Rev Psiquiatr Urug. 2023;87(1):62-69 | https://doi.org/10.46706/PSI/87.1.4

Conferencia

Adicciones y situación de calle

XXXI Jornadas de la Clínica de Psiquiatría: «Desafíos límites del rol del psiquiatra».
Unidad Docente Asistencial Hospital Vilardebó. Noviembre de 2022.

Participantes

Artigas Pouy
Médico psiquiatra, presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Daniel Radío
Médico general, secretario general de la Junta Nacional de Drogas

Alejandro Guevara
Doctor en Trabajo Social, Udelar.

Presentación del caso clínico:

Mikael Cabarro
Médico, posgrado en Psiquiatría, Clínica de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Bethania Beyhaut
Médica, posgrado en Psiquiatría, Clínica de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Coordinación:

María Florencia Cadenas
Médica psiquiatra.
Asistente de Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Udelar.

Gerardo Pastorino
Licenciado en Trabajo Social, Unitra, Hospital de Clínicas.

Presentación de un caso clínico

Se trata de un paciente de 65 años, procedente de Montevideo, viudo desde el año 2012 y sin hijos. El máximo nivel educativo alcanzado fue de estudios terciarios que no culminó. Actualmente, se encuentra desempleado y percibiendo pensión por enfermedad desde el año 2018, habiendo tenido previo a este año múltiples empleos de breve duración. Su situación habitacional depende del uso de recursos del Mides, pernoctando en un refugio nocturno.

El paciente posee un diagnóstico clínico de *trastorno por consumo de múltiples sustancias*. Consumo de cocaína y marihuana con un patrón de dependencia que comenzó en la adolescencia; se encuentra en abstinencia completa desde hace aproximadamente 10 años. Presenta un consumo activo de alcohol, con patrón de dependencia fisiológica, que igualmente comienza en la adolescencia temprana.

Esta historia de consumo ha determinado un grave impacto en la situación social, familiar y laboral del paciente, contando con nulos vínculos familiares significativos y con una reducción de su red vincular a aquella asociada al consumo de alcohol y a los compañeros del centro diurno al que asiste.

En este sentido, el contexto sociocomunitario del paciente se limita a la asistencia a dos centros diurnos, uno dependiente del Mides y otro de la Intendencia de Montevideo. En forma simultánea asiste a la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol (Unitra), que depende de Facultad de Medicina, desde el año 2018. Su adherencia a controles y tratamiento es adecuada; sin embargo, no ha logrado una abstinencia sostenida.

Preguntas al panel

- En la opinión pública la internación involuntaria se considera una medida necesaria y una posible solución al problema. ¿Considera que una internación involuntaria para el manejo del consumo en personas en situación de calle tendría un impacto significativo en la calidad de vida de los usuarios y en la evolución del trastorno psiquiátrico en cuestión?
- En el caso de considerarlo beneficioso, ¿en qué momento del curso de vida de este paciente consideran que hubiera sido oportuno indicarla?
- En el relato de este paciente se identifica algún grado de dependencia con los dispositivos sociales, lo cual también sucede en otras personas en situaciones similares. ¿Consideran viable el tránsito hacia una vivienda autónoma y un proyecto de vida independiente? ¿Qué estrategias propondría para facilitar dicha transición?

Gerardo Pastorino. La unidad de trastornos relacionados con el alcohol —Unitra— fue inaugurada en noviembre de 2013. Funciona en el Hospital de Clínicas, piso 3, ala Este, dentro de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, cuya directora es la Prof. Dra. Vanessa Ems. El director de la Unitra es el Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz.

La Unidad surgió de la necesidad de formar técnicos especializados en el tratamiento de las personas que presentan un consumo problemático de alcohol. Tiene por lo tanto como objetivos la docencia, la asistencia y la investigación. Cuenta desde el inicio con el apoyo de la JND, el MSP y ASSE.

Está integrada por docentes médicos psiquiatras, posgrados y residentes de Psiquiatría, un Lic. en Trabajo Social, un Lic. en Psicología y una auxiliar de Enfermería.

La modalidad de trabajo consiste en una primera entrevista de evaluación de ingreso, controles clínicos periódicos, intervención psicoterapéutica grupal e individual e intervención psicoterapéutica grupal para familiares y referentes.

La entrevista de ingreso se realiza en equipo con un docente, posgrados y/o residentes de Psiquiatría, licenciado en Trabajo Social y en Psicología. Se evalúa el patrón de consumo y la repercusión funcional, y se pesquisa patología psiquiátrica comórbida. Se solicita una paraclínica básica, teniendo en cuenta que el alcohol es un tóxico multisistémico. Por último, se define la modalidad de tratamiento en conjunto.

En cuanto a los controles clínicos, los usuarios tienen instancias con médicos psiquiatras y con médicos internistas, con la frecuencia que sea necesaria según cada usuario y su situación clínica. Se realiza también seguimiento por el Lic. en Trabajo Social de la unidad.

Los grupos terapéuticos y la psicoterapia individual tienen como objetivos generales mantener la sobriedad, prevenir recaídas y aportar técnicas para el manejo del estrés. El abordaje grupal permite el apoyo entre pares. Para el equipo técnico es una instancia para evaluar los aspectos vinculares de cada usuario.

En el espacio de psicoterapia individual se selecciona a los candidatos que puedan verse beneficiados, teniendo en cuenta las condiciones psíquicas y el nivel de motivación.

En el Grupo de Familiares y Referentes se brindan directivas para apoyar el tratamiento.

Los criterios de inclusión a la Unitra son ser usuario de ASSE y/o del Hospital de Clínicas, ser mayor de 15 años, ser portador de un trastorno por consumo de alcohol.

El criterio de exclusión es tener un trastorno por consumo de polisustancias. Estos pacientes son referidos al Dispositivo Ciudadela para ser derivados al centro especializado más apropiado.

De querer derivar un usuario, se puede realizar llamando al 2487 1515 interno 4344 o concurriendo personalmente de lunes a viernes de 8 a 12 horas, por WhatsApp al 099 297948 o por correo electrónico a unitra@hc.edu.uy. Se registran los datos del usuario y posteriormente se le asigna día y hora para entrevista de evaluación de ingreso.

Artigas Pouy. Gracias por la invitación. Es bueno estar acá, porque, más allá de mi condición de presidente de la Sociedad de Psiquiatría, he tenido un largo trabajo con pacientes consumidores. Trataré de seguir un orden que no sé si será fácil por los múltiples factores implicados, como es habitual en estos pacientes.

En algún sentido, al leer la historia me pareció como un paciente bastante típico, pero también hay elementos de atipicidad, por lo menos en relación con lo que uno podría ir esperando a medida que lee. Creo que en este paciente podrían pensarse como reflejos de un instinto de cuidado, de supervivencia que no es habitual. Un paciente que ha logrado vincularse. Más allá de un deterioro general en lo que es la historia de vida, hay límites que parece que hubieran sido respetados. Me llamó la atención, por ejemplo, no encontrar referencias a eventos policiales con repercusión judicial; creo que es una buena cosa por parte de este hombre haber mantenido ese límite a pesar del ambiente complicado y de haber convivido muchos años —y además en la relación que ha sido más estable en su vida— con una persona que consumía y que además se vendía droga en la casa adonde estaba. Su cuidado en la salud, esto del carcinoma broncopulmonar, con aparente remisión, con un tratamiento que debe haber sido sistemático y respetado. Y hay algo en lo que está bueno pensar y es la situación en la cual nos movemos los psiquiatras en la mayoría de las circunstancias, y es tratando de evaluar lo que pudiéramos llamar síndrome-síntoma, lo actual, lo fenomenológico visible con la historia de vida que hace más a aspectos longitudinales y de la personalidad. Creo que esta es una de

las características fundamentales de nuestra especialidad donde lograr una visión de conjunto de estos dos elementos que no siempre aparecen claramente delineados o no siempre tenemos condiciones como para apreciar a ambos. Es bien importante esta encrucijada y este peso relativo de cada uno de los factores: los actuales y los más longitudinales.

Me parece algo muy bueno la existencia de Unitra y en relación con la descripción que hace el compañero destacaría un par de asuntos. En primer lugar, esto de evaluar la desintoxicación. Hay una especie de reflejo condicionado que funciona en la mayoría de la población y también de los técnicos: que cualquier paciente consumidor es pasible de ser desintoxicado, y que desintoxicación implica internación. Y no es así, entonces me parece bueno evaluarlo en cada caso. Porque esto me lleva a pensar también en la necesidad de dispositivos que puedan aplicar planes personalizados de tratamiento, en la secuencia adecuada, porque, más allá de que se repitan muchas veces, lo que no se repite es la oportunidad, o lo que presenta una característica particular, individual es la oportunidad. Entonces, los dispositivos personalizados sí, las acciones secuenciales sí, y la necesidad de establecer por lo menos alguna pauta de lo que pudiéramos llamar un proceso asistencial adecuado para los pacientes consumidores. Por otro lado, una observación que hago es que la Unidad trabaja con trastornos relacionados con alcohol y sin embargo este es un hombre que ha tenido policonsumo. Creo que acá es donde se pierde esa frontera, porque este hombre es capaz de lograr una buena adherencia. Sin duda que tiene que ver con el equipo, con las técnicas, con factores personales, pero también con esta flexibilidad que hizo que alguien, a pesar de que leyó o supo por la entrevista que consumía marihuana o cocaína, dijo «Vení acá a la Unidad de tratamiento de Trastornos Relacionados con el Alcohol. Más allá de que lo hubiera dejado, porque además cuando los que estamos más especializados en el tema recibimos a los pacientes es harto frecuente que recibamos el diagnóstico de F19, y a veces son situaciones que son actuales y otras veces han sido circunstancias de otro momento.

Tratando de ir a las preguntas, se habla de un proyecto de ley que puede ser beneficioso. En este caso es difícil responder «qué hubiera pasado si…». Ya es un juego casi de adivinanza que no va en un ámbito científico académico. Creo que en este hombre ha sido clara la situación de no ser necesarios y haber dado resultados, aunque parciales, muchos recursos, ninguno de los cuales han sido impuestos. Entonces, qué hubiera pasado si a este sujeto se le hubiera impuesto en algún momento algún tipo de tratamiento no sé decirlo. Pero uno se anima a pensar que las cosas no hubieran sido mejor de lo que fueron.

En relación con la probabilidad de asistencia por múltiples aparatos estatales qué estrategia implementar, creo que, si hablamos en general y nos vamos un poco de la situación esta, lo que les falta a estos aparatos estatales que han actuado prolongadamente en la vida del sujeto es una complementación, un trabajo interinstitucional que no es sencillo. Unitra en conexión con otros dispositivos de Mides debe ser buenísimo; me parece buenísimo, porque es de lo que en otro momento carecíamos en el centro del Hospital Maciel donde trabajé muchos años. Porque creo que eso hace a la adhesión; creo que además de adhesión en el sentido de la iniciativa individual también necesitamos un seguimiento asistencial por parte del equipo de la institución, para también tener evaluación y poder sistematizar tratamiento y generar pautas de trabajo.

Por último, destaco la importancia que se le adjudica a los trabajos grupales. No entiendo qué es lo que pasa —y acá estoy hablando de la psiquiatría en general y de los recursos asistenciales— que se han desarrollado tan poco en nuestro país los recursos grupales, tanto para usuarios como para familiares, sabiendo que los resultados además son tremendamente alentadores.

Reviso acá lo escrito y creo que no tengo más para decir, salvo redondear con algo que es muy repetido, que es el tema de los trabajos

en redes, que de alguna manera lo mencioné, y ver cómo esas redes tienen más tejido que agujeros, que en general es la dificultad con la que nos encontramos.

Muchas gracias.

Daniel Radío. Muchas gracias por la invitación; quiero decirles que para mí es un honor, y además compartir la Mesa con personas de las que tengo tanto para aprender.

Voy a referirme primero a la cuestión planteada en la primera pregunta vinculada a la internación voluntaria o involuntaria, que es un tema que siempre tenemos sobre la mesa.

Lo que siempre tenemos que preguntarnos antes es cuál o cuáles son los problemas que pretendemos resolver, porque a veces los legisladores no se hacen esas preguntas (fui años legislador). Y, si ya los tenemos diagnosticados, preguntarnos si son consecuencia del uso de sustancias esos problemas que queremos resolver, por qué creemos que se constituyen, por qué no se resuelven y, a partir de allí, cuáles son los fines que queremos alcanzar y qué funciona mejor para atender esos problemas. Lo que hay muchas veces en el imaginario es que los problemas relacionados con el uso de sustancias no se resuelven porque las personas en el momento de estar intoxicadas no se quieren internar, y sí querrían en otros momentos. Si ese fuera el problema hoy no tendríamos cientos o miles de personas con uso problemático de drogas que no se oponen a un tratamiento y que no están siendo tratadas, por nuestras carencias de recursos o porque tenemos problemas de accesibilidad fundamentalmente organizacional. O que sí están siendo tratadas, pero que están siendo refractarias a los tratamientos, porque esto se trata de un trastorno que es complejo, crónico y recurrente.

Las personas tienen derecho al cuidado de su salud y, por lo tanto, a un tratamiento. A un tratamiento; internar o no internar es una herramienta a veces auxiliar de todo el arsenal terapéutico del que deberíamos disponer. Pero la internación por razones terapéuticas para cualquier afectación de la salud es una decisión estrictamente técnica; no es —o no debería ser— una decisión política ni legislativa. Esto que vale para procedimientos terapéuticos probadamente eficaces mucho más valdrá para esa cosa tan popular, como errónea, que es confundir tratamiento con internación, creer que la internación hará la magia. Porque suponer que encerrándome contra mi voluntad voy a superar mi problema de consumo lleva implícito un diagnóstico inconfesable: creer que el problema de la persona que consume es que es un débil de voluntad y por lo tanto nosotros tenemos que tutelar su voluntad.

Algunas perspectivas que generosamente podríamos llamar terapéuticas tienden a procurar la normalización de los consumidores. Habría una forma de comportarse, de transitar por el planeta, de gestionar los asuntos vitales, incluido el placer, asumida como normal o legítima, y otras formas que no lo son. Y a partir de ahí se justificaría el uso de la coacción en pos del beneficio de quienes deberán asumir un régimen disciplinador. Todo muy foucaultiano. La alternativa de esta manera de verlo es no perder de vista que el objetivo es la inclusión; todo el objetivo es siempre la inclusión, la rehabilitación, la inserción social, que hay que hacer para que esta persona recupere esa cuestión que es reconocer en el mundo un lugar valioso. Porque en la misma medida en que reconocemos que es un lugar valioso nos rescatamos de la cultura de la instantaneidad donde no hay futuro; nos rescatamos del presente perpetuo al que nos conducen los manuales de autoayuda. Y eso implica la posibilidad de volver a proyectarnos, de volver a construir la esperanza que es lo que en algún momento se quiebra. El objetivo es la inclusión y, dentro de lo posible, no se incluye excluyendo.

La internación representa una opción terapéutica útil cuando las personas se han propuesto una meta en términos de reducción o de suspensión del consumo y no logran alcanzar o sostener esa meta en su medio natural de vida. Sin embargo, la clave del cambio en las conductas de las personas está menos determinada por la opción de trata-

miento propuesta que por la motivación que la persona desarrolle en el sentido del cambio. Esto queda de manifiesto en el caso de este señor cuando el principal logro terapéutico en relación con el uso de drogas se presenta concomitantemente con al abandono de un tratamiento.

Dice la historia: Hace 12 años concurrió por 2 años a Farmacodependencia del Maciel. Tratamiento con venlafaxina y flunitrazepam. Refiere aumento de la ansiedad con venlafaxina. Abandona el tratamiento. Mantuvo 2 años de abstinencia.

La internación involuntaria tiene un impacto significativo en los casos en los que la situación de consumo, o de salud mental o de salud general, pone en riesgo la vida de la persona o la vida o la seguridad de terceros, y eso está previsto en la legislación actualmente, porque, aunque sacrifica la libertad e incluso puede tener efectos negativos en cuanto a tratamientos posteriores, protege un bien mayor.

En cualquier caso, las respuestas terapéuticas deben ser individualizadas, tomando en cuenta a la persona y su contexto en la etapa de la vida en la que se encuentra, las circunstancias vitales que atraviesa, y eso no se resuelve con una raviolera. La internación es una indicación clínica y, salvo circunstancias de emergencia, solo será adecuada cuando se realice por un profesional en el marco de un plan de tratamiento individualizado. No hay respuestas universales, porque quien está en el centro es una persona y no la sustancia, y por lo tanto las propuestas deben ser lo suficientemente amplias como para abarcar una diversidad de situaciones generalmente emergentes de problemáticas que involucran a la persona y a su contexto familiar y comunitario.

Con respecto a este caso, en qué momento del curso de la vida de este paciente se hubiera considerado oportuno indicar una internación involuntaria, lo único que se me ocurre es que podría ser una medida indicada en relación con los episodios depresivos, eventualmente cuando las ideas de autoeliminación sean evaluadas con un nivel alto de riesgo; solamente, en el caso de este señor.

Con respecto a qué estrategia se podría implementar para promover la autonomía del señor. Es una persona mayor, de 65 años, buen nivel educativo, varias patologías crónicas (insuficiencia cardíaca, carcinoma, patología prostática, depresión, historia de uso problemático…); o sea, un adulto mayor frágil, con mucha vulnerabilidad y disminución de su capital fisiológico que en el corto o mediano plazo tiene seriamente comprometido su nivel de autonomía, particularmente tratándose de un paciente que, a pesar de haber tenido una infancia, una red familiar amplia, sin vínculos insanos, actualmente es inexistente. Me parece remarcable el consumo de alcohol que, a pesar de no haber tenido un inicio temprano, se ha transformado en este señor casi en un estilo de vida, pautando su forma de ser y su devenir vital. Se trata de un consumidor severo con elementos de repercusión orgánica.

Parece fundamental, en primer lugar, evaluar el riesgo de autoeliminación e hilar fino en el diagnóstico diferencial para saber si no estamos ante un trastorno depresivo mayor —yo de esas cosas sé muy poco—. Para trabajar hacia la autonomía y en la dirección del cambio de los patrones y pautas de consumo, jerarquizaría la posibilidad de enfocarnos en el capital de recuperación del paciente, en sus recursos. Buena parte de la presentación clínica se enfoca en lo que al paciente le falta; el capital de recuperación es la suma de los potenciales sociales y personales que puedan apoyar en el largo plazo los procesos de cambio de recuperación. El caso planteado está planteado por el duelo, la tristeza, la apatía y finalmente la depresión. Necesitamos de un enfoque motivacional, tratando de incluir la dimensión del placer y asumiendo que las metas terapéuticas han de ser acordadas con el paciente, y tendrán en cuenta las expectativas del paciente. Esto me parece muy importante: en cuanto tengamos presentes los objetivos, tener en cuenta que no sean los objetivos nuestros. Habría que indagar más en sus recursos que, seguro,

serán escasos, pero en varios momentos de su vida ha logrado alcanzar metas en relación con el consumo, sin necesidad de recurrir al tratamiento residencial. Y aprovechar la capacidad del paciente de establecer vínculos terapéuticos estables y a partir de allí generar referencias sostenidas en el tiempo con los equipos técnicos. Tratar de aprovechar su capacidad intelectual, su formación, su experiencia laboral para potenciar sus expectativas de una vida más independiente, asociada a la posibilidad de ingresar a un programa de vivienda, como está propuesto. E incentivar y proteger su constancia en la concurrencia a centros diurnos donde pudiera tejer una nueva malla vincular.

Es lo que tenía para comentar. Gracias.

Alejandro Guevara. Me da gusto sintonizar con varios de los comentarios que acá compartieron los compañeros. Brevemente, trataré de pensar acá con ustedes, más desde la perspectiva de situación de calle no tanto del consumo, aunque está reatravesada por el consumo.

Yo participo de un proyecto que llamamos Trayectorias. Junto con Marcelo Rossal, que también estaba invitado a esta Mesa, pero no pudo venir, acompañamos a un colectivo de personas en situación de calle desde una perspectiva interdisciplinaria, y es desde ahí que comparto algunas reflexiones respecto a algo que me gustaría colocar de una en el contexto de nuestras prácticas.

Mi acento es porque soy mexicano y algunas de las licencias que me tomo vienen de esa bella cultura, que también comparte una pandemia relacionada con el consumo.

Lo que quería colocar de una eran las consecuencias, sobre todo en nuestras prácticas, de los imaginarios políticos de la impotencia. Suena como algo muy teórico, pero quisiera que pensemos juntos en eso, en qué consecuencias tiene mi construcción del sujeto desempoderado, qué consecuencias tiene mi práctica clínica que cristaliza una noción de la persona en situación de calle como irremediable, por ejemplo. Y pensar mucho en el efecto que tiene esta etiqueta de «situación de calle» y de «consumidor problemático».

Nuestra vasta experiencia de acompañar a un colectivo de personas en situación de calle […] cómo acompañamos los cuidados colectivos que se suscitan. Ya se ha mencionado lo grupal y los compañeros han compartido algunas experiencias de cómo los pares se ayudan, se apoyan. En cuanto a esta experiencia además yo me enfoco mucho en la perspectiva del curso de la vida, porque yo soy gerontólogo y estudio el envejecimiento y para mí hay algo muy concreto en cuanto a la política pública en diferentes latitudes, pero creo que aquí en Uruguay tiene mucho sentido, que tiene que ver con la construcción social de la edad y la situación de calle. Porque hay un envejecimiento distinto en los cuerpos que están en situación de calle. Eso lo podemos seguir discutiendo en otros lugares, pero hay ahí una singularidad, porque no se envejece igual estando en situación de calle y creo que la política social no prevé o no está pensada en ese sentido. Hay un deterioro de los cuerpos distinto, hay un contexto y una experiencia de estar en situación de calle que condiciona, de diferente manera, los múltiples aspectos de envejecer.

Entrando en ese tema del envejecimiento hay un […] que es el de las relaciones intergeneracionales. En el tema consumo ando lejos, porque no soy especialista. Me gusta esto que comentaba el compañero, enfocarme en el regenerador y más bien en los cuidados, la vida, etc. En esas relaciones intergeneracionales es muy llamativo las solidaridades que se generan entre personas en refugios, fuera de los refugios y las distinciones que hacen muchas veces hasta estigmatizantes entre quienes están o no en refugios, porque ensayan otra vez con muchos fracasos, con mucha fragilidad ensayan un aguantadero de cabeza, como dicen acá; ensayan un acompañamiento no técnico. Y es mucho de lo que yo investigo: cómo podríamos desde la política pública o de nuestras prácticas clínicas o de trabajo social apuntalar ese acompañamiento no técnico. Dónde empieza y dónde termina

es una gran discusión, porque creo que en el fondo nos pone a pensar en cuáles son nuestros modelos teóricos desde donde pensamos el abordaje a la persona en situación de calle. Y hay una vieja ortodoxia y una nueva ortodoxia; es una discusión grande en todo el mundo que tiene que ver con que la culpa es de la persona o que la culpa es de la estructura social. Tenemos esa dicotomía constantemente: el sujeto se generó estas circunstancias o es la acumulación de las ventajas, es estructural. La culpa es sociohistórica, socioeconómica.

En el proyecto que les mencioné, del cual participo, hay un tercer modelo centrado en la agencia. ¿Cuál será la perspectiva de la persona en situación de calle en cuanto a su experiencia en ese devenir de situación de calle, en ese transitar por los dispositivos, en esa sobreinstitucionalización crónica que tiene sus efectos y que tiene una subjetividad asociada y, en consecuencia, un vincularse distinto, etc. Ese modelo de agencia nos lleva a preguntarnos algo que había estado ya en comentarios en otras mesas, la autodeterminación, cómo definimos esto de que la persona tome una decisión. Esto nos va a ir acercando al tema de la internación del modelo compulsivo, de lo voluntario o de lo involuntario. Creo que eso lo decían algunas autoridades. Esa falsa hipótesis del voluntarismo, como que depende del sujeto, de la libertad.

Ese modelo de la agencia rápidamente nos pone en cuestión dos instituciones. Hay que seguir charlando sobre esto que es muy complejo. Una es la institución del paciente individuo o el paradigma de la atención individual, y, por otro lado, la institución familia o las redes vinculares originales sobrecargadas con demasiadas expectativas respecto al sostén.

¿Cómo podríamos fortalecer redes territoriales que no dependan exclusivamente, que no se sostengan exclusivamente en un acompañamiento técnico? No significa que no estén la política pública o la política social. Es más, entrando de lleno en paradigmas de salud mental comunitaria identifico tres aspectos que podríamos seguir profundizando en nuestra práctica en el día a día: 1) La alianza terapéutica, por ejemplo, cómo construimos esa alianza terapéutica, cómo establecemos un vínculo de ayuda, de colaboración, un vínculo asimétrico, porque tenemos más poder en diferentes sentidos. Cómo manejamos eso, cómo ponemos en juego eso con la persona en la alianza terapéutica; 2) Cómo se establece la guía de la cura. En México tenemos esta discusión fuerte en los dispositivos en el territorio. Muchas veces el psiquiatra o el médico, o con personas mayores el geriatra es quien determina la guía de la cura y ruta, versus experiencias que son interesantes en cuanto a la coconstrucción de esos objetivos y la […] en esas rutas. Hay bastante experiencia en diferentes lugares. Cómo vamos construyendo objetivos con la persona, con los colectivos, cómo fortalecemos esos colectivos, cómo visibilizamos sus prácticas de cuidado, cómo identificamos también qué inserciones institucionales se precisan en ese andamiaje para ir acompañando, y quizás interviniendo, un transitar una situación de calle que no conocemos tanto como pretendemos conocer. Creo que la situación de calle nos está obligando a muchas personas, sociedades, instituciones y profesionales a partir del desconocimiento. Hay como una crisis de imaginación sobre cómo abordar la situación. Es realmente preocupante y no es fácil la salida. Entonces, ¿qué consecuencias tendrán los imaginarios en potencia con respecto a esta situación? La situación de calle donde socialmente depositamos mucha invisibilización, mucho estigma. Y la célebre frase de que al psiquiatra no le toca, al médico no le toca, al trabajador social no le toca creo que hay que revisarla mucho, porque más bien le toca eso a cada quien, a cada institución y cómo coordinamos eso sin perder de vista la agencia, sin perder de vista a la persona, sin perder de vista sus colectividades más allá de lo que se ha venido sobrecargando a la familia y cuidando mucho la sobreinstitucionalización.

Espero haber más o menos trazado cómo es que venimos pensando el acompañamiento a un colectivo de personas que se organiza, que intenta organizarse con muchos problemas,

pero lo logra, aunque le pueda llevar diez años, y dentro de esa organización surge con mucha fuerza la necesidad de autocuidado, de cuidados y de cuidados no técnicos. Es eso lo que estoy investigando. Es todo lo que quería decir. Gracias.

Gustavo Diechtiar. Muchas gracias a los panelistas por los aportes. Abrimos el espacio de preguntas y respuestas.