundamentales:

el trabajo individual [con el paciente]

el trabajo en familia: para nosotros no es concebible un tratamiento que no incluya a la familia fuertemente, y que la incluya desde un lugar que no sea simplemente la del modelo donde la familia queda a cargo y el control de toda la vida del paciente, porque entendemos que hay algo del “burnout” que atraviesa fuertemente a todos, a los pacientes, a los familiares y a los profesionales. Planteamos un trabajo de familia que los incluya también como sujetos que están padeciendo, las familias necesitan ser acompañadas, ser escuchadas, necesitan poder expresar los límites de lo que no pueden y ser atendidas en eso también. En muchas de las situaciones que a nosotros nos ha tocado acompañar, las familias llegan muy cansadas, con sentimientos de culpa, llegan habiéndolos responsabilizado de determinadas cosas que después no se dieron y fracasaron. Entonces uno piensa: “Bueno, esto está mal porque yo no pude con esto”. Y la familia se siente culpable, y ese enojo a veces se traslada hacia el paciente o hacia el sistema. Los profesionales mismos muchas veces se frustran con estas presentaciones. Por eso empezamos a pensar que el enfoque está errado en alguna manera.

Alejandro Brain

En esta cuestión de esquizofrenia y consumo, me parece que los equipos tratantes no resuelven todo. Primero, creo que todos los equipos tratantes “somos”, nos incluyo, muy fallados también. Entonces, las familias hacen al equipo tratante de alguna manera, y van

pasando por diferentes equipos tratantes. Y quizás, a veces con Gabi lo pensamos y con otros integrantes de nuestro equipo, que a veces no hay un centro: a veces el centro es el paciente que se brota, a veces es el familiar que no puede más, a veces es el equipo tratante porque un psiquiatra deja, o lo echan de su lugar, o el sistema cambió, o ese mismo terapeuta se peleó con su esposa, o se murió un familiar. Lo que quiero decir es que, en algún sentido, esto es un trabajo que tiene que ser de todos. Hay un diagnóstico que es de esquizofrenia, es claro, y si bien se acepta en los hospitales la esquizofrenia, no se acepta el consumo. Entonces muchas veces el paciente que tiene esquizofrenia y tiene consumo, está fuera de los hospitales, de los lugares de salud. Y una cosa que podemos discutir también acá es sobre la ley, o más bien sobre las interpretaciones de la ley, sobre cuáles son las problemáticas que tiene, por ejemplo, una familia cuando un familiar se brota y dice que consumió cocaína, entonces la familia piensa que no es para el hospital sino que es para otro lugar. Y la familia está rotando por un montón de lugares donde no lo internan y no saben dónde ir. Esto tiene que ver con las interpretaciones de la ley. Y pensando que los médicos, los psicólogos no saben mucho de consumo, sí saben más de esquizofrenia, pero que además (y las familias muchas veces tienen razón) tienen que lidiar con un equipo tratante que ni siquiera escuchó cuántos años llevan de tratamiento con otros psiquiatras. Y ustedes ya saben el libro completo, tienen que decir, "Bueno, empezar de cero", y ser muy pacientes para que el equipo tratante les hable. O sea, nosotros pensamos que el más sabio de los que están ahí es el que más entiende, el más paciente, el que trata más tranquilamente y que puede entender al médico, que puede entender al otro. Muchas veces no es el equipo tratante. Entonces, por eso APEF está buenísimo, porque la familia es la red, la familia es el centro del equipo tratante.

Gabriela Greggio

Lo que es interesante para nosotros es que quien más sabe es quien está más cerca, y las que están más cerca son las familias, pero el desafío es que ese saber no se convierta en una plena responsabilidad o un peso pleno que caiga sobre las familias. Por eso hablamos de la idea de red y de que no hay un centro. Esto es lo que dice Alejandro, que las familias llegan a los tratamientos muy cansadas porque se los ha sobrecargado mucho o porque no ha habido acceso al sistema. Por eso la idea de la red y armar una red lleva tiempo, armar equipo entre el paciente, la familia, los tratantes y que los distintos saberes circulen de manera equitativa, y a veces ese es el desafío, el de soportar ese tiempo de conocernos, de entender la dinámica, es una de las cosas más desafiantes.

Lo que nosotros venimos pensando, además de discutir algunas cuestiones en relación con la ley, es el lugar de la abstinencia en estos tratamientos. Porque también escuchamos esto, muchas veces el derrotero que las familias portan, que los pacientes portan, tiene que ver con que no han podido, porque muchos de los tratamientos proponen la abstinencia como punto de partida, para poder acceder a un tratamiento y eso muchas veces no es posible y es poco realista con la clínica y las posibilidades de los pacientes. Entonces en ese sentido, nosotros proponemos una perspectiva más orientada a la reducción de riesgos y daños (también hay muchas interpretaciones y podemos discutir). El objetivo de una perspectiva de reducción de riesgos y daños no es habilitar el consumo, sino justamente tener un abordaje un poco más realista que permita reubicar la abstinencia en un horizonte posible, hacer hincapié en las intervenciones que puedan promover cuidado. Y cuando digo cuidado me refiero en sentido

amplio, cuidado hacia el paciente, cuidado hacia las familias, cuidado hacia el equipo. Porque la propuesta de la abstinencia como puerta de entrada, en general, lleva a una mala adherencia a los tratamientos, a que los pacientes se vean obligados de alguna manera a mentir o a ocultar lo que les está pasando para poder continuar con la asistencia, lleva a mayores recaídas y a que muchas veces el consumo sea mucho más riesgoso y mucho más problemático. Porque si yo le digo a un paciente: "Si vos seguís consumiendo, yo no te atiendo", eso es contrafáctico contra el resto de todas las intervenciones en salud mental. Yo no le pido a un paciente que está deprimido, que deje de estar triste para atenderlo. No le digo a un paciente que está en pleno brote que deje de escuchar voces para atenderlo. Y sin embargo, en los consumos, es algo generalizado del sistema, acontece esto. Entonces ahí tenemos un problema de entrada que venimos tratando de cuestionar fuertemente. Lo contrario a eso no implica habilitar el consumo, implica ser realistas con las posibilidades y con la reducción de los efectos de esos consumos. La reducción *[en esta parte hay problemas con el audio]* de los daños biológicos tiene mucho costo para la interacción familiar y para intervenciones punitivas. Estadísticamente la evidencia ha demostrado que no tiene efectos en la recuperación y que más bien el efecto es el de alejar a los usuarios y a las familias del sistema.

Alejandro Brain

Acá en el chat hay una consulta sobre la dificultad de conseguir turno con psiquiatría, y es verdad. Es muy difícil conseguir turno a veces. Eso es parte del sistema. Quizás nosotros no podemos o no sabemos cómo resolver eso. Eso se resuelve más vía el estado, o vía las obras sociales. Es verdad que hay pocos psiquiatras en relación, en capital federal o provincia.

Gabriela Greggio

Hay un problema estructural de accesibilidad en general a la salud, y a la salud mental. Y nosotros venimos desde donde podemos también. Por eso, el cambio del sistema depende un poco de todos. Nuestro trabajo quizá es tratar de formar muchos profesionales que puedan tener otra perspectiva, pero claramente hay una crisis en el sistema sanitario y entendemos que muchas veces los cuadros llegan graves, por falta de una atención oportuna. No depende justo de nosotros, simplemente somos parte de una parte del hospital, no somos ni el director, ni los que gestionan los turnos, ni nada de eso.

Alejandro Brain

Yo creo que lo que lo salva a uno es la red, esta red de familiares de APEF, donde comparten sus experiencias, hay un saber que ustedes tienen, que se va generando, además llaman a profesionales a hablar, hay una forma de que usted tengan más conocimiento a través de lo grupal, a través de esta comunidad que hacen ustedes. Y de ver los distintos puntos de vista, nosotros tenemos esta posición, pero hay otra posición de abstinencia, y que en realidad si un paciente consume no puede estar dentro de una sala internación porque los demás pacientes hacen consumir a pacientes que tienen esquizofrenia que no consumen. Esto también está y ustedes como familiares deben saber porque en algún momento deben haber entrado en una sala de internación y ver que allí dentro se consume, y sí en casi todas las salas del gobierno de la ciudad, hay consumo, excepto los lugares privados que están cerrados, que dura un mes la internación en general. Entonces, nosotros tenemos que lidiar con lo posible. No queremos que las personas consuman, que deliren, pero para eso tenemos que aceptar que las personas

consumen y que las personas deliran. Entonces, a partir de ahí, cuanta más información tengan los familiares, más conozcan la ley de salud mental (que es una ley que ustedes deben conocer muy bien), cuanta más información tengan, más se defienden, más fácil es conseguir psiquiatras, más entienden de qué va la cuestión: entender por qué se produce un brote, entender, por ejemplo, que si su familiar tiene diagnóstico de esquizofrenia hay cosas que va a poder y cosas que no va a poder. Por ejemplo, la dislexia, también hay una ley para la dislexia, o sea, los chicos que tienen dislexia no pueden leer de corrido, entonces hay que enseñarles de otra manera y no hay que exigirles que lean de corrido. Entender que alguien tiene esquizofrenia es entender que hay cosas que no puede hacer como otros. Y si uno les exige eso, empeora al síntoma, y si uno les da las herramientas, que no tienen, el síntoma baja. Y con el consumo, si uno no los expulsa y los aloja en vez de echarlos, en un momento el mismo paciente dice: "Quiero dejar de consumir, lo necesito". A veces dice: "Necesito una internación porque quiero dejar de consumir." Ahora, si yo en la primera de cambio le digo: "Che, si vos seguís consumiendo, no me vengas a ver", esto, de alguna manera, genera violencia en el otro. Quizás lo mejor que podemos decir, pienso yo, es que tengamos todos un cierto saber, tratémonos todos amorosamente, como hacemos como padres y participar en estas charlas, ser amorosos, entender de qué se trata la esquizofrenia, que los médicos y los psicólogos expliquen qué es la esquizofrenia, qué es el consumo, qué hacen ustedes con eso, qué hacen los psicólogos con eso, qué podemos hacer nosotros, cómo lo tratamos en ese momento.

Gabriela Greggio

A mí me parece que hay varios niveles de problemática. Quiero poner un poco en contexto, hay algo que para mí es importante entender en relación al consumo. Tanto el sistema de salud como todos los discursos en relación al consumo vienen de años atravesados por un paradigma abstencionista que no fue, y no es del campo de la salud, que es más del campo jurídico, del campo de la penalización, que tiene más de 100 años y la concepción de ese paradigma, entre otras cosas, asociaba el consumo a la voluntad. Entonces, yo los invito a pensar en cuántos de sus familiares con diagnóstico de esquizofrenia, o con otros diagnósticos vinculados a la psicosis, podemos pensar la voluntad como algo que no está trastocado antemano. Digo porque rápidamente si nosotros lo asociamos a algo voluntario es muy fácil caer, y esto no les pasa solo a los familiares, le pasa al sistema, nos pasa a los profesionales. Cuando un paciente consume, nos sentimos frustrados, la primera respuesta es enojarnos, creemos que lo hace porque quiere, porque no le importa. Toda esa frustración se pone a jugar. Algunos profesionales tenemos algunas herramientas para salir de eso y poder entender, primeramente que no se trata de una cuestión voluntaria. A grandes rasgos, las personas que padecen de esquizofrenia muchas veces consumen para hacer un autotratamiento. Hay varias hipótesis, pero una de las más frecuentes que escuchamos en el consultorio es un autotratamiento, a veces, de los síntomas positivos, un pseudotratamiento (o sea, un tratamiento fallido) de los síntomas negativos, muchos pacientes que tienen anhedonia, abulia, que les cuesta la interacción social, terminan llegando o entrando en el consumo porque algo de esto inicialmente se les facilita. Por supuesto que los riesgos son mayores, pero hay motivaciones para llegar al consumo que están muy lejos de la idea de voluntad, placer, diversión. Yo les diría más bien que alguien que consume en los niveles problemáticos está tan preso del consumo como está preso de sus voces y de sus delirios. Esto es algo que a mí me interesa muchas veces

pensar, como para poder zafar del del enojo. No quiere decir no enojarnos, pero por lo menos no actuarlos. *[en esta parte hay problemas con el audio]*

Alejandro Brain

Es vital no enojarse con el paciente, entender que es un problema de salud, entender que no se lo hace a uno a propósito. Es como cuando uno tiene un hijo chico que se porta mal, ese chico se porta mal, pero no lo hace en contra de uno. Y esto en ese sentido, el consumo es tan fuerte que a veces supera, por eso después tienen mucha angustia y mucha culpa. Entonces, me parece que en este sentido encontrar equipos que alojen a las personas que consumen sin retarlas, sin exigirles que se curen de la noche a la mañana, baja el consumo y baja la angustia. Los familiares deben tener una actitud de aceptación de la situación, y también abrir el cansancio que tiene uno y trabajar en terapia también, uno ser paciente, decir: "Yo también soy paciente acá, también tengo un problema, no es solo mi hijo".

Gabriela Greggio

La aceptación no es aceptar cualquier cosa, no situaciones extremas, pero hay una primera necesidad de aceptación de que esto ya no va. En general, el deseo es que el consumo desaparezca, que lo deje de hacer. Y cuánto más el sistema, los profesionales, los tratamientos se ponen en esa posición, generan mayores posibilidades de recaídas, mayores posibilidades de pérdida de adherencia al tratamiento. La perspectiva de reducción de riesgos y daños no busca habilitar un consumo, lo que busca es mejorar la abstinencia, es sostener el vínculo terapéutico en el "mientras tanto", cosa que es muy importante. En el mientras tanto se va acompañando a alguien en el camino de construir ciertas posibilidades de autocuidado y de reducción de ese consumo, de reducción hasta que en algún momento se dé la abstinencia que para nosotros es un objetivo posible. Pero hay que ponerlo en el horizonte. Quiero decir, la mayoría de los enfoques abstencionistas terminan siendo punitivos, moralistas y recargando mucho a la familia. Yo les pregunto si alguno de ustedes ha tenido experiencia pero, en general, a las familias se les pide control, que no salga, que no maneje dinero, que no haga esto, o sea, se los convoca a un lugar de control imposible de sostener, imposible para el sistema. Yo también me pregunto, ¿por qué el sistema les pide a las familias hacer algo que el sistema mismo no puede? Porque hay algo, esto corre por mi cuenta, del enfoque abstencionista que no está pensado en pautas de salud, y como no está pensado en pautas de salud, nos quedamos todos haciendo cosas que en realidad son una especie de cuento chino, o funciona en un contexto muy aislado, por ejemplo, alguien que está internado mucho tiempo, sí logra reducir el consumo a costa de estar encerrado, pero luego cuando es reintegrado a su familia no hubo nada trabajado en relación a esas herramientas. Entonces, tal vez esto de proponer que dice Alejandro de la aceptación, no es una aceptación pasiva, ni de resignación en el sentido de que vamos a permitir que cualquier cosa suceda, pero sí de una aceptación de que el camino va a ser mucho más largo, y en eso va a ser importante armar redes, como estas que ustedes arman, que me parece genial, armar red con los profesionales. Y tolerar, sí, tolerar algunas cosas, no tolerar cualquier cosa, pero sí poder instalar la tenencia. Y sobre todo, cuando Alejandro dice del trato amoroso es no castigar, que ese es un desafío muy grande, acompañar aún en los momentos en donde algo del consumo se hace presente. Por supuesto

que no, en situaciones de riesgo, cuando alguien está en situaciones de confrontación alta, una situación extrema donde tal vez un familiar nuestro está en consumo, descompensado, en esos casos hay que implementar las intervenciones propias de una urgencia. Todo esto que estamos intentando traer es para los momentos en donde no estamos en la urgencia. Cuando estamos en la urgencia ya la cosa se desmadró y hay que poder intervenir para volver a un estado posible de trabajar.

PREGUNTAS

1. Me gustaría que expliquen sobre la abstinencia y el sufrimiento, lo que pasan las personas que están en abstinencia, sobre todo con esquizofrenia, porque es distinto, afloran síntomas que fueron tapados por este consumo.

Alejandro Brain

Cuando alguien deja de consumir, cuando el consumo lleva mucho tiempo ya, quizás empiezan a consumir desde los 14, 15 o 16, y por ahí tienen 40 y consumieron toda su vida y enfrentaron la mayor parte de su vida en consumo. Enfrentar en consumo quiere decir desde hablar por teléfono con alguien hasta ir a un trabajo. Entonces, fuera de eso, sin el consumo no se conocen. Lo primero que aparece es la desesperación, más allá de los síntomas físicos del consumo: la sudoración, la taquicardia, la ansiedad. Más allá de eso es cómo enfrenta esa situación, y aparte aparecen los problemas reales, se pregunta si hará bien lo que está haciendo, si lo echarán del lugar, cómo hace para no mentir. Todas estas cosas que con consumo no le importan, porque el consumo desinhibe, y no le importa nada, no tiene esa cuestión de superyó que le dice: "Che, ¿estás haciendo las cosas bien o mal? Estás haciendo las cosas mal, por acá no es, soy buen padre, soy buen hijo, soy buena madre." Todo el tiempo nosotros tenemos esas cuestiones y más si tenemos una esquizofrenia donde escuchamos voces, las voces se tornan más difíciles. Por eso muchas veces el consumo seguramente es para acallar eso.

Gabriela Greggio

Está claro que nosotros consideramos que el consumo agrava muchísimo el cuadro. Lo que queremos decir es que ese consumo no tiene que ver con la idea de lo recreativo, y muchas veces, lo que aparece como primariamente es el consumo, y se entra por el consumo y cuando el consumo desaparece, en realidad, nos damos cuenta de que había otra cosa de base que estaba motivando ese consumo, por ejemplo, este autotratamiento de síntomas positivos o mucha dificultad con síntomas negativos, sobre todo cuando esos consumos se iniciaron en la adolescencia, que es un momento de mucha vulnerabilidad. Entonces, en ese marco, proponer la abstinencia, lo único que va a generar es sufrimiento y seguramente un fracaso. Porque para que alguien pueda dejar eso que, subjetivamente a esa persona le reporta alguna solución, y pueda tomar otra cosa, implica un trabajo donde hay que acompañar para entender que hay otros modos de tratar y hacer con eso que está padeciendo. Esto me parece que es importante, porque no es simplemente que alguien consume porque le gusta o le divierte, eso sería un consumo recreativo pero, y en el caso de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia

habría que limitarlo porque justamente hay una mayor sensibilidad a las cuestiones de los brotes, de recaídas del cuadro de base. En eso estamos de acuerdo, con eso no nos estamos peleando, sí con el modo en que eso se cuestiona.

2. ¿Cuánto dura la abstinencia.

Alejandro Brain

Eso no importa porque la abstinencia puede durar meses. Hay una cosa que se llama *craving*, que es peor que la abstinencia, que es cuando uno, por ejemplo, pasó ese tiempo de abstinencia, ese mes, o dos meses críticos, pasa un año y de repente pasa por un bar, por un lugar o hay algo, o ve una situación de consumo y aparecen las ganas. Además como hay también mucha mentira, la mayoría te dice: "No, yo no, yo no consumo más." Y muchas veces siguen consumiendo, pero poco. Uno se da cuenta que consumen cuando estallan, cuando no pueden parar, cuando hay un momento en que no pueden parar, pero en el medio por ahí consumieron.

Gabriela Greggio

Es importante identificar lo que motiva el consumo, o sea, los determinantes más subjetivos o contextuales del consumo, qué lleva a esa persona a consumir, que no es un acceso directo, no es que nosotros le preguntamos y el paciente lo dice. Muchas veces es algo desconocido. Muchas veces los pacientes dicen: "No sé por qué, pero no puedo parar de hacerlo, necesito esto." Y lleva mucho tiempo desarmar esta dependencia del consumo que se disfraza de “yo consumo porque quiero”, cuando en realidad hay una absoluta falta de control respecto de esa conducta. Entonces, desarmarlo con los pacientes también lleva un tiempo. Por un lado, hay que poder identificar algo que lleva al consumo. Esto que está diciendo Alejandro del *craving* es una dependencia más psicológica, quizá cada sustancia, esto lo sabe mejor Alejandro que es médico, tiene un periodo de abstinencia, que se acompaña, se medica, pero esta otra dimensión, la dependencia más psicológica es mucho más difícil o lleva mucho más tiempo de trabajo, y tal vez alguien dejó de consumir un año, y de repente algo pasó en la vida, ciertas coordenadas se volvieron a juntar y esa persona recae. Es muy importante ahí no sancionar las recaídas como fracasos, sino como parte de un proceso, donde las recaídas van a suceder. Y lo peor que podemos hacer es rechazarlas. Tenemos que aprender de las recaídas, capitalizarlas. Y con esto no estoy diciendo: “¡Qué bueno que haya recaídas!”. Lo que estoy diciendo es que esto va a suceder. Y lo peor que podemos hacer es rechazarlas, y lo que tenemos que tratar de hacer es entenderlas, porque de ahí vamos a tratar, vamos a ir incorporando cada vez más conocimiento en el sentido de entender un poco más la situación y extraer herramientas más a medida. Porque este es un tratamiento a medida.

Alejandro Brain

Y una cosa que vemos, por ejemplo, en el hospital hay dos casos, que hace muchos años que los venimos viendo y cada vez, para mí, están mejor, más allá de que vienen por temporadas, y eran casos muy graves, pero en el transcurso de 10 años están mejor, y reaccionan mejor con los profesionales y los trataron mejor. Entonces es increíble cómo, cuando estos pacientes que quizá no tienen lugar, porque tampoco tienen familia, cosa que agrava la situación porque

vivieron casi siempre en instituciones, cuando de alguna forma reciben un buen trato durante mucho tiempo y se toleran mucho las recaídas, y se los trata amorosamente, después algo con el tiempo mejora en ellos. No sé si me equivoco, Gabi.

Gabriela Greggio

Alejandro está hablando de dos pacientes que conocemos hace muchos años, que tienen un diagnóstico de base de esquizofrenia, pero lo que más ruido hace en ellos es el consumo. Y fue y sigue siendo un desafío para el dispositivo, para nosotros, para el equipo, en el sentido de cómo acompañar sin caer en la frustración, en el enojo. Y lo que sí podemos ver es que a medida que nosotros aceptamos el consumo, lo primero que empieza a pasar del otro lado es que alguien se siente habilitado a hablar de esto y deja de ocultarlo. Si nosotros empezamos a tratar el consumo como algo que le pasa a la persona y que entre todos tenemos que poder ayudarlo, acompañarlo a su ritmo, lo que empieza a pasar es que los pacientes empiezan a hablar de esto, empiezan a ocultarlo menos, o cuando vamos a la entrevista y alguien está con claros signos de intoxicación, podemos hablar de eso sin empezar con preguntas sobre si consumió o no consumió, rápidamente, hablar del tema reduce de alguna manera la necesidad del usuario, de los pacientes, de tener que mentir, de tener que ocultarse. Y eso es muy importante porque eso es uno de los primeros caminos para la reducción. Si alguien puede venir y decirte que tiene ganas de consumir, ya no está obligado a tener que ir a hacerlo solo, de un modo riesgoso, de tener que robar para comprar, a veces es parte de la estrategia, no estoy diciendo que para todos los casos es que asumamos que va a haber un consumo, y entonces tratemos de generar condiciones de cuidado. Entonces, un consumo cuidado, limitado, en un ambiente seguro, con acompañamiento posterior. Yo sé que quizá esto choca. A mí como profesional me choca y hace 15 años podría haber dicho: “Esto es un horror”. Pero la realidad es que, en lo concreto, acompañar a la larga genera que las recaídas sean menores o sean más acompasadas, que saca a los pacientes de conductas mucho más riesgosas, porque cuando alguien tiene que consumir ocultando, robando, a solas, sintiéndose mal por eso, se expone a un mayor riesgo que el consumo acompañado. Y esto no es, como les decíamos antes, habilitar el consumo, es aceptar que mientras tanto y hasta que se pueda llegar una abstinencia, si va a haber consumos, tenemos que conocer los riesgos y daños.

3. ¿Cuáles son algunas características principales de esquizofrenia sin consumo para focalizar?

Alejandro Brain

Bleuler lo expresa bien, él habla de las 4A, que serían como trastornos en las asociaciones, trastornos en la afectividad, ambivalencia y autismo, estos son los síntomas principales de la esquizofrenia. Estos síntomas están durante toda la vida y los síntomas secundarios serían delirios y alucinaciones. ¿Por qué secundarios? Porque pueden tener delirios y alucinaciones, pero los delirios y alucinaciones puede pasar en un tumor, en alguien que se droga, en una enfermedad, o en un trastorno bipolar, hay distintas cuestiones en las que pueden tener delirios y alucinaciones, pero lo que está siempre en la esquizofrenia son estas 4A y están durante toda la enfermedad. La primera es la ***asociación***, que es un trastorno entre las

asociaciones, es decir que es un trastorno en el pensamiento, lo que está roto son las asociaciones, es la idea de fin, por ejemplo. La idea de fin puede ser para ustedes hoy venir a escuchar una clase o escuchar a personas que hablan sobre esquizofrenia y consumo. Otro ejemplo, el fin sería ir a trabajar o ir a comprar algo para los sus hijos o sus familiares. Esto en algún momento en el paciente, en todo momento en realidad, se pierde, aparece una idea, después aparece otra, empiezan con la idea de la clase, después con comprar algo, después con muchas, muchas, muchas ideas que no le permiten llegar a una idea final. En lo pragmático se les hace difícil buscar un trabajo, difícil ordenar su pieza, etc. Hay algo que no les permite llegar a ese lugar donde uno puede llegar. Eso es un trastorno de asociaciones. Junto con eso se da un trastorno de la ***afectividad***, que muchas veces es indiferencia afectiva: pasa algo terrible, por ejemplo, se murió mi suegra y a mí no me pasa nada, estoy como si nada, y no es que no tenga sentimientos para con mi suegra, sino que estoy como indiferente a lo que pasó y tal vez en un momento se cae algo al piso y exploto. Después una ***ambivalencia*** sería la tercera A. La ambivalencia es que quiere y no quiere algo al mismo tiempo. O sea, quiere comer y no quiere comer, quiere estar internado y no quiere estar internado. Yo también puedo querer o no querer a mi madre, pero tengo una explicación, por qué la quiero o por qué no la quiero. En este caso no hay explicación de por qué quiere y no quiere eso en este momento. Es como si fuera un nene chiquito, un bebé que quiere y no quiere en ese momento. Y la cuarta A es el ***autismo***, que no es el autismo de un niño con autismo, sino de una idea central donde nadie puede penetrar esa idea, y están en un mundo donde uno no puede ni siquiera entrar. Ellos pueden hablar de cualquier cosa, de fútbol, de los padres, de lo que sea, pero hay un lugar, una idea donde no se puede penetrar. Esto está durante toda la enfermedad. Estos son los signos principales de la esquizofrenia. Entonces vemos como a veces uno le exige, por ejemplo, a un hijo que supongamos le agarra un brote en la mitad de la facultad, deja y ya no puede seguir por estas cuestiones con el pensamiento, y si yo le exijo ahí lo rompo directamente. Entonces el hijo se vuelve como un extraño para la familia… *[en esta parte hay problemas con el audio]*

Gabriela Greggio

Retomo algo de lo que estaba diciendo Alejandro sobre el autismo a nivel de las ideas y de que hay cosas que son impenetrables. Me parece muy importante porque muchas veces la intervención que naturalmente nos sale hacer es tratar de razonar, y hay algo justamente de eso que lleva muchísima frustración. No se trata de ir a confrontar. La confrontación en cuanto a la motivación de, por ejemplo, por qué consume en general va al fracaso total, porque muchas veces la persona no sabe por qué consume y es todo un trabajo poder identificar por qué consume y qué piensa sobre eso. Esto último que decía Alejandro respecto de que algunas ideas tienen un estatuto autista en el sentido de solitarias, aisladas, impenetrables al razonamiento, a la lógica, uno puede pensar que le está dando argumentos pero no es así, por eso es importante entenderlo justamente para no enojarnos y empezar a pensar intervenciones de los profesionales y de los familiares en las distintas situaciones que contemplen estos aspectos que Alejandro está diciendo, para que no sea justamente una cuestión de enojos permanentes, porque es bastante frustrante y además es angustiante. Acá yo leía en el chat que una familia hablaba de que recientemente recibió un diagnóstico y que están bastantes desorientados. También había una familia que hablaba de que le resultó muy bien la internación durante mucho tiempo. Nosotros no estamos diciendo que las internaciones prolongadas a veces no funcionen. Hay muchos casos en los que quizá llevamos

tantos años de fracasos de tratamiento, en el sentido de tratamientos que no pudieron acompañar, alojar y que a veces los cuadros se agravan tanto, que el corte y el límite tienen que ser contundentes y necesarios. ¿Cuándo?: cuando empieza a haber muchas conductas de riesgo repetidas, cuando las intervenciones en urgencia no alcanzan. Hay lugares, hay momentos de las presentaciones clínicas donde la intervención tiene que ser contundente. Tal vez ahí lo que a mí me gusta siempre señalar es que ese límite contundente siempre tiene que venir desde la lógica del cuidado y no del castigo, de cuidar a alguien que no está pudiendo, justamente poner un límite propio a eso que se le viene encima. Y eso que se le viene encima puede ser una voz, una idea delirante o puede ser el consumo. Esto me parece importante, no se trata de la intervención en sí, sino desde dónde esa intervención está pensada. Y si esa intervención está pensada desde el castigo, muy probablemente eso no funcione, o tenga unas consecuencias difíciles de soportar después.

4. Mi hijo fue diagnosticado hace 9 meses de esquizofrenia. Nos dijeron que estuvo siendo tratado como adicto de los 15, ahora tiene 29.

Esto es algo de lo que hablamos muchas veces, sobre todo cuando quizá el debut de la enfermedad tiene que ver con síntomas más negativos que suelen por ahí pasar desapercibidos, y lo que llega es el consumo, por esta dualidad que yo hablaba el inicio del sistema de salud. Cuando está el consumo rápidamente se ve como una problemática de consumo, y el desafío de integrar los enfoques es una deuda todavía el sistema. Así que yo celebro que aunque sea con este tiempo hayan podido llegar por lo menos al diagnóstico de esquizofrenia, porque eso va seguramente a orientar, entiendo que la familia esté con burnout, ahí es importante la cuestión de las redes y de que no tiene que haber centro y de que es importante conformar un equipo que los incluya como a todos en el tratamiento.

Alejandro Brain

5. ¿Todas las todas las drogas son nocivas para la esquizofrenia?

No es que haya alguna que no lo sea, son todas nocivas. El alcohol es muy nocivo, es tremendo. Que sea nocivo no quiere decir que si consume no lo tenemos que aceptar, lo tenemos que aceptar con el consumo. Para un hipertensivo la sal es nociva, pero ¿qué vamos a hacer? ¿Vamos a atarle las manos? Lo vamos a tratar de cuidar igual, o sea, van a consumir y también van a tener que ser cuidados y van a tener que seguir tomando la medicación.

Gabriela Greggio

Todas las sustancias son problemáticas, es importante conocerlas y poder actuar en consecuencia la perspectiva de reducción de riesgos y daños. Por ejemplo, la marihuana es una bomba para los síntomas negativos, tiene mucho riesgo también de aumentar los síntomas positivos, pero a veces no lo vamos a poder disminuir, pero si hablamos honestamente de esto, de cuáles son los efectos, podamos trazar un camino hacia la abstinencia que incluya, marihuana de menor potencial, menos incisiva, más con más CBD y menos THC, en qué momentos del día se puede consumir, a veces es mejor hacia la noche y no durante la mañana para proteger el resto de las actividades. Hay muchas maneras abordar, de acompañar con

ciertos cuidados, no con la idea de instalarlo y de habilitarlo, sino de promover la adherencia al tratamiento.

La señora que hizo la pregunta aclara: "La pregunta está enfocada en alguien que conozco, con esquizofrenia y policonsumo y en algún momento nos parecía preferible su decisión de fumar marihuana y así decidía no consumir cocaína. Entonces parecía más conveniente, más controlado y limitado el consumo de marihuana que el de cocaína. Era esa lógica".

Cuando hay policonsumo, sí, vamos por el mal menor como una primera instancia. La verdad que no hay casi ningún consumo seguro de la cocaína. Y en esa lógica es mejor en el sentido de hacer una sustitución. Si es un paciente con policonsumo, que consume marihuana, cocaína, alcohol, mezcla pastillas, que está tan desorganizado, cualquier intervención que apunte a la reducción, y tal vez un primer paso tenga que ser esta sustitución y va a ser beneficioso. El punto sería no desconocer en ese paso, los otros aspectos que pueden ser complejos (porque hacer ese movimiento es larguísimo, no es que rápidamente vos le decís que consuma marihuana y va a dejar lo otro, ya si podemos llegar a esa instancia es está muy bien) y después habrá que trabajar para ver cómo hacemos para que eso deje de tener un lugar.

Alejandro Brain

Hay algunos equipos que dicen que si fuma marihuana esto brota al paciente que tiene esquizofrenia, entonces no hay ningún tipo de consumo. *[Alejandro les pregunta:]* "Y ¿cómo lo lográs?" "Y no, no lo logro. Entonces que se vaya a una comunidad". Pero en la comunidad no hay médicos. Entonces, lo que quiero decir es quizás que en los distintos lugares, los distintos sistemas de salud tomen esta problemática y trabajen con ella, si pueden. El que consigue la abstinencia completa, es buenísimo. Ahora, si vos trabajás con la persona y cuesta conseguir un psiquiatra, una internación, y en el medio estás consiguiendo que esta persona no consuma cocaína, no consuma otras cosas y fume un poco de marihuana nada más, estás logrando mucho más que dejarlo fuera del sistema. ¿Es verdad que la marihuana hace mal? Sí. Sí. No hace bien de ninguna manera. De ninguna manera está bueno para un paciente con esquizofrenia fume marihuana. Pero si el punto es: o dejas todo o no te atiendo, y yo no tengo acceso a hacerte dejar todo más que encerrándote en un lugar y durante años y años y años, entonces no es una opción. Digo esto porque en general el consumo problemático es expulsado de los lugares de salud. Poco sabe la medicina esto. En la medida que la medicina tome más consumos problemáticos con esquizofrenia, pacientes duales y se empiecen a hacer más *papers* y se empiece a trabajar mucho más sobre esto, a discutir, a hacer muchos más ateneos, a ver qué es lo mejor, se va a saber más. Por lo pronto, la medicina cuando no sabe qué hacer, acompaña. Acompaña como acompaña enfermedades terminales, como acompaña enfermedades crónicas. Y este es el punto, porque esa pregunta que vos haces es buenísima, pero puede venir un médico y decir que es un desastre que estén diciendo que puede ser que en el policonsumo fume marihuana cuando sea un paciente con esquizofrenia. La clave es decirle al médico: "Ayúdame, acompañame. Yo te llevo a vos a mi familiar que tiene policonsumo, ayúdame. ¿Cómo lo hago?" La respuesta es: "Ah, no sé, entonces no". O sea, uno toma al equipo que está dispuesto a tratar, y ese equipo tiene que ser interdisciplinario, intersectorial, tiene que ser un equipo donde haya psicólogo, trabajador social, una terapeuta ocupacional.

Gabriela Greggio

Acá hay una mamá que comparte su experiencia. Más allá de que me parece importante también que cada familia tiene que encontrar el dispositivo, así como los equipos y los dispositivos a la medida de lo que cada familia también puede sostener. Me parece valiosísimo que compartan experiencias de lo que funcionó, lo que no funcionó, pero nosotros tenemos una perspectiva con la que nos sentimos cómodos trabajando, pero también hay muchas familias que por ahí pueden necesitar otro tipo de intervenciones y también es válido, o sea, no vamos a decir "esto no funciona". Sí, lo que creemos que no funciona es algo del castigo y lo punitivo, a largo plazo, en general. Es importante que las familias se habiliten a estar en los equipos, que se sientan cómodos también. Y para alguna familia será esto un dispositivo cerrado. Porque también hay que poder no juzgar las decisiones que las familias pueden tomar, porque a veces hay una historia de Burnout, como nombraba una de las familias, de cansancio, de agotamiento, de mucho derrotero y también hay que poder ubicar los límites propios. A veces, el familiar no puede más con esto, y está bien, no me parece que eso sea juzgable. Lo que nosotros proponemos lleva tiempo, lleva acompañamiento, puede hacerse también cuando hay equipos que acompañan, que sostienen a las familias, cuando hay rotación, es muy difícil de pensar en familias que son una madre y su hijo. En el hospital Álvarez tenemos muchos casos de esa configuración familiar, no hay una red tan grande en el afuera de lazos sociales comunitarios, y entonces es absolutamente perverso de nuestra parte pedirle a esa mamá que se ocupe de todo, porque muchas veces los lazos están interrumpidos, trastocados.

Alejandro Brain

Y otra cosa para mí muy importante y que también ustedes deben sufrir mucho es pensar en qué va a pasar "cuando nosotros no estemos". Es un gran tema: cuáles son las problemáticas reales que tenemos, qué pasa con nuestros otros hijos, ¿tienen que ayudar?, ¿no tienen que ayudar?, ¿cómo hacemos? Yo creo que cuanto uno más amplíe la red de entender de qué se trata la esquizofrenia, enseñarle a cada uno de la familia qué son cosas que brotan, qué son cosas que no brotan, dónde están los equipos que pueden ayudar, qué puedo hacer para cuando uno no esté, todas esas cosas que ustedes se preguntan, que los llenan de angustia, me parece que son cosas que tampoco están resueltas, que es una cuestión que se trabaja el uno a uno, que son particulares y que de alguna manera, creo que deben estar en el pensamiento de ustedes todo el tiempo. Me parece que ponerlas en palabras con un equipo tratante, ustedes tener tratamiento personal si se puede, ustedes también tienen que pensar y preguntarse qué hago, qué no hago, cómo hice. Esto me parece que es fundamental, esto que hacen en APEF me parece maravilloso, es una cuestión de aprendizaje permanente, de ir viendo todo el tiempo, qué hay de nuevo, qué se puede hacer, cómo hacemos, cómo hizo mi otra compañera, qué pasó con tal. Me parece que eso es fundamental.

6. ¿Qué se considera dentro del consumo?

Gabriela Greggio

Nosotros lo estamos pensando en sustancias, pero también es el consumo de tecnología. Hay muchos casos por ahí en pacientes más jóvenes que venimos recibiendo, de la adicción a la pantalla, de estar muchísimas horas en línea jugando y esto es algo que por ahí hace unos años no estaba tan presente. Pero no nos vamos a meter ahora con eso, pero el consumo o mejor la

adicción a los juegos también genera abstinencia, craving, y también hay que poder pensarlo en una dinámica de todo aquello que comporte un exceso no tiene que ver con que la persona la está pasando bien, más bien tiene que ver con algo que se fue de su control y seguramente responde a un intento muy fallido de tratar algo de una ansiedad, una angustia que muchas veces es desconocida. Ojalá nuestros pacientes, nuestros familiares pudieran decirnos, "Estoy angustiado, me pasa eso." Muchas veces eso no está. Es una sensación abrumadora que atraviesa de manera arrolladora esa persona y el consumo viene a ser un intento muy torpe de regular, y el juego también puede ser pensado en eso. Pienso en un paciente que tenemos con Alejandro y con el equipo de redes, que tiene un policonsumo de muchas sustancias (tuvo, ahora está más regulado), pero el punto es la cantidad de horas que pasó conectado desde los 13 años jugando horas y horas, incluso ha tenido una convulsión mientras jugaba. Por supuesto que la sustancia y los químicos son muy complicados y es lo que a nosotros más nos urgió tratar, pero esto otro es algo mucho más complicado, ahora que está mucho mejor en cuanto al consumo de sustancias. Es un paciente que hace 3 años que vemos, que empezó con un policonsumo de todo lo que imaginen y más, porque además tenía acceso económico a determinadas sustancias. Hoy por hoy está con cannabis, con aceite de CBD, con esquema, pero lo que más le cuesta es dejar algo de la interacción online, además con todo lo que implica, el aislamiento, mucha dificultad para circular en el afuera, hay una ansiedad de base muy fuerte que él refiere cuando simplemente sale a circular por la calle, ni siquiera a hacer algo. Entonces sí, también incluimos el consumo de lo que tiene que ver con la tecnología y alguien hablaba también de la pornografía. Depende como digo, si algo está en el orden del exceso, si el consumo es problemático cuando empieza interferir con la cotidianeidad de las relaciones, con los hábitos, con los hábitos más básicos del sueño, una de las cosas más importantes es poner cierto límite que tenga más que ver con el cuidado y no con el castigo, y proponer que si va a haber consumo, cuidemos el sueño. Esto también como ejemplo de lógica que no apunta tanto a “dejá de consumir”, muchas veces es “si consumís, necesitamos organizar juntos algún espacio seguro para eso y necesitamos acordar que hay cosas que vamos a preservar, el sueño, por ejemplo”, o cuestiones cotidianas que sabemos que cuando eso se empieza a desregular después tiene un impacto directo en los síntomas del esquizofrenia.

7. Una mamá que vive en Mendoza dice que su hijo asiste al hospital de día del Álvarez desde hace 6 meses. Sigue las instrucciones de su psiquiatra para acompañarlo. Todos los días habla con él, pero desde hace unas semanas no, y se siente muy angustiada.

Es muy bueno que esté yendo a un hospital de día y que haya un equipo que lo reciba. Entiendo que al estar lejos es muy difícil el acompañamiento en la distancia. Está buenísimo estas otras redes que vos puedas tener porque la función de acompañar a otros es imposible si uno no se genera espacios de autocuidado. Y esto vale para las familias y para los profesionales. Ninguno de nosotros podría atender en solitario a ningún paciente, eso es importante.

Alejandro Brain

Pero también es bueno entender que los equipos no son tan efectivos como se piensa, son una parte, y uno tiene que exigirle mucho al equipo, y estar cerca, tratarlos bien también. Tratar bien al equipo para que el equipo funcione bien, ser amorosos, pero entender que no es que tenemos la cura, estamos lejos de eso y que el saber no está completo. Lo que hace un equipo que trabaja todo el tiempo en esto o lo que hace la psiquiatría y la psicología es estar en el tema y estar siempre pensando sobre eso y tratar de acompañar de la mejor manera posible. Hay algunos mejores, otros peores, pero no es la gran solución. No es que uno dice: "Voy a tal lugar y ya va a estar solucionado." No, hay medicaciones que funcionan muy bien, que son muy buenas, con el consumo es mucho más tórpido el tratamiento. Hay lugares donde los pacientes son alojados y eso es muy bueno, pero en general cualquier equipo (lo digo por lo que se dijo de la marihuana) trata que el paciente no consuma, porque que el paciente consuma es un problema tremendo para el paciente, para la familia, la irritabilidad. O sea, todos estamos queriendo que el paciente no consuma. Y creo que las drogas no indicadas por los médicos son dañinas, y las que son indicadas por los médicos y uno las toma por demás también son dañinas. Las benzodiacepinas también son dañinas y si uno las toma como quiere. Entonces me parece que en ese sentido es bueno estar atento, saber mucho del tema. El saber es poder. El trato al paciente, el trato al equipo tratante, el trato del equipo tratante al paciente. Es muy importante entender cuáles son las limitaciones, entender que alguien que tenga esquizofrenia no va a poder hacer ciertas cosas, esto no quiere decir estigmatizar, quiere decir: “Qué va a poder hacer? ¿Hasta dónde? ¿Y qué no puede hacer?” Y en lo que no puede hacer pensar en poder acompañarlo. ¿Qué herramienta que no tiene le podemos dar? Ese es el punto.

Gabriela Greggio

Me parece clave, y hay una construcción, como decíamos al inicio, cierto saldo del sistema y del conocimiento en salud. Entonces, hay una construcción conjunta, colectiva que hay que ir haciendo entre los profesionales, las familias, los usuarios mismos, los pacientes. Es importante también cuando uno puede acompañar, ellos empiezan a identificar qué cosas sí, qué cosas no. Alguien comentó que voluntariamente accedió a un tratamiento, eso lleva mucho tiempo de acompañamiento. Hay que poderle permitir a las personas hacer ese camino, entendiendo que no es algo simplemente voluntario ni caprichoso, que el consumo es parte también del padecimiento y de la enfermedad.

Para escuchar la conferencia completa, ver en YouTube:

https://www.youtube.com/watch?v=MW84RAPOIv0&t=3459s