

Foro académico Usos problemáticos de drogas: miradas y abordajes



Auditorio Mario Benedetti, Complejo Torre de las Comunicaciones
10 de diciembre de 2020



Uruguay
Presidencia



**Junta Nacional
de Drogas**
Salud, Libertad y Solidaridad

Foro académico

Usos problemáticos de drogas: miradas y abordajes

Auditorio Mario Benedetti, Complejo Torre de las Comunicaciones,
10 de diciembre de 2020



Uruguay
Presidencia



**Junta Nacional
de Drogas**
Salud, Libertad y Solidaridad

Autoridades

Dr. Rodrigo Ferrés
Prosecretario de la Presidencia de la República
Presidente de la Junta Nacional de Drogas

Dr. Daniel Radío Presta
Secretario General de la Junta Nacional de Drogas

Comité organizador del evento (SND)

Sr. Daniel Archondo, Sr. Eduardo Cannizzo, Psic. Ana Castro, Lic. Luis González, Lic. Diana Meerhoff, Lic. Gustavo Misa, Lic. Federico Montero, Lic. Gabriela Olivera, Lic. Verónica Paciello, Lic. Andrea Rizzo, Lic. Héctor Suárez.

Coordinación académica

Psic. Ana Castro

Moderador

Lic. Alfonso Arocena

Locución

Arq. Eleonora Navatta

Comunicación

Sr. Eduardo Cannizzo
Lic. Federico Montero

Coordinación de la publicación y revisión de textos

Lic. Gustavo Misa
Psic. Ana Castro

Colaboración

Lic. Alfonso Arocena
Lic. Denisse de Moraes
Lic. Victoria González
Lic. Andrea Rizzo
Lic. Rosina Tricánico
Arq. Eleonora Navatta

ÍNDICE

Prólogo	5
Presentación	7
Apertura	9
Esc. Beatríz Argimón, Vicepresidenta de la República.....	9
Dr. Daniel Salinas, Ministro de Salud Pública	10
Lic. Rodrigo Arim, Rector de la Universidad de la República	11
Cr. Roberto Brezzo, Rector Universidad de la Empresa Consejo de Rectores de Universidades Privadas.....	13
Dr. Daniel Radio, Secretario General de la Junta Nacional de Drogas	15
Ponencias	17
Dr. Bartolomé Pérez Gálvez	17
Prof. Dra. Amalia Laborde García.....	21
Dr. Fredy Da Silva Rodio	25
Mag. Leticia Aszkinas.....	29
Mag. Liria Ortiz	35
Prof. Dr. Juan E. Fernández Romar	37
Mag. Pablo Fielitz Gentili	39
Dr. Horacio Porciúncula.....	43
Prof. Mag. Hugo Rodríguez Almada	47

PRÓLOGO

Decíamos recientemente, en el marco del 64° Período de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, que estamos convencidos que no existe una única y universal solución para la problemática de las drogas, por cuanto no existe una sola y permanente realidad, sino que ésta cambia en el tiempo y según las regiones, los países y las comunidades. No existe, por tanto, una única respuesta universal.

La pluralidad de condiciones y causas, la propia dinámica de sus formas de constitución y manifestación, caracterizada y definida por la complejidad, exigen entonces que las lecturas de interpretación y las propuestas de intervención, estén en plena sintonía con esa naturaleza de complejidad. No existen las soluciones simples, no existen las soluciones fáciles ni rápidas.

Surge entonces el desafío de la participación. Participación mancomunada de múltiples actores, gobierno, sociedad civil, academia, agentes privados, todos los cuales tienen, a la vez, opinión y responsabilidad en la construcción de esas respuestas desde una visión multidimensional. La participación social en la construcción de estas políticas garantiza la incorporación de diversas miradas y la riqueza de las diversas teorías y contribuciones.

Desde esta perspectiva, y a partir de estas premisas, se define un objetivo insoslayable: las políticas de drogas deben asegurar a todos los ciudadanos y habitantes del país la protección de la salud, el acceso adecuado a información veraz y confiable, a programas de promoción de salud y de prevención así como a servicios de tratamiento e integración social de calidad. Y ese objetivo superior se persigue, no como un objetivo en sí mismo, sino como contribución a procesos de desarrollo más amplios de las personas, sean éstos sociales, económicos o culturales.

Sustentada en los principios fundamentales de Derechos Humanos, Desarrollo con Equidad, Integralidad y Equilibrio, Corresponsabilidad, Democracia, Evidencia Científica y Transparencia, Uruguay aprobó en junio pasado su Estrategia Nacional de Drogas para el período 2021-2025.

En ella se expresa la vocación de gobierno de proyectar las largas líneas de duración de una política que no tiene hoy un comienzo, sino que es fruto de múltiples esfuerzos que cuentan ya con décadas de trabajo y compromiso de numerosas instituciones y personas, plena y responsablemente involucradas.

Asimismo – y como se enuncia expresamente en la estrategia – es una política centrada en la persona humana. La perspectiva que hemos asumido es que la libertad inherente a la persona humana, no solamente confiere una condición ontológica diferencial, sino que además condiciona fuertemente la calidad y el cauce por el que habrán de transcurrir las determinaciones políticas, de manera tal, que éstas jamás puedan interferir con lo esencial de ser persona, evitando incurrir en intervenciones que promuevan la desnaturalización de la condición humana como tal. Allí radica el centro medular de nuestro compromiso.

En este proceso de construcción colectiva se entendió oportuna la realización del Foro Académico “Usos Problemáticos de Drogas: Miradas y Abordajes”, cuyas presentaciones y ponencias se incluyen en la presente publicación. El mismo, constituyó una prestigiosa instancia de intercambio y reflexión crítica, en un tema por demás sensible y de alta demanda en el escenario actual, con énfasis en las distintas modalidades de tratamiento y rehabilitación de personas con usos problemáticos de drogas.

No obstante, se dispone de rica literatura tanto a nivel nacional como internacional, se considera fun-

damental la profundización y problematización de los diferentes aspectos relacionados a la temática, por parte del ámbito académico, fomentando la producción y difusión de conocimiento científico, en permanente construcción.

Abordar la complejidad e integralidad de la temática y promover crecientes niveles de calidad y equidad en los servicios, impone una estrategia de trabajo interinstitucional, intersectorial e interdisciplinaria, en el cual la Academia tiene un rol decisivo.

Hemos tenido el privilegio de contar con la participación de destacados referentes de la Academia nacional e internacional, aportando valiosos insumos tanto desde la evidencia científica como desde su propia experiencia profesional. En este sentido expresamos nuestro agradecimiento a los integrantes de los paneles de Expositores y Comentaristas cuyo distinguido y sólido aporte, hicieron posible el logro de los objetivos propuestos por el Foro Académico.

Dr. Rodrigo Ferrés
Prosecretario de la Presidencia de la República
Presidente de la Junta Nacional de Drogas

PRESENTACIÓN

En setiembre de 2020, a partir del concepto de Salud Integral como eje integrador de los campos clásicos de prevención, tratamiento e inserción, el Secretario General de la Junta Nacional de Drogas (JND), Dr. Daniel Radío, propuso a los técnicos de la Secretaría Nacional de Drogas (SND), la realización de una actividad de presentación, análisis y debate de los principales enfoques sustentados por la Academia en materia de modelos de abordaje del tratamiento de usos problemáticos de drogas. A partir de esta propuesta se organizó en diciembre de ese año el foro cuyas presentaciones se incluyen en esta publicación. Al evento fueron invitados prestigiosos académicos del medio nacional e internacional, del campo de la medicina legal, toxicología, psiquiatría y psicología, varios de los cuales suman, a su desempeño académico, la experiencia de la clínica. La dinámica presentada contó con un panel de Expositores y otro de Comentaristas, quienes vertieron contenidos que se entienden altamente significativos respecto a los aspectos presentados.

Las presentaciones, comentarios y el posterior debate, fueron orientados por las siguientes preguntas guía:

¿Hay un solo camino para el tratamiento de los usos problemáticos de sustancias?

¿Qué evidencias existen acerca de la efectividad de las diferentes modalidades de tratamiento: residenciales, ambulatorias, diurnas, comunitarias?

¿Qué lugar ocupan los episodios de consumo (“caídas” y “recaídas”) en el proceso terapéutico?

¿Cuándo se considera necesaria la internación en los tratamientos de personas que presentan usos problemáticos?

APERTURA

Esc. Beatríz Argimón, Vicepresidenta de la República

Muy buenos días, autoridades, destacados asistentes a este especial evento. Cuando el director de la Junta me comentó y tuvo la amabilidad de invitar al Parlamento Nacional, inmediatamente le dije que para nosotros era prioritario asistir al inicio de este evento, al que le asignamos una vital importancia. Tampoco me sorprende que al poco tiempo de anunciarlo ya hubiera una cantidad importante de participantes dispuestos a formar parte de este evento por lo que significa el tema. Tema que hemos seguido en lo personal desde hace muchos años, y por eso yo estoy aquí en mi carácter de Presidenta de la Asamblea General, pero fundamentalmente para ratificar mi compromiso personal. Porque este es un tema donde todos tenemos que estar involucrados, todos tenemos que seguir de alguna manera los aportes que desde lo académico y desde la puesta en práctica de medidas, están llevando respuestas que son importantísimas para gran parte de nuestra sociedad, por no decir para toda la sociedad. Porque este es un tema donde debemos estar todos involucrados. Yo me resisto a que este tema lo consideren sólo quienes tienen por ejemplo consumo abusivo en sus familias. Este es un tema de todos sin lugar a dudas. Entonces el Parlamento Nacional tiene que estar a la altura de las respuestas que tienen que darse a nivel legal, pero también de acompañamiento institucional y social. Así que en lo institucional, por supuesto, que se sepa a nivel de Junta, a nivel de Ministerio de Salud Pública y de la academia, que estamos dispuestos a acompañar todas las instancias que sean necesarias, con las respuestas que institucionalmente un parlamento debe dar. Entre otras cosas, el involucramiento y la exhortación a que este es un tema donde todos tenemos que estar presentes y colaborando. Y en lo personal, hace un ratito alguien de una organización me comentaba que me conoció hace veintiocho años cuando yo era directora del hoy INAU¹, en ese momento INAME². ¿Saben qué? Éramos testigos de cómo avanzaba el consumo problemático de una sociedad uruguaya que miraba para el costado. Hemos percibido, gracias especialmente al trabajo de la academia, como se fue avanzando en el abordaje de este tema y de una sociedad que entendió que esto está presente y que debemos asumirlo. Pero todavía falta un mayor involucramiento. Así que en lo personal sepan ustedes que pueden contar conmigo. Muchas gracias por esta jornada de hoy.

1 Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.

2 Instituto Nacional del Menor, antigua denominación del INAU.

Sra. Vicepresidenta de la República, Beatríz Argimón, Sr Secretario General de la JND, Daniel Radío, Sr. Rector de la Universidad de la República, Rodrigo Arim, Sr. Representante del Consejo de Rectores de las Universidades Privadas, Roberto Brezzo , académicos, público en general, muy buenos días. Hoy nos convoca el Foro Académico sobre uso problemático de drogas. Miradas y abordajes, en lo que respecta a los diferentes modelos de atención y tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias. La verdad que es un honor estar frente a referentes académicos prestigiosos de nuestro país con una gran trayectoria, para compartir desde su expertise, las miradas y el abordaje que son y serán de gran utilidad para ensamblar con las políticas públicas y delinearlas. Uruguay desde larga data, en lo que respecta a políticas públicas, ha afrontado grades desafíos. En los últimos diez años en particular, en la Asamblea General sobre el problema de las drogas en UNGASS 2016³, donde se gira el abordaje de las políticas de drogas con una perspectiva de Derechos Humanos, de desarrollo sostenible y de salud pública, poniendo en el centro de la política a las personas. Tenemos que seguir construyendo caminos para un desarrollo de un sistema integral de prevención y tratamiento que vislumbre acciones de promoción de salud de los usos problemáticos de drogas, a través de estrategias integrales, transdisciplinarias e interinstitucionales que desarrollen y contemplen las habilidades y capacidades psicosociales en el ámbito educativo, laboral, comunitario y familiar. Para ello es necesario evaluar, actualizar, intercambiar y fortalecer las políticas públicas sobre drogas con un enfoque, como dijimos antes, en los Derechos Humanos. Tenemos ese compromiso de no profundizar en acciones que impacten en estigmatizaciones innecesarias, sino a contribuir a la plena inserción en el entramado social, por lo que debemos trabajar para que ningún uruguayo quede fuera de estas políticas. Como neurólogo realmente conozco de cerca el efecto deletéreo del consumo abusivo de sustancias, su efecto sobre la funcionalidad del sistema nervioso y sobre el mismo sistema nervioso desde el punto de vista orgánico, no solamente lo funcional sino lo orgánico. Entonces nos encontramos frente a un desafío que no se trata solamente de la capital, sino de llevar a nivel local, departamental, estas políticas, que se tienen que ensamblar a nivel de las direcciones departamentales, con las juntas departamentales y con las intendencias y juntas locales, porque esto ya dejó de ser un problema capitalino o metropolitano, para ser un problema social nacional. Felicito a la Junta Nacional de Drogas y a todos los participantes por dedicar este tiempo al intercambio que ha estado presente en la agenda pública y que a pesar de la pandemia del Covid 19, sigue estando en la agenda y escuchar y aprender de lo que va a ser el abordaje, también, de esta problemática en el primer nivel de atención, la Red Nacional de Drogas y el plan Ciudadela que ya hace tiempo que está en camino. Así que deseándoles una buena jornada y aprendiendo de ustedes y de sus aportes es que vamos a participar de esta jornada en forma institucional como ministro de Salud Pública. Muchas gracias.

3 Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York en abril de 2016.

Buenos días. Antes que nada. Vicepresidente de la República, Ministro de Salud, Dr. Daniel Radío, gracias por la invitación de estar presente en este ámbito y en este momento tan particular para Uruguay, en un Foro que discute problemas de largo plazo en un contexto en donde estamos agobiados por el corto plazo. Permítanme hacer algunas reflexiones generales sobre el rol de la Universidad, de las universidades y la academia en un contexto tan particular de las políticas públicas. Posiblemente en pocas áreas de las políticas públicas se corren más riesgos que cuando hablamos de drogas en términos de la construcción de prejuicios y en términos, también, de lo que no sabemos, de la ignorancia, de esa frontera del conocimiento que la humanidad, y las universidades en particular, intentamos correr sistemáticamente para el uso público, pero donde todavía tenemos mucho que no sabemos. Y reconocer lo que no sabemos es parte de construir agendas de investigación y de articulación de la vida universitaria con las políticas públicas. En el caso de las drogas en sus distintas facetas, por supuesto incorporando el problema del uso abusivo o del uso problemático, se mezclan y se cruzan disciplinas. Por supuesto las ciencias básicas y las ciencias de la salud, mucho tienen que decir hoy, mucho saben sobre los efectos que puede tener el consumo de distintos tipos de sustancias sobre la salud, sobre el funcionamiento físico, sobre el funcionamiento psicológico de las personas, sobre su inserción social. Pero también la investigación clínica avanzando sobre cuales son las mejores estrategias para afrontar los problemas de consumo problemático. O las áreas vinculadas a las ciencias sociales. Este es un problema sociológico y antropológico en el sentido más profundo del término, muy presente a lo largo de la historia de la humanidad, y comprender sus raíces y sus dinámicas sociales es también un insumo imprescindible para poder trazar cualquier estrategia que apueste al bienestar general, entre otras cosas el bienestar de cada uno de los ciudadano y sus espacios de independencia y libertad, que presupone, también, no caer en circunstancias de dependencia del consumo. Tiene que ver, también, con la economía, de donde vengo. Una de los pocos aspectos donde la economía tiene ciertos consensos fuertes es que cuando existen rentas económicas extraordinarias - y los mercados negros lo generan - y son de largo plazo, los problemas sociales de largo plazo también se reproducen en otras áreas. Por tanto, no ya de quien consume, sino de los incentivos que se generan en el entramado social, también pensar el problema del consumo problemático y su inserción en el conjunto de las políticas públicas requiere una mirada multidimensional. Uruguay creo que ha avanzado en este plano, hemos avanzado, también, en muchos aspectos con las mejores prácticas internacionales, entre otras cosas no criminalizar el consumo. Eso es algo que no es reciente en Uruguay. porque tiene que ver con lo que planteaba el ministro de salud pública. Tiene que ver con asumir el problema desde un punto de vista del bienestar de la persona y su contexto y de construir herramientas de políticas que vayan en ese encuentro. Por lo tanto discutir y debatir en este espacio, para nosotros es clave en la Universidad de la República y ponemos a disposición todas las capacidades que la institución tiene. Sigue siendo el 80% de la investigación del país en las distintas áreas, para poder avanzar

en esta dirección. Aquí hay un elemento muy importante desde el punto de vista de la construcción de políticas públicas y del vínculo universidades - políticas públicas. Que es evitar los vínculos espasmódicos, la demanda inmediata, la inmediatez de una respuesta. Solemos hacer mal las universidades en el Uruguay y en el mundo este tipo de respuesta. Pero solemos ser muy buenos cuando intentamos formular preguntas sobre áreas donde todavía no sabemos y queremos avanzar, y logramos alimentar las políticas sin dar respuestas absolutas. Porque en la ciencia tampoco existen respuestas absolutas. Finalmente el diseño de la política depende de las estructuras políticas. Quienes generamos conocimiento, las instituciones que somos responsables en las sociedades contemporáneas de conocimiento, debemos aportar insumos, levantar prejuicios y dar información válida para construir políticas sanas para el futuro. Y fundamentalmente para nuestros jóvenes que son una población particularmente vulnerable a estas circunstancias. Así que muchas gracias por la invitación y es un gusto estar con ustedes.

Un saludo a la Sra Vicepresidenta y al Sr. Ministro de Salud, al Decano de UDELAR, Rodrigo Arim y al Secretario de la Junta Nacional de Drogas, que también ha hecho posible esta reunión. Para nosotros es especialmente importante poder participar y sumarnos a los esfuerzos de la academia que están participando en esta reunión. Es importante por varias razones. En primer lugar porque valoramos mucho el enfoque que la Junta Nacional de Drogas está dando a las políticas en la materia. Un enfoque multidimensional que incorpora los enfoques más modernos en la materia y realmente tiende a analizar la complejidad del tema y evitar las simplificaciones que han llevado al fracaso en el pasado a distintas instituciones. Para las universidades, o para nuestras universidades por lo menos, es sumamente importante esta oportunidad porque en nuestra misión está el colaborar con la sociedad y con la comunidad en la cual actuamos. Pensamos que este es un problema de gran importancia para dicha comunidad. Los académicos tenemos mucho para aportar. Yo creo que lo que está sucediendo hoy en día con la pandemia y la participación de académicos a través del GACH⁴ muestra como la colaboración entre la academia y los sectores de las políticas públicas enriquece totalmente los resultados y es sumamente positiva para todas las partes. Así que este paso para nosotros es muy importante y es especialmente importante para este tema dado que según las encuestas más recientes en la materia, el grupo más afectado por el consumo de drogas es el grupo etario entre 18 y 35 años, que es precisamente el grupo que abarca los estudiantes de las universidades. Entonces le damos especial importancia a poder actuar en este tema. Y nos gustaría además, y le ofrecemos desde ya a la Junta la posibilidad de continuar actuando. Recordar que Uruguay ha aportado enfoques muy novedosos en algunos temas que han sido sumamente positivos, como la lucha contra el tabaco, como la innovación que se hizo en el caso de la marihuana, como ahora esas iniciativas que hay en materia de alcohol. Y todos esos merecen quizá, análisis y evaluaciones permanentes para ver como van los resultados en el tiempo. Y ahí también los académicos, creo, todos podemos colaborar y ayudar a generar nuevos aportes que sean valiosos para las políticas públicas. En síntesis, las universidades que estamos incluidas en el Consejo de Universidades Privadas estamos dispuestos y deseosos de poder seguir colaborando con estos esfuerzos y ponemos todos nuestros recursos a su disposición con mucho gusto. Muchas gracias por la invitación y quedamos entonces a vuestra disposición.

4 Grupo Asesor Científico Honorario creado por el gobierno de Uruguay para asesor sobre abordaje de la pandemia de Covid 19.

Las patologías del consumo son una problemática de estos tiempos porque la sociedad contemporánea se rinde ante el altar del consumo. Esto no implica un juicio de valor respecto al hecho de consumir. Y ni siquiera pretende escudriñar en cuanto hay de trivial en ese incremento del consumo. A lo mejor sí, esto se relaciona con el creciente desarrollo de una cultura que exagera lo fugaz de la existencia: desplazamos los libros por las revistas, las revistas por el clic de un mouse, las letras de una novela por las imágenes de una telenovela, que tan solo un rato más tarde vamos a poder, virtualmente, protagonizar interactuando con la pantalla. Corremos, aunque no queramos en un tiempo cada vez más frágil. Antonio Machado escribía “Hoy es siempre, todavía”. Probablemente por estos días escribiría: “Si hoy es siempre, todavía no me alcanza”. Los Beatles son petróleo. El rock and roll ya era. Podríamos exhibir el esqueleto de Eduardo MATEO⁵ en un museo de historia natural. Lo posmoderno se va quedando permanentemente antiguo. Y todos nosotros vamos a estar meciendo el recuerdo de este mismo Foro Académico dentro de unas pocas horas. Hay un perenne e incandescente agotamiento y una extinción perpetua e instantánea de cualquier cosa que hubiéramos creído valiosa y duradera. Y para peor todo es descartable. Entonces consumimos. Nos consumimos el planeta. Nos consumimos. Pero paralelamente, de alguna manera más o menos clara, más o menos compleja, la sociedad se ha venido transformando progresivamente, en un ámbito generador de vínculos tóxicos: con otras personas, con el juego, con la tecnología, con las sustancias. Pero en todo caso, ni el juego, ni la tecnología, ni las otras personas, ni las sustancias, son el diablo. Sería más fácil si pudiéramos focalizar todas las responsabilidades sobre un elemento único. Algo diabólico. Algo externo. Algo que nos viene de afuera. Algo de lo que somos completamente inocentes como personas o como comunidad. Algo que en medio de la profundidad de las sombras de la noche nos toma por sorpresa. Sería más fácil, porque entonces podríamos aproximarnos al “problema de la drogas” con una suerte de abordaje quirúrgico: hay que extirpar el mal. Me temo que la solución no es tan fácil. Hasta ahora -y desde hace por lo menos algunos milenios- no hemos sacado las drogas del menú. Ni siquiera la “guerra al narcotráfico” con todos esos recursos que podríamos utilizar para la prevención y para el tratamiento, con todo el despliegue policial, militar y económico, con todos sus miles de millones de dólares diarios quemados por el mundo, ni siquiera, ha determinado una disminución de la oferta. Al contrario. Combatimos el comercio, los precios aumentan, el negocio es más rentable, y la disponibilidad es cada vez mayor. Esto pasa en Uruguay, con las leyes de nuestro país. Y pasa en Chile, en Colombia y en México, con las legislaciones más diversas. No es por ahí. Tenemos un problema de verdad para resolver y tenemos la permanente tendencia a apelar a soluciones mágicas. Y tenemos los magos. Porque este es un lugar propicio para la concurrencia de aspirantes a profeta, que algunas veces son meramente voluntaristas, pero otras, además, medran con el sufrimiento de las personas, las instrumentan, se aprovechan de los dolorosos y frustrantes fracasos terapéuticos, pro-

5 Músico y compositor uruguayo (1940 – 1990).

mueven soluciones universales –diseñadas a la medida de sus prejuicios- y en general tienen un importante componente autoritario. Este es un lugar propicio para la concurrencia también de aquellos que creen que ven más allá que el común de los mortales; de los que son proclives a desestimar cualquier logro parcial que les distraiga de su interpretación maniquea de las soluciones. Siempre es todo o nada. Siempre es todo blanco o negro. Este es un lugar propicio para la concurrencia de aquellos que no pueden controlar su tendencia a utilizar expresiones estigmatizantes y simultáneamente son propensos a ignorar los derechos de los usuarios, o de los pacientes. De aquellos que se apuran a explicar el deterioro físico y psíquico de una persona, a punto de partida del potencial adictivo de una sustancia, minimizando las causas que nos empujan al consumo -a todos los consumos- y particularmente minimizando la etiopatogenia del uso problemático de drogas, que es solo un capítulo del consumo. Este es un lugar propicio para la concurrencia de aquellos que no tienen ningún reparo en revictimizar a quienes ya bastante tienen con su padecimiento, y que pretenden atribuir las adicciones -en lo que es un esbozo de razonamiento tan elemental como des- acertado- a una presunta enfermedad de la voluntad. “Son débiles de voluntad” postulan desde su atalaya de superados, con el mero pretexto paternalista de que “pobrecitos, nadie hace nada por ellos”. Un lugar donde concurren quienes sin ninguna vergüenza postularían que la mejor clínica cardiológica es aquella cuyo jefe orientador es portador de una insuficiencia cardíaca crónica, porque nadie como él sabe y comprende el sufrimiento de quien padece una cardiopatía. Un lugar para predicadores frustrados. Gente con tiempo libre y facilidad de palabra que se regodea en la promulgación de una dicotomía, tan artificial como improductiva. De la dicotomía entre el reino de los puros por un lado, donde los cuerpos están despojados de injerencias espurias y, del otro lado, el desprecio para quienes tienen una mirada sistemática, no puntual, y la descalificación apocalíptica de los muchos esfuerzos, siempre insuficientes, de todos aquellos que todos los días se ponen el mameluco, o la túnica, y salen a transitar la aventura de un proceso: el proceso salud enfermedad, de nuestro prójimo. Pues bueno, yo creo que necesitamos otra cosa. Cuando los usos de sustancias son problemáticos, constituyen una patología, y como tales deben ser encarados. Y por lo tanto es deseable que las terapéuticas ensayadas tengan evidencia científica que las respalde. Con la premisa de que los problemas complejos no admiten soluciones fáciles. Con la premisa de que esta es una patología con una alta prevalencia y con un alto índice de fracaso terapéutico. Sabiendo que el trayecto entre los usos problemáticos de drogas, las disfunciones familiares y la exclusión social se recorre por avenidas que se transitan en ambos sentidos. Tal vez en lugar de exorcizar al demonio, tal vez en lugar de extirpar, en lugar de sacar, deberíamos preguntarnos qué hay que poner.

En lugar de encapsular el problema, de aislarlo, de sacárnoslo de delante de los ojos, tal vez tenemos que abrir los ojos e indagar cuánto análisis se necesita. Cuánta acción promocional. Cuánto aporte técnico multidisciplinario. Cuánto trabajo intersectorial. Cuánto compromiso. Y cuánta inteligencia. Y por eso convocamos a quienes hoy nos acompañan y jerarquizan esta actividad. Porque queremos sumar el trabajo y los aprendizajes. Porque además de continuar desarrollando un trabajo que por lo menos permita mitigar esas situaciones desbordantes, desgarrantes y angustiantes para los consumidores problemáticos y para su entorno familiar y social más próximo, además, no estamos dispuestos a despreciar los saberes de la academia. Y por eso convocamos a quienes hoy nos acompañan y jerarquizan esta actividad. Para que permanentemente repensemos todos, sin prejuicios, nuestra percepción del tema. O, mejor dicho, de los temas. De las drogas, de las prohibiciones y de las desprohibiciones, de la toxicidad de las sustancias y de la toxicidad de nuestra manera de relacionarnos con las sustancias. Y de nuestra manera de relacionarnos con muchas otras cosas, con las que también podemos generar vínculos tóxicos.

PONENCIAS

Dr. Bartolomé Pérez Gálvez,

Médico Psiquiatra. Cinco Masters Universitarios en relación a Adicciones y Salud Mental. Director de la Unidad de Alcoholología del Hospital Universitario San Juan, España.

Quiero agradecer la invitación de poder estar otra vez compartiendo con compañeros de Uruguay esta temática. Y antes de nada celebrar las preguntas que se han elegido, que bajo mi experiencia ya un tanto extensa considero que son muy apropiadas. Presentarme previamente. ¿Qué hace un español en esta situación? ¿Quién es Bartolomé Pérez? Yo llevo ya una experiencia de 30 años, empecé por ONG, he estado en la clínica como psiquiatra, que es lo sigue siendo, profesor de psiquiatría. Y quizás lo que también puedo aportar de forma importante es la experiencia de diez años como Director General de drogas en mi comunidad, la Comunidad Valenciana, en donde tuve la maravillosa experiencia de predicar lo que al final siempre intento predicar, que es integrar el asistencia sanitaria al drogodependiente dentro del sistema sanitario público. Por eso decía que las preguntas me gustan, especialmente empezaremos con la primera. Yo quería hacer una serie de reflexiones precisamente para luego comentar y discutir. ¿Hay un solo camino para el tratamiento problemático de sustancias? Bueno, entiendo que la pregunta ya lleva su respuesta y evidentemente es no. Pero yo quisiera, como decía, hacer algunas reflexiones. En primer lugar plantearnos por qué vamos a llegar al no. En primer lugar porque la necesidad del tratamiento exige que sea integral e integrado. Cuando decimos integral e integrado, que son palabras muy bonitas, como disciplinar, interdisciplinar, todas esas palabras que nos encantan tanto a los que hemos sido políticos en esta materia. ¿La realidad cuál es? Integral en el sentido que no podemos abordar jamás las drogodependencias, o el problema de la persona en concreto, como un asunto biológico o psicológico o social, debemos abordar las tres áreas, pero integrado también, en tanto y cuanto, lo que no podemos es ofrecer un tratamiento donde en un tiempo se atiende lo biológico, luego lo psicológico y luego lo social. Por tanto es un problema integral, pero que exige una respuesta integrada al mismo tiempo. Segundo aspecto importante para llegar a la conclusión de que no hay un sólo camino. Recuerden los niveles de tratamiento, creo que ese es un error que se comete en todo el mundo. Me gusta mucho la intervención del Dr. Radío, y una cosa que luego volveré a insistir, hablar que son patologías y efectivamente como patologías debemos atenderlas exactamente igual que otras enfermedades. El nivel primario es donde tiene que estar el nivel especializado y el nivel terciario. Por tanto, recordemos los niveles de tratamiento que, en este caso, la CICAD⁶, por ejemplo, viene preconizando desde hace varios años. Vamos a tener tratamientos distintos porque vamos a tener niveles distintos de tratamiento. Algo importante, y que lo he vivido en la reforma de la RED debo decirlo. Adaptemos la oferta a la demanda. Esto es algo muy importante. Hablaba el Dr. Radío también, y estoy plenamente de acuerdo con él, no es que Uruguay sea tierra de predicadores, entre otras cosas que ha dicho, En drogas todo el mundo predica, todo el mundo dice sus opiniones y lo lamentable es que no estamos adaptando la oferta que damos a la demanda que tiene la gente. Dicho de otro modo, trabajamos con modelos antiguos intentando mantener esos modelos, cuando posiblemente las necesidades del usuario, paciente,

6 Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, OEA.

sean totalmente distintas. Finalmente todo ello es un continuum terapéutico, si tenemos que atender integralmente e integradamente a las personas con problemas de drogas, debe ser continuado. Por tanto, no hay un solo camino, sino hay una orden de caminos dependiendo de las necesidades de cada persona. Segunda pregunta ¿Qué evidencias existen acerca de la efectividad? Antes de hablar si existen evidencias tenemos que pensar ciertos contextos, contextualizar. Hay deficiencias cuantitativas en evaluación de recursos. Dicho de otro modo, hay pocos estudios realizados, pero hay muchos, si entendemos por muchos decenas, pero realmente todavía falta evidencia. Hay errores cualitativos muy importantes en los estudios, hay sesgos de homogeneidad de recursos, por ejemplo, vamos a evaluar si es efectivo el tratamiento ambulatorio. Y consideramos por tratamiento ambulatorio igual el que da un recurso o brinda un tratamiento con mucho profesional y el que no lo tiene. No podemos poner igual un centro con el otro. Hay problemas de sesgo de los beneficiarios, evidentemente si una muestra está sesgada, porque tiene más comorbilidad psiquiátrica, dará peor resultados que en la otra. Por lo tanto los recursos no son tan fácilmente evaluables a efecto de evidencia, a no ser que homogeneizemos más las muestras, el tipo de recursos y la propensión de las personas y de las Instituciones a elegir un recurso u otro. Hay buenos estudios de eficacia individuales, hay terapias que no hay duda que tienen una evidencia científica sobradamente contrastada: la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual, el manejo de contingencias. Pero en cambio en los estudios comparativos ya hay fallos, ahí faltan algunos estudios. Hay una importante variabilidad de resultados. Si recurrimos a revisiones sistemáticas o al meta análisis vemos que siempre hay variabilidad, no hay una congruencia o una consistencia, perdón, de los resultados, porque hay mucha variabilidad de cada estudio individual. Yo creo que, independientemente de afirmar claramente que existe evidencia de la efectividad de técnicas concretas no de tipo de recursos, lo que habrá que plantearse es si la cuestión es encontrar los mejores o los más adecuados a cada momento y cada tipo de paciente. Tercera y muy interesante pregunta: ¿Qué lugar ocupan los episodios de consumo, las caídas y recaídas en el proceso terapéutico? Partamos de dos conceptos que también tenemos que poner encima de la mesa antes de responder. El concepto de enfermedad crónica y recidivante. Si la enfermedad es crónica y recidivante es lógico esperar que tendremos recaídas. Es algo que a mis alumnos me gusta mucho incidirles, comparemos siempre las adicciones a las drogas con la hipertensión, con el asma o con cualquier otra patología crónica. Si una persona tiene cinco días con valores elevados de tensión a lo largo de un año, si preguntamos, nos dirán que la evolución ha sido buena, ha tenido sólo cinco días malos. Si una persona adicta consume cinco días a lo largo de un año, lo habitual es que digan que es un fracaso, es exactamente lo mismo, la persona con hipertensión tendrá caídas y la persona que consume drogas también tendrá caídas y la evolución no tiene por que ser negativa. Diferenciamos también lo que es caída en el consumo, de lo que es recaída, volver al patrón problemático de consumo. Son aspectos importantes. Por supuesto que las caídas y las recaídas son parte del proceso terapéutico, hasta el extremo que significa una ventana de oportunidad en el tratamiento, aporta un material muy bueno en la psicoterapia, podemos estar viendo cuales son, generalmente, los factores de riesgo que no se han trabajado adecuadamente o que todavía están pendientes de poderse afrontar de forma más correcta. La internación o el internamiento es un aspecto problemático en materia de tratamiento. Nos preguntamos ¿Para qué internar y dónde? Porque por internación yo puedo entender un ingreso hospitalario para desintoxicar, caso de alcohol, caso de heroína, en menor medida de cocaína y marihuana, para afrontar el cuadro de intoxicación y el síndrome de abstinencia, pero también puedo entender como internación un ingreso rehabilitador en comunidad terapéutica. Es aconsejable que distingamos los dos conceptos Un internamiento para desintoxicación de heroína se puede hacer en tres o cinco días como mucho, y en alcohol siete a diez días, o un ingreso para internar con el fin de mantener un tiempo largo de

rehabilitación como es una comunidad terapéutica, esa primera diferencia. Por tanto, según de que estemos hablando en cuanto a internamiento, hablaríamos de un internamiento, insisto, agudo hospitalario y un internamiento rehabilitador comunidad terapéutico, son criterios distintos evidentemente. La Comunidad Valenciana, en la que me encuentro, que equipara a algunos países por volumen, 5.000.000 de habitantes, tenemos un sistema sanitario público que tiene integrada atención a drogodependientes, yo trabajo en una unidad de este tipo. Atendemos anualmente a 12.000 – 14.000 índice de tratamientos. Apenas el 5% de los pacientes drogodependientes en mi comunidad precisan un ingreso en un hospital para desintoxicarse y apenas un 5%, como mucho un 10% en comunidad terapéutica. Estos datos evidentemente son, porque hay una RED de casi cuarenta unidades ambulatorias potentes. ¿Qué pacientes enviamos a cada caso? Yo no voy a remitir a desintoxicar a un hospital con el costo que significa y el problema que significa para el paciente, a una persona que no tenga un riesgo añadido. Por ejemplo: jamás enviaría a desintoxicación a quien no tenga o se espere una complicación orgánica en la desintoxicación o que tenga un episodio psicótico. En una comunidad terapéutica yo no voy a quitar la plaza a quien de verdad le hace falta, enviando a una persona que simplemente va pues por estar allí más tiempo. Enviaré los casos que necesitan aislamiento de su hábitat habitual y necesita estabilizar la abstinencia durante meses. Por lo tanto los criterios de internamiento en hospital para desintoxicar son cuando la persona tiene complicaciones previsibles, porque tiene una historia clínica compleja y el rehabilitador, en comunidad terapéutica, ve que la persona necesita estar alejada de su hábitat durante unos meses. Cierto es que hay otros criterios extensos, pongo entre comillas. Ahora en Navidad es normal que veamos personas que pueden tener algunos problemas familiares y aunque no sea un criterio de ingreso hospitalario se puede hacer o para personas que han fracasado a nivel ambulatorio y que hace falta una contención, aunque no haya una necesidad médica orgánica claramente. Esos son los criterios con los que solemos manejarnos. Voy concluyendo incluyendo unos aspectos que yo quería añadir a las cuatro oportunas preguntas que encontraba. Yo se que es un tema complicado, es un tema conflictivo y de hecho se ha comentado en la presentación de la jornada y es que tenemos que plantearnos cual es nuestra postura clara respecto a la voluntariedad de los tratamientos, a los tratamientos obligatorios y a los cuasi obligatorios. Clínicamente creo que no debemos olvidar que de poco sirve obligar a una persona a tratamiento. Si una persona hace algo contra su voluntad, evidentemente el fracaso del tratamiento es prácticamente seguro. Por tanto estas posturas que a veces se oyen de obligar porque si, a una persona mayor de edad con sus derechos, además, a iniciar un tratamiento, creo que debe ser revisado. Cualquier profesional que trabaje bajo una perspectiva motivacional es muy consciente de que lo que tendremos que hacer en ese caso es trabajar la motivación, pero por supuesto evitar un internamiento, por poner un ejemplo, en una comunidad terapéutica. Claro que hay que trabajar, deben seguir un tratamiento a nivel ambulatorio con ese fin de motivación, pero no un tratamiento con el fin de ingresar en un centro residencial. Los tratamientos cuasi obligatorios que entiendo por ellos, donde hay una contraprestación de algún modo. Si usted va a tratamiento, usted va a recibir algo, por ejemplo, se le quita la pena judicial. Esos tratamientos yo creo que si son evidentemente de justicia, pero los tratamientos en situaciones normales deben ser voluntarios, exceptuando, por supuesto, aquellos que se justifiquen por causa psiquiátrica mayor, como puede ser un brote psicótico. Otro aspecto que yo creo es muy importante es que no caigamos en el error de introducir en el mismo paquete adictos y consumidores de drogas. El caso de la marihuana, yo creo que es especialmente importante. No podemos saturar los centros de tratamientos de personas por el mero hecho de consumir. Otra cosa es que el consumo se convierta en problemático o que haya un patrón de adicción claramente. He visto países donde no se atiende a un alcohólico con una dependencia de alcohol importante, con delirium tremens o cirrosis y en cambio se atiende a una persona

porque se fuma un cigarrillo de marihuana. Creo que debemos ser muy estrictos en los criterios diagnósticos a la entrada de los pacientes. Otra cosa distinta es que realicemos una intervención precoz, paralelamente, a este tipo de consumidores. Tengamos cuidado, creo que también se ha comentado en la introducción a la jornada, con el riesgo reduccionista y también lo he comentado al principio. Como decimos en la canción se hace la boca agua, al hablar de multidisciplinar, inter tal, pero luego acabamos siendo biologicistas, psicologistas o con una perspectiva exclusivamente social. Yo recuerdo de mi maestro, cuando empecé a formarme en psiquiatría que me decía: “mire, venimos de una época psicologista, estamos en una época social y queremos una época biologicista, preocupense ustedes de las tres cosas, si no, no sea psiquiatra. Creo que esto es importante, en el campo de las drogas. Cuidado, porque cuando oigo discursos exclusivamente psicológicos: MALO; cuando oigo discurso de que el problema de las drogas es un tema social, como si sólo lo fuera: MALO y cuando vienen los laboratorios a tocar la puerta y quieren solamente fármacos: MALO. Debemos seguir luchando por tener ese enfoque triple. Pero triple cada uno de nosotros, no solamente los profesionales sociales en lo social, los psicológicos en lo psicológico y los biológicos en lo biológico. Sino que todos tengamos esa visión triple. Finalmente quiero concluir. Yo hace años que vengo predicando, a veces en el desierto. Pero tengo la impresión que Uruguay precisamente, y tengo una impresión fundada en datos, no es en el desierto lo que voy a decir. Y menos por lo que he podido entender que había por debajo de la intervención del Dr. Radío, creo que tenemos, no que luchar por la equidad asistencial, sino exigir la equidad asistencial. Efectivamente son patologías. Si son patologías debemos atenderlas exactamente igual que otro tipo de enfermos. No es congruente, no es humano, no es legal, no es ético, no es lo que ustedes quieran, que una persona por tener un problema de alcohol o con otro tipo de drogas no sea atendido en las mismas condiciones que se atiende si es hipertenso. Es el A+B de las políticas de drogas bajo mi punto de vista. Si no conseguimos integrar la asistencia sanitaria drogodependiente con esa visión que decía triple, multidisciplinar, dentro del sistema de salud, difícilmente avanzaremos en esta materia y sobretodo seguiremos estigmatizando, porque nada peor hay, para estigmatizar a una persona, que excluirle de los derechos que tiene en su condición de enfermo. Por mi parte concluyo y estaré encantado de debatir con ustedes. Muchísimas gracias.

Prof. Dra. Amalia Laborde García,

Médica, Especialista en Toxicología Clínica. Profesora Médica, Especialista en Toxicología Clínica. Profesora Titular Gado 5, Directora Departamento de Toxicología del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Udelar. Centro colaborador de OPS-OMS en Toxicología Ambiental Humana. Miembro del Comité Académico del Diploma sobre Políticas de Drogas, Regulación y Control, Espacio Interdisciplinario, Udelar.

Buenos días a todos y a todas. Muchas gracias por invitarnos a participar en este foro - debate sobre uso problemático de drogas. Mi presentación está guiada por estas cuatro preguntas que nos enviaron y nos permitieron, de alguna manera, detenernos a reflexionar a partir de ellas, desde una mirada particular que es la mirada desde una atención en un hospital general en donde nuestro vínculo asistencial con los usuarios de sustancias psicoactivas es mucho más desde la oportunidad de acompañar un proceso terapéutico que desde la voluntad manifiesta de abandonar el consumo. Cuando reflexionamos, y en ese sentido agradezco mucho la presentación del doctor Pérez Gálvez, porque realmente estableció un marco conceptual con el que estamos en total sintonía y que, de alguna manera, guía nuestro propósito de trabajo en el hospital. Cuando hablamos de cuáles son las modalidades o intervenciones de tratamiento para estas personas usuarias de drogas, o usuarios problemáticos, o personas que tienen trastornos por el uso de esas sustancias, en realidad hay múltiples clasificaciones sobre esas modalidades terapéuticas que a su vez se dividen en una rama de técnicas o abordajes específicos pero que están en el entorno de, obviamente, del abordaje psico-social básicamente como un enorme pilar y también otros abordajes como el farmacológico, etc. En esta publicación de la Organización Mundial de la Salud de Naciones Unidas (OMS), establece esta clasificación que simplemente la traje porque tiene los cuatro aspectos fundamentales, el abordaje comunitario, los tratamientos ambulatorios, los tratamientos de internación de corto plazo y los tratamientos de internación a largo plazo. En realidad, como ya se mencionó, no tenemos certezas, tenemos muchas más incertidumbres que certezas sobre cuáles son los tratamientos de mayor efectividad. Y seguramente esa incertidumbre vaya a recorrer un largo camino antes de que tenga alguna respuesta, porque justamente como se mencionó, no hay dos personas que tengan exactamente el mismo problema, que consuman la misma sustancia o las mismas sustancias y que tengan trayectorias tan similares como para que podamos encontrar respuestas que no sean aquellas que estén enfocadas en la persona y su problema de salud. Las modalidades terapéuticas combinadas las que tienen una interacción multidisciplinaria, el enfoque cognitivo - conductual, el involucramiento de allegados y algunas intervenciones farmacológicas, han mostrado tener mejores resultados que otras. Pero estos estudios, alguno de los que menciono aquí, son estudios de revisiones narrativas o revisiones sistemáticas que abordan entre cincuenta, sesenta, trabajos que evalúan efectividad, pero en realidad hay una enorme variabilidad de ambientes de consumo y también de tipo de sustancia. Y en estos trabajos es interesante que, quizás porque provienen de otras partes del mundo, tienen una mirada muy ligada a la epidemiología de otros países, por ejemplo sistemáticamente encontramos estudios sobre el consumo de opiáceos que en nuestro país, y en una reciente investigación realizada en el Hospital de Clínicas, muestra que es un tema más limitado en comparación con lo que es el uso de alcohol y cocaína. Y por otro lado también reflexionamos y entendemos, con una mirada autocrítica, que no tenemos indicadores definidos, consensuados, y tenemos pocas herramientas, o hemos utilizado pocas herramientas para evaluar efectividad. Hay también algunas revisiones sistematizadas

que muestran la gran variabilidad de instrumentos que se utilizan para medir esta eficacia y por lo tanto parece necesario que a nivel nacional tengamos que ponernos a trabajar también en ese aspecto, de desarrollar, adaptar, consensuar indicadores e instrumentos para medir esa eficacia. De esa manera también nos permitiría no sólo revisar nuestras prácticas, sino también nos permitiría explorar nuevas metodologías. Me animo a comentar que en este año de pandemia en el que todos hemos visto desde una ventana diferente nuestra vida y nuestro trabajo, también aprendimos la posibilidad de hacer acompañamiento terapéutico, incluso telemedicina. Y entonces uno piensa que para explorar estas nuevas tecnologías y estas nuevas metodologías en algunos de los aspectos de tratamiento o de los abordajes en uso de drogas podría ser analizado siempre y cuando pudiéramos tener definido previamente esas herramientas y esos indicadores. Cuando se considera necesaria la internación en los tratamientos, en realidad solamente tengo una lectura de algunos aspectos. Unos basados en esta misma publicación de OMS en la que plantea que los servicios de tratamiento residencial o a largo plazo, de internación a largo plazo, están restringidos a un grupo de personas usuarios de drogas problemáticas y ya con repercusiones, comorbilidades que no han mostrado respuesta, no han podido responder a tratamientos ambulatorios, tratamientos farmacológicos, etc. Pero también en esta reflexión nos vino a la mente que tenemos una nueva Ley de Salud Mental, en la que cuando hablamos de pacientes que tienen un trastorno por uso de sustancias que consideramos una patología del área de la salud mental, la hospitalización está considerada justamente como un recurso terapéutico de carácter restringido. Y creo que también ese es un tema que debemos seguir analizando. Entonces nosotros desde un hospital obviamente la palabra “internación” tiñe lo que hacemos. Pero quería presentarles someramente un programa de este hospital que nace en el 2011 y que está en pleno desarrollo que es el Programa de apoyo al usuario de drogas hospitalizado. Este programa surgió de alguna manera a partir de una demanda. Si. Fue la reacción a una demanda, a una situación de violencia generada dentro del equipo asistencial con un paciente usuario de drogas en ese momento, con una descompensación psiquiátrica en el que nosotros elaboramos en conjunto con la clínica psiquiátrica, con Psicología Médica, un programa de atención integral al usuario de drogas en ocasión de su internación por causa médica, quirúrgica, obstétrica, pero no necesariamente porque el paciente solicite la atención de su consumo, sino porque tiene una patología que requiere un proceso terapéutico y este programa acompaña ese proceso terapéutico y tiene como cometido que ese proceso pueda completarse y para eso se acuerda con el paciente una abstinencia que permita completar ese tratamiento pero no es un tratamiento de rehabilitación, ni siquiera de desintoxicación, aunque muchas veces la desintoxicación es un proceso inherente a ese proceso de cuidado del paciente para que pueda completar su tratamiento médico, quirúrgico, obstétrico. Por lo tanto comparte algunos principios con el paciente internado de corto plazo incluyendo la desintoxicación y de alguna manera fue inspirador de un proyecto basado en proyecto ERICA (Equipo de Respuesta Inmediata ante Crisis de Adicciones) que fue presentado en 2013 en la Junta Nacional de Drogas porque de alguna manera tenía estos puntos de contacto que permitieron también inspirar ese proyecto. El programa realiza el cuidado las veinticuatro horas de esa persona que consume drogas pero además requiere un proceso terapéutico y ese cuidado inicialmente es para justamente manejar y asistir las potenciales complicaciones de esa internación, que son el *craving*, el deseo compulsivo de consumir, el síndrome de abstinencia en algunos casos. Este programa también es una oportunidad para la evaluación médica, psiquiátrica, psicológica, del daño crónico que ha causado este consumo y también de comprender que otras comorbilidades puede tener esta persona. El otro aspecto que es importante porque, sin duda, desde esta mirada, los aspectos toxicológicos son, para nosotros, relevantes de abordar en detalle, es justamente manejar como interactúa el consumo de las sustancias, que muchas veces la persona está todavía bajo los efectos aunque no sea una sobredosis, como interactúa con esos los medicamentos que se deben administrar para ese

proceso terapéutico o los procedimientos requeridos como, por ejemplo, la anestesia, para cuidar justamente que no haya efectos adversos que sean prevenibles. Este programa tiene recursos humanos con competencias en medicina con: psiquiatría, toxicología, enfermería, psicología médica, trabajo social. Sin duda que es todavía un desafío generar este grupo como un equipo fuertemente articulado pero funciona con la articulación con que funciona un hospital general con cualquier otra patología. La atención a una población especial que es la mujer embarazada y la madre y el hijo el sector de ginecología y de neonatología que hay en el hospital universitario es también una riqueza de este programa porque no sólo da oportunidad de abstinencia para promover el proceso terapéutico que se está realizando para la madre, sino también para el niño, y también para lograr ese vínculo inicial y temprano entre la madre y el niño y poder lograr el inicio de la lactancia lo más precoz posible. Recientemente tuvimos una discusión, un ateneo, con neonatología, que nos decía la importancia que tiene poder recurrir a una atención con esa mirada de consumo de drogas a la madre para establecer ese vínculo afectivo con el niño y el vínculo de alimentación clave que es la lactancia. Finalmente simplemente cuidar al paciente en ese proceso terapéutico, como cuidamos cualquier otro paciente que ingresa al Hospital de Clínicas pero atendiendo a esas necesidades especiales que puede tener el consumidor en ocasión de su internación. Lo vemos como una oportunidad para establecer un vínculo de confianza con el equipo de salud y entre el equipo de salud y el usuario de drogas, un vínculo que sabemos a veces no es tan bueno como quisiéramos en donde hay mucho predominio de prejuicios, de rechazo, de temor al paciente consumidor, sobre todo el perfil de paciente consumidor de cocaína y pasta base de cocaína que genera aquella “puerta giratoria” que muchas veces hemos comentado desde el sistema asistencial. También lo vemos como una oportunidad para el apoyo psicosocial, que pueda convertir ese momento terapéutico, esa abstinencia, esa desintoxicación, que en algunos casos lo es, en un proceso de tratamiento y de rehabilitación, o al menos una ventana de oportunidad para encontrar esa contemplación de la persona, de pensar en abandonar el consumo o reducirlo. Les decía que el hospital tiene la riqueza de varios sectores con programas y capacitación de recursos humanos y atención clínica en el hospital. Quizás uno de los desafíos que tenga esta área sea consolidar un trabajo articulado mayor con esta mirada y también consolidar un trabajo más integral con la red de atención a drogas. Y para terminar, unos números. El hospital tiene el Centro de Toxicología, que está las veinticuatro horas del día, y que responde en el 93% de las consultas al sistema asistencial, no al público en general, en el abordaje de intoxicaciones de diversa naturaleza. En el año 2019 tuvimos 853 consultas de todo el Sistema Integrado de Salud por emergencias o eventos agudos asociados al consumo de sustancias. El Hospital de Clínicas atendió 114 pacientes en Emergencia. Los pacientes internados que fueron consultados a la Unidad Clínica de Toxicología y que forman parte de este programa fueron 226. Es decir que realmente aquí entendemos que hay una oportunidad muy importante para acercar al paciente el cuidado que necesita en ese momento y fortalecer las posibilidades de que contemple el tratamiento a largo plazo. Sólo 105 pacientes fueron vistos en Policlínica de Toxicología, menos de la mitad provienen de los pacientes que estuvieron internados, pero no sabemos si se logró mantener el vínculo con los equipos asistenciales en otros lugares de asistencia ambulatoria o comunitarios, porque no tenemos esa articulación para tener estos datos. Entonces para nosotros el tema de promover la inclusión del paciente que tiene problemas vinculados al uso de drogas en la asistencia general es un tema prioritario, porque entendemos que es un momento precioso para establecer ese vínculo y lo que sentimos como demanda, lo que sentimos que nos interpela es poder profundizar en esos aspectos y poder fortalecer esa ventana de oportunidad para generar esa inclusión y atender a estos usuarios de drogas en momentos de necesidad terapéutica como cualquier otro paciente.

Dr. Fredy Da Silva Rodio,

Médico Psiquiatra, Facultad de Medicina, Udelar. Especialista en Adicciones, Consultor Técnico a nivel nacional e internacional. Ex Profesor Titular Grado 5, Cátedra de Psicopatología, Facultad de Psicología, UCU. Profesor Universidad de Montevideo. Ex Coordinador Posgrado Especialización en Drogodependencias, Universidad Católica del Uruguay (UCU). Ex Director y fundador de dos centros de rehabilitación.

Tenía algunas cosas pensadas para decir, pero sobre la marcha las cambié totalmente. Así que voy a decir otras. Me gustó mucho, muy motivador uno de los discursos y me trajo algunas ideas. Antes de contestar las preguntas que están ahí que son difíciles de contestar, pero por lo menos de dar algunas ideas sobre esas preguntas motivadoras, disparadoras de la discusión, como decía, se me vinieron algunas cosas a la cabeza. Y antes me gustaría puntualizar dos elementos de nuestra realidad que hacen que se modifique como se contestan esas preguntas. Esos dos elementos son, primero, la disponibilidad. No hay ninguna duda de que en Uruguay ha aumentado, al igual que en todo el mundo, la disponibilidad de drogas. Las drogas siempre existieron desde que el hombre está en la tierra, estaban dibujados en los honguitos en las cuevas. Siempre existieron. Pero los fenómenos han ido cambiando y si no tenemos en cuenta eso, vamos a utilizar políticas que son anticuadas o que ya demostraron sus fracasos o que puedan haber sido muy exitosas pero en otra realidad. Recordemos por ejemplo la primera epidemia de la cocaína en los años 20, con la Coca Cola, con Freud defendiéndola, etc. La segunda epidemia de la cocaína, esa yo ya la llegué a vivir, fue la de los 80, que acá llegó en el 85, con un país que no estaba preparado para el manejo de drogas ilegales. La otra, epidemia entre comillas, la de la pasta base, la del 2000, tuvimos como dos años avisando que se venía y sabíamos lo que iba a pasar, que es lo que pasó. Invade y después queda acantonada en ciertos sectores marginales, los jóvenes, o algunos se mueren o algunos le toman mucho respeto, entonces, sigue pasos. Y bueno, y ahora tenemos la de la marihuana, la legislación, la regularización o como se la quiera llamar, hace que aumente la disponibilidad. Como sabemos, al aumentar la disponibilidad de algo, como se ha visto históricamente, o se puede ver incluso con los casinos, aumentó enormemente la consulta de ludópatas. ¿Por qué? Porque ahora hay casinos en todos lados, en los shoppings, en 18 de Julio⁷, aumenta la disponibilidad, aumenta el consumo y aumentan los problemas del consumo, incluida la adicción. Puede ser este caso de la ludopatía. Yo a mis alumnos a veces les pregunto: ¿Por qué no hay adictos a la heroína en el Uruguay? Porque no hay heroína. Y ¿por que hubo adictos a la pasta base en el 2000 o ahora aumentan los adictos a la marihuana? Hay un trabajo que presentó el Dr. Fielitz hace un par de años en la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, muy interesante, en la cual mostraba como aumentaban las consultas de casos psiquiátricos de jóvenes, bastante normales, entre comillas, pero que aumentaban las consultas por cuadros agudos, delirantes, psicosis, etc. por depresiones, etc. Incluso basado en datos de la propia Secretaría Nacional de Drogas. Entonces ese contexto de aumento de disponibilidad hay que tenerlo en cuenta.

Y lo otro que hay que tener en cuenta para contestar las preguntas y ver lo que es el Uruguay en estos momentos, es el tema de la tolerancia. Es un fenómeno que no existía, creo que la mayoría de los que estamos acá que éramos jóvenes. Hay una tolerancia que parte desde el grupo de pertenencia de jóvenes, el

7 Principal avenida céntrica de Montevideo.

grupo al cual él pertenece, con el cual se identifica. Como cuando los padres dicen ¿qué le pasó a este chiquilín? yo les pregunto: Dígame ¿su hijo se viste como usted o como se visten sus amigos? ¿Escucha la música que escucha usted o sus amigos? ¿Se usan los adornos...? Por lo tanto, ¿va a consumir lo que consume usted o lo que consumen los amigos? ¿Va tomar grapa miel como usted o tomar tequila o vodka como toman los amigos? Bueno, si los amigos fuman marihuana, si los amigos juegan al fútbol él no la va a agarrar con la mano en el área. Entonces esa pertenencia al grupo hoy día, además de la identificación con valores y con todas esas cosas, implica la tolerancia al consumo de marihuana, entre otras drogas. Esa tolerancia, si la seguimos agrandando en círculos concéntricos, las tenemos también en los padres, la tenemos en la sociedad y la tenemos en la legislación. Como decía, hay datos bastante claros de que la marihuana está causando algunos problemas y dentro de diez años vamos a encontrar los que encontraron en otras partes del mundo, en Nueva Zelanda, hicieron unos estudios muy interesantes, que es el deterioro provocado por la marihuana. Hay datos que muestran a 30 años, claro son muy largos, que empezaron a tomar en el año 72 y hace poco se mostró, que hay una disminución de hasta un 10% del coeficiente intelectual de los consumidores de marihuana, frente a los no consumidores. Claro, vamos a ver dentro de 30 años, pero ya nos avisaron. El abandono escolar, etc. Todas esas cosas forman parte de ese contexto de tolerancia, de permisividad y de gran disponibilidad de drogas. Entonces es en ese contexto que hay que manejarse. Cuando uno plantea, por ejemplo, el tema del tratamiento - yo estoy trabajando en tratamiento de adictos desde hace 41 años-. Hace 41 años que estoy viendo adictos desde las 8 de la mañana a las 8 de la noche, cuando me fui de la Española⁸. En la Española, una mutualista, estuve poco tiempo y cuando me fui había abierto 3100 historias de adictos en el servicio. No sé cuántos habré visto en otro lado. Pero las respuestas a tratamientos que se planteaban aquí para mí son bastante claras. Si reconocemos que la causa es multifactorial, que hay aspectos vinculados a las drogas. Que ha drogas más adictivas, menos adictivas, legales, ilegales. Que hay cosas vinculadas a la personalidad del consumidor, inmadurez, la baja tolerancia a las frustraciones, incluso el mecanismo de huida. Hay elementos familiares, padre ausente porque no estaba o no cumplía el rol, madre sobreinvolucrada o deprimida, discusión entre hermanos. El mayor es el exitoso, el perfecto. El más chico es que trae el dinero a la casa. El del medio, mi paciente. Es decir, si uno empieza a ver los temas familiares, los temas culturales, sociales, grupos de pertenencia, legislación. Y el fenómeno geopolítico: países del norte, al norte del Ecuador, digamos, poderosos, que producen ideas, industrializados, compran la droga. Los países al sur del Ecuador, países en vías de desarrollo, dicen desde que yo soy chico, producimos materias primas, carne, soja, marihuana y cocaína. O sea que se va desde factores psicológicos, del joven, o de la persona, pasando por factores biológicos, familiares, sociales, culturales, de grupo. Entonces. ¿Cómo pretendo yo encarar un tratamiento? Tiene que ser integral, tengo que cubrir todos estos factores, para eso necesito un equipo, yo no puedo saber todo. Lo primero que hace posible un tratamiento exitoso es que haya un equipo. Si no hay un equipo, perdemos antes de empezar. Las recaídas. ¿Qué pasa con la recaída? Los colegas mostraban que las recaídas es parte del proceso. El proceso terapéutico implica la recaída. Casi siempre aparece una recaída. ¿Qué recaída? La recaída en el consumo o lo que se llama la recaída en la actitud, que a veces son comportamientos del adicto que no llega a consumir pero que recae. O el cambio de drogas, de sustancias, de adicción. Pasan a la comida, las anorexias pasan al alcoholismo, los adictos al trabajo al..., etc., no me quiero extender. Entonces la recaída es parte del proceso, pero necesito un equipo para manejarla. No puedo proponer un tratamiento médico exclusivamente, o social o plantear que la revolución va a resolver esto o que una legislación puede resolverlo. Legislo la marihuana y entonces se va a resolver el narcotráfico, nos vendieron ese verso. Me acuerdo que yo decía: “si,

8 Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, mutualista fundada en 1853.

traemos Garotos⁹ baratos, regalamos Garotos en la feria y terminamos con el contrabando”, es ridículo. Entonces, necesito un equipo. Si tiene que estar el legislador, también tiene que estar el médico, el psiquiatra, el psicólogo, los operadores terapéuticos, tiene que haber gente que sepa manejar familia. En el Uruguay prácticamente no tenemos,, casi terapeutas familiares especializados en adicciones. Si no trabajo con la familia, ¿qué voy a hacer? Entonces la recaída es parte del proceso, el tratamiento no es único, yo he visto funcionar todos lo tratamientos, si les digo, tengo pacientes internados en Austria, Suiza, Estados Unidos, buenas comunidades terapéuticas en el Uruguay, en todos lados. Y han marchado bien y otros han marchado mal. Si me preguntan qué es lo que he visto que ha marchado mejor, es el grupito de alcohólicos anónimos de Paso Pache¹⁰, muy modesto. La idea es que el que se agarra del tratamiento, cualquiera sea, se salva. El que se cae al agua en medio de una tormenta y consigue agarrarse de algo, se salva, de la adicción... todo lo otro es un gran tema. Porque hoy día más bien se tiende a considerar que la adicción es un síntoma de una serie de trastornos que están detrás. El consumo de drogas, de sustancias, también se insinuó algo en las conferencias previas, es el bastón del que tiene una fractura en la cadera. Le puedo cambiar el bastón, le puedo poner un bastón enchapado en oro o un bastón en palo de escoba, como decía estos grupos no profesionales y de autoayuda. O puedo ponerlo en la mejor clínica, le cambio el bastón. Si yo no corrijo la fractura en la cadera no va a poder caminar por la vida o va a caminar con mucha dificultad o va a caminar con la necesidad de otro bastón. Ahí aparecen las religiones o los psicofármacos. Entonces le sacamos la droga y le damos pastillitas, le damos el “manto de la esperanza”¹¹, cosas por el estilo. Estamos en la misma. Entonces ese tratamiento que implique tanto el bastón porque hay que desintoxicar, no hay duda, pero también implica trabajar sobre elementos más profundos, es sumamente complejo. No hay un tratamiento, todos pueden funcionar, todos pueden fallar, fracasar. Hay algunos ejemplos, algunas situaciones que se prestan para esa heterogeneidad o para ese abordaje más integral y es el tema de las comunidades terapéuticas. Claro, yo estaba en Izcali, es un centro para tratamiento de las adicciones de hace casi 30 años. ¿Qué nos permite? Nos permite tener un funcionamiento de tipo conductual o cognitivo - conductual en cuanto a las normas de la casa. Viene la mamá y dice “ahora mi hijo se hace la cama, nunca logré que se hiciera la cama”. Hay que enseñarle a hacer la cama, porque la mamá no le enseñó a hacer la cama ni a pelar una papa. Entonces se puede hacer modificación de conducta. Pero también pueden tener mini-grupos de orientación psicoanalítica, también pueden hacer tai chi y pueden tener talleres de literatura, ahora están haciendo biodanza y yoga. Si no hay familia, si no hay referente, no atendemos al adicto. Sin un referente estamos gastando pólvora en chimango. Tiene que haber una referencia para cuando salga. Y marchan bien. El 80 % o más marchan bien, hasta que se llega a la etapa de reinserción social y laboral, ahí la cosa se complica. El problema no es la primera etapa de desintoxicación, se hace en salud pública, se hace en cualquier mutualista o hasta se puede hacer con una internación domiciliaria, en la casa. Desintoxicar, desintoxica cualquiera. No es esa segunda etapa de abstinencia, del síndrome de abstinencia, ahí está todo super estudiado, todos los mecanismos de apoyo. El síndrome de abstinencia se pasa. ¿Saben cuál es el síndrome de abstinencia más terrible? El tabaco. A los 10, 15 minutos aparece el deseo de consumir. El consumidor de cocaína puede esperar al sábado o e viernes de noche, puede posponer. El de alcohol dice “esta noche me tomo todo cuando salga de trabajar”. El de tabaco no puede. Es una anécdota. Entonces tenemos la primera etapa de desintoxicación, que es muy médica, la segunda etapa del síndrome de abstinencia, de construcción y cuando llegamos a la reinserción familiar, tengo que haber trabajado con la fa-

9 Marca de golosinas de chocolate.

10 Localidad del departamento de Canelones, Uruguay.

11 Ejemplo del tipo de amuletos de fe que se ofrecen en algunas iglesias evangelistas.

milia, social, educativa. Ahí es donde los programas entran a fallar. En cuanto a los tratamientos todos sirven, todos fracasan. Cuanto más heterogeneidad y abordaje tengan, mejor. Por lo tanto las comunidades terapéuticas me parece que es el lugar donde se puede brindar todo eso, en un hospital es difícil, muy difícil y sin un contexto geográfico también es difícil. En cuanto a la internación, ahí yo soy muy médico. La internación es un acto médico. Por lo tanto el que tiene que asumir la responsabilidad, el que tiene que firmar es el médico. Ninguna mamá puede decidir si al nene lo operan de peritonitis o no, es un acto médico. Esto es una enfermedad. Ahora le llaman trastorno como la diabetes o la hipertensión, crónica, progresiva. Estoy en tiempo ¿no? Bueno, gracias.

Mag. Leticia Aszkinas,

Licenciada en Psicología y Magister en Psicología Clínica. Docente del Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Udelar.

Buenos días, celebro la oportunidad de estar en este foro. Porque si estamos acá es porque nada es evidente y esto me parece interesante; poder conversar o tener un espacio de intercambio sobre cuestiones que no son clarísimas y que no logramos, aún en el marco de la investigación científica y académica, depurar todos aquellos prejuicios. Eso quiere decir, que seguramente cada uno de nosotros habla apoyado en ciertas evidencias y, seguramente también en ciertos prejuicios, ¿no?; poder explicitar algunas potencialidades de estos espacios pero también algunas limitaciones. Uno va cambiando, por suerte, las presentaciones que tiene pensadas, en función de los acontecimientos que suceden. Y esto de venir después de Fredy Da Silva... también comentarles que hace muchos años hice la Especialización en la Universidad Católica y lo tuve como docente; vuelve a ser interesante cruzarnos en un espacio. En esto de pensar en los usos problemáticos, que fue parte de la convocatoria, me parece importante conceptualmente plantear, que la adicción es una de las posibilidades o, el nivel más grave de usos problemáticos. Pero existe la posibilidad de tener usos problemáticos que no tienen que ver, necesariamente, con una enfermedad o con una adicción. Claro que nos ayuda a veces a pensar de forma de trazo grueso, de caricatura; los niveles más graves a veces nos ayudan a visualizar o nos tensionan de un modo, que nos permiten pensar. Pero me parece importante que eso no inhiba identificar, algunos usos problemáticos que pueden ser ocasionales, que pueden ser experimentales, que pueden ser en un sujeto que consume una sustancia por primera vez y, esto no exige de que pueda haber algún nivel de complicación o de problematicidad, para irlo pensando juntos. Voy a compartir primero una frase de Haraway, que es una filósofa norteamericana que dice; “la pregunta real debe ser más virtuosa: ¿quiénes somos nosotros o nosotras?”. Esta es una pregunta inherentemente más abierta, una pregunta que siempre está dispuesta a articulaciones contingentes, generadoras de fricción. Y esta forma parte del libro. “Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados, inapropiables”.¹² Esto lo encontré en unos trabajos que estuve corrigiendo de estudiantes y me parecía interesante compartirlo, sobre todo porque trae el componente de la contingencia. Nosotros no podemos pensar intervenciones o problemáticas o alcances de la problematicidad de los usos de drogas, sin pensar en los contextos; contextos familiares, sociales, en las características de la persona. Me parece que hay algo que es contingente, que tiene que ver con si podemos contestar la pregunta sobre la eficacia, y también sobre si la internación es la única o la mejor posibilidad para pensar intervenciones terapéuticas. Depende de los contextos, depende de las características de las personas; incluso vamos a encontrar personas que funcionan muy bien en dispositivos residenciales y otras que no, y esto me parece, tiene una variabilidad que hace que nuestro trabajo sea interesante y desafiante y también, con un margen de error o de reajuste importante. Cuando estaba este título del libro que me gustó tanto, “Las promesas de los monstruos”, pensaba en como abrió hoy el Secretario Nacional de Drogas, pensando esto de que hay que extirpar. A veces

12 Haraway, Donna, University of California, Santa Cruz, 1999.

aparece esta fantasía de exorcismo, esta cuestión de que si alguien pasa por un determinado dispositivo, entonces este problema se termina, se resuelve. Bueno... a veces se resuelve efectivamente, a veces se resuelve transitoriamente, a veces se resuelve en el plano de los matices. Vamos a ir transitando cierto tipo de respuesta, con cierto tipo de efectos, pero no siempre el punto es la resolución y esto se acabó de una vez y para siempre. Las personas tropezamos más de una vez con la misma piedra, algo bien importante es, enamorarnos o abrazarnos de esa piedra, poder tener tropiezos, poder levantarnos y por momentos no tropezar más con dicha piedra. Para volver a temas conceptuales, esto tiene que ver con los usos de drogas. Y me parece bien interesante que aparece el plural; los plurales tienen que ver con abrir la variabilidad de posibilidades en relación a la vinculación con el uso de drogas, donde algunas son problemáticas y otras pueden ser no problemáticas. Y también abrir la pluralidad de las respuestas; las respuestas requieren ser diversas para problemas que nosotros pensamos de modo complejo. Cuando algo es multicausal la respuesta debe atender, en varios niveles, a las complejidades y a los componentes que se presenten. ¿Y cómo las debe atender? De forma articulada, porque si no, tengo una Frankenstein, avanza en algunas dimensiones y en otras me quedo atrás y, esto retrasa toda posibilidad de salida. Entonces necesito que las respuestas que brindamos hagan sinergia entre sí. Me parecía importante compartir con ustedes, algunas recomendaciones que realiza el NIDA (2018)¹³; que no hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. Y acá empezamos a contestar, si hay una única modalidad de tratamiento. Como saber cuando estamos frente a una persona, cuál es la modalidad adecuada. Es un criterio técnico y hay una evaluación ahí; si es interdisciplinaria y en colectivo mejor. Porque la respuesta plural también tiene que ver con pensarla con otros, discutirla con otros e ineludiblemente, debe implicar a la familia o al contexto cotidiano y cercano de las personas. Las personas somos seres gregarios y necesitamos de nuestros otros, para poder transitar procesos de cambio. Cuando nosotros nos preguntamos por la eficacia, yo pensaba... la eficacia tiene que ver con el ser oportunos, con llegar a tiempo, ¿Qué tensión transitamos quienes generamos abordajes clínicos para personas que tienen consumos problemáticos de drogas? Esta cuestión de no responder exactamente a la inmediatez; esta cuestión de atíndame ya, denme ya la respuesta. Entonces uno dice: “vamos a pensar, vamos a organizar, vamos a valorar opciones”. Nosotros ahí necesitamos ganar cierto tiempo para establecer, lo que Ulloa¹⁴ denomina “la estructura de demora”. Una cierta posibilidad de demorarnos, para pensar, para armar, para ir también probando, modificando o valorando las posibilidades. Pero también es importante tener un tiempo de respuesta razonable, que al otro le permita sentirse escuchado, contemplado y atendido en sus necesidades. Porque cuando la consulta es en agudo y con mucha ansiedad, que la respuesta se dilate en el tiempo, hace que se pierda la posibilidad de la confianza en la alianza terapéutica. Y ahí hay algo en lo que decía Fredy Da Silva, decía de “agarrarse del tratamiento”. A mí me parece que aún no tenemos lo suficientemente estudiado el valor de la alianza terapéutica; cuando efectivamente con el dispositivo, con los técnicos, con las confianzas con las familias, con las posibilidades de ser honestos y plantear las complejidades que tiene, realmente esta alianza es un pilar, a la hora de implementar tratamientos.

Si nosotros tomábamos la recomendación del NIDA que decía, que no hay un único tratamiento apropiado para todas las personas, pensemos que quiere decir esto de “apropiado” o, cómo podemos pensar un tratamiento apropiado para alguna persona o para la persona que tenemos frente a nosotros consultando. Y tiene que ver con la disponibilidad de los tratamientos. Que los tratamientos estén disponibles en tiem-

13 National Institute of Drug Abuse, EE.UU.

14 Fernando Ulloa (1924 - 2009), médico, psicoanalista, uno de los fundadores de la carrera de psicología de la UBA, Buenos Aires, Argentina.

po, forma, incluso en la variabilidad, es un componente sumamente importante; esto de la “ventana de oportunidad” a mi me parece que es clave para poder dar un tratamiento apropiado y también, para evitar posibles cronificaciones de situaciones. Pensaba en algún ejemplo. Hace unos años tenemos en Facultad de Psicología una práctica en el Portal Amarillo.¹⁵ Este año no se implementó, pero hace unos años lo venimos implementado. Y el Portal tiene algo bien interesante en su respuesta, y es que cuando las personas van a consultar, en el mismo día se les da una serie de horarios en los que pueden asistir a grupos para realizar su consulta. Que no necesariamente es la mejor respuesta, es verdad. A veces se requieren entrevistas individuales, entrevistas familiares más que grupales, no es la panacea. Pero es bien interesante esto de acercarme a un servicio de salud y en el mismo día yo puedo tener una cierta respuesta. Y esta posibilidad de que en el mismo día, cuando una persona toma contacto con la dificultad y recurre al servicio de salud y, que el servicio de salud pueda brindar una cierta respuesta, a mi me parece que es algo muy valioso; esto de cuánto dilatamos las respuestas. Nosotros también podemos tener una respuesta en el plazo de horas si uno consulta la puerta de emergencia, es otra posibilidad. Pero esta posibilidad de ir con mi padecer a consultar y encontrar esa cierta respuesta y disponibilidad, fortalece la alianza terapéutica. Ni que hablar, el poder identificar que esto es una dificultad sanitaria y, acá es bien importante la discriminación de la cuestión criminal. Si yo tengo miedo de decir que consumí, porque tengo miedo de que me condenen y que no me atiendan o, de tener problemas legales, es muy complicado o esto funciona como un obstáculo para la consulta sanitaria. Entonces, la posibilidad de hacer una consulta sanitaria, no ser condenado por ello y poder tener contacto con un profesional que me oriente. La orientación es una primera respuesta y es muy efectiva, incluso para anticipar algo del proceso que se puede dar, anticipar los tiempos, poder problematizar algunas cuestiones. El tratamiento eficaz abarca las diversas necesidades de las personas y no solamente el tema del abuso de drogas; esta es otra de las recomendaciones o de las advertencias que nos hace el NIDA. Esto es bien importante, porque la intervención en los usos problemáticos de drogas, requiere el trabajo de focalizar en la problemática pero al mismo tiempo, de abrir el foco y poder valorar otras dimensiones sobre las que debemos intervenir. Si no interveníamos en esas otras dimensiones, es muy difícil que efectivamente las modificaciones sobre el consumo de drogas se sostengan en el tiempo; porque la eficacia también se juega en la sostenibilidad de los logros alcanzados. Y acá tiene que ver con mi formación en la psicología sistémica; si no trabajamos con las familias difícilmente estos logros se vayan a sostener. Las familias necesitan ser orientadas; también necesitan ser contenidas y, hacer modificaciones de la dinámica cotidiana. Y entonces acá tenemos un estudio del 2010 que nos decía que la participación de los familiares, no solamente favorece el ingreso de las personas en el tratamiento, sino que aumenta las posibilidades de que obtenga mejores resultados.¹⁶ Entonces, existiendo evidencia de ello, debiéramos -digo en general- incorporar esta pauta. Porque en ocasiones nos encontramos con familias, que uno dice con esta familia en particular funciona como la excepción a la regla o, pone en cuestión ciertas evidencias. Pero acá nuevamente los plurales, necesitamos de estos otros. Y esto de los tratamientos plurales y en gerundios tiene que ver con pensar los procesos; sobre todo para pensar esto de las caídas o las recaídas; forman parte de los procesos y requieren nuevamente de cierta paciencia y, requieren cierta confianza también en los usuarios, en las familias y en las posibilidades de cambio. A veces no sale en la primera, a veces no sale en la segunda y a veces sale en una cuarta. Digo que también es nuestra ética profesional rigurosa, la que nos puede permitir generar esta confianza en los procesos, sin exigir que algunas dificultades

15 Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Nacional de Drogas, Uruguay.

16 Copello, A., Templeton, L y Powel, J., The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research, 2010.

se terminan por decreto. Porque entonces, ingresé a este dispositivo de tratamiento y, entonces después de acá nunca más me va a suceder esto, nunca más voy a tomar ciertas decisiones. Y en general no funciona así; los procesos de cambio tienen marchas y contramarchas y rara vez son en línea recta. También encontramos algunos caminos de cambio que son en línea recta; una persona tiene una dificultad y luego transita en línea recta hacia otro lugar y no vuelve a pasar por esa dificultad; esto también está en el abanico de respuestas posibles humanas. Preparando la jornada de hoy, me encontré con una investigación bien reciente, del año 2020, que trabaja las narrativas en los procesos de recuperación, desde una perspectiva familiar y, lo recomiendo, es bien interesante.¹⁷ Planteaban que las narrativas en relación a los procesos de cambio, referían a narrativas discontinuas; eso quiere decir, con procesos de logros, con procesos de contramarchas o de cierto fracaso. Y estos procesos discontinuos, que a su vez no son siempre ascendentes, ni en línea recta, permitían pensar la recuperación desde cierta gradualidad. Y esto me parece que es bien importante, para correrlo del decreto; para poder nosotros anticipar cuando los cambios son graduales. Y esto nosotros lo sabemos también desde la psicología infantil. Cuando proponemos una adaptación para los niños pequeñitos, sabemos que, los cambios graduales y rodeados de palabra, son mejor tolerados por los seres humanos. Entonces poder rodear de palabras, y esto que a veces está tan denostado... y bueno... yo tuve una conversación, tuve una primera orientación, tuve una primera entrevista, pero en realidad no me dieron nada, no me internaron, no me ingresaron y no es así... porque a veces esta primera respuesta es prestar palabras, es permitir anticipar, es permitir problematizar que decisión se va tomando y también, compartir esta responsabilidad con los técnicos. Poder llegar a acuerdos entre los usuarios, las familias y los técnicos es vital, para estos procesos de recuperación. Tener la articulación como clave; la articulación con la familia, la articulación con otras dimensiones de la vida -en mi experiencia clínica- también. Poder repensar en clave productiva laboral o académica, muchas veces funciona como un ordenador muy bueno, a la hora de poder sostener los logros que alcanzó una persona en el marco del tratamiento. Porque una vez que alguien ingresa a un tratamiento, que es un primer escalón y muchas veces tiene logros, ¿cuál es el desafío mayor?, ¿cómo sostiene esos logros alcanzados en el tiempo? Parte de la eficacia tal vez se juega allí. Y, ¿cuándo nosotros vamos a pensar un dispositivo de tratamiento residencial o cuándo lo proponemos? Todos los tratamientos brindan elementos de contención y de ordenamiento para el usuario y la familia. En ocasiones necesitamos reforzar esos componentes de contención, pasando a un tercer nivel de especialización o un tercer nivel de atención en salud; pero esto no es siempre la respuesta directa ni la más adecuada realmente y, esto requiere ser explicitado a las familias y a los usuarios. Vayamos calibrando algunos procesos de intervención que se hagan lo más sostenibles posibles y, lo más articulados posibles a la vida cotidiana del sujeto. Porque si no, ¿cuál es el riesgo muchas veces de las internaciones? Nosotros ingresamos a un dispositivo de internación, lo proponemos como una opción técnica y, ¿qué pasa después, cuando las personas salen de este dispositivo transitorio y además de carácter artificial? Muchas veces no logran sostener en la vida cotidiana los logros alcanzados allí. Hay algo en esta articulación, entre los aprendizajes en espacios de tratamiento, incluso en el centro diurno y la vida cotidiana, que requiere poner ciertos énfasis en cómo vamos caminando para allí. Y esto a veces pone en jaque la valoración de la internación. En algunos casos es bien necesaria y bien potente, pero en otros, requiere revisarla a la luz, con el diario del lunes, volver a revisar. Si nosotros a veces hacemos caminos paulatinos, un poco más despacio, pero más integrados y articulados con la vida cotidiana, permite una mayor sostenibilidad. Y esta pregunta: ¿Cuándo es pertinente recomendar una internación en un dispositivo residencial? Cuando tenemos que

17 Almanza, M y Gómez San, L., Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. Salud colectiva, 16.

fortalecer la contención para la persona usuaria y su familia; cuando tenemos que generar una situación radicalmente distinta, romper efectivamente con la vida cotidiana, generar algo discontinuo que permita cuestionar y reapropiarse de otras herramientas. Esto es un punteo para compartir y pensar juntos. Muchas gracias.

Mag. Liria Ortíz,

Licenciada en Psicología, Udelar. Licenciada en Psicología, Universidad de Uppsala, Suecia. Especialista en Psicología Clínica y Supervisora Clínica, Universidad de Estocolmo, Suecia. Máster en Terapia cognitiva - conductual y Máster en Terapia de Aceptación y Compromiso. Escritora, conferencista. España.

Para empezar, un abrazo enorme. Me siento tan contenta de hacer de cuenta que estoy en Uruguay. En esta época suelo estar en Uruguay, pero bueno, por el coronavirus estoy acá en Suecia en medio de la oscuridad y el frío. Así que quiero empezar por mandar muchos, muchos besos para ustedes. Lo otro. Yo me voy a centrar solamente en dos preguntas, porque la verdad diez minutos no me da. Si empezamos por la primera, yo estoy para nada de acuerdo en que cualquier tratamiento de resultado. Sino que, se ha demostrado que los tratamientos que no ponen el foco, el acento, en el problema del consumo, no dan resultado. Claro que lo que tiene que ver con los efectos del placebo, esto de que a pesar de que te dan una píldora roja o blanca y te dicen que son dos cosas diferentes, pero que una no tiene efecto, de todas maneras hay pacientes que dicen que han tenido resultado. Entonces claro, si les invitamos a los pacientes, a los usuarios, otras cosas, como por ejemplo la acupuntura para manejar el *craving*, bueno, algunos pacientes van a tener resultado con eso. Pero no está dicho que entonces dejen de consumir. Esto es mucho efecto placebo. Desde mi parte lo que veo es que se si se va a ofrecer variedad, tiene que ser una variedad que esté basada en la evidencia científica. No porque yo crea que esto dio resultado, y en mi paciente dio resultado, solo por eso poder seguirlo aplicando sin una evidencia científica. Lo otro que quisiera comentarles es que desde mi parte pienso que el tema del consumo problemático es un tema biopsicosocial y desearía agregar que, últimamente, es un problema económico también. Hay muchos pobres que viven de vender drogas. Muchas veces también consumen. Pero digamos que ahí hay un tema económico. Lo biológico, porque hay una parte genética y además en lo biológico y las medicinas que hay, ayudan cuando la persona comienza a desintoxicarse. Lo social, porque sabemos que en realidad hoy por hoy, no es tanto la familia lo que determina, sino muchas veces en los adolescentes son los amigos. Nosotros queremos que la familia sea tan importante, pero es una verdad con muchas modificaciones. Y después lo psicológico, porque seguramente les ha pasado a ustedes que antes, cuando un paciente venía con un problema de consumo problemático y por ejemplo tenía depresión o psicosis, o alguna otra cosa, se decía: primero tiene que hacer esto y después lo otro. Ahora se han desarrollado modelos transdiagnóstico que dicen: bueno, se trata todo junto. Y con esto hay muchísima evidencia de que cuando se trata todo junto, se alcanza mucho, mucho mejor resultado. Otro componente es el tema de los familiares. Se sabe que cuando hay apoyo familiar, y con familia no pienso mamá, papá, niño. Pienso como familia en las personas que son cercanas al paciente, al usuario, y que le da un rol de familia. Porque tenemos que pensar que muchas veces en relaciones homosexuales, por ejemplo, las familias han tomado distancia. Y entonces la familia es otra familia, pero es igualmente familia. Lo otro es que, para el enfoque familiar, hay evidencia en un sistema que se llama CRAFT, Community Reinforcement Approach and Family Training. Este tiene evidencia de que muchas veces se les recomienda a los familiares que tomen distancia. Pero se sabe, por investigaciones, que el noventa y nueve por ciento no quieren tomar distancia. Son muy pocos los que quieren tomar distancia. Este enfoque ha puesto la

mirada en lo que es, no en lo que se quisiéramos que fuera, y se ha visto: bueno, si el familiar quiere seguir teniendo contacto ¿cómo lo puede hacer? El otro punto que quería tomar, era el tema de qué lugar ocupan los episodios de consumo, caídas y recaídas en el proceso terapéutico. Yo he trabajado muchos años con prevención de recaídas. Pertenezco a la escuela vieja, donde le poníamos mucho enfoque al tema de cuando la persona recaee, poner el enfoque en los factores de riesgo. ¿Qué había hecho que la persona recayera? Hay muchas investigaciones, ahora, que nos muestran que podemos poner el foco exactamente en lo contrario. Y esto a mi me da mucha alegría. Si la persona logró estar sin recaer, sin consumir, dos días, pongan también el acento ahí. ¿Qué fue lo que funcionó? Muchas veces el paciente dice: sucedió, nada más. Pero ahí está nuestra tarea de poner el acento ahí. Bien. Qué pasó esos días, cómo fue que pasó, qué fue lo que evitaste, qué fue lo que hiciste. Y eso también potencia el hecho, de alguna manera, de alimentar más, darle mucho más empoderamiento al “lo logré dos días”. Por supuesto que el paciente, y nosotros mismos pensamos que dos días no es mucho. Es mucho para una persona que ha consumido y sobre todo si podemos ponerle el acento en qué fue lo que hiciste, cómo lo hiciste. La otra cosa que a mi me gustaría cambiar, es el concepto de caída y recaída. Porque en realidad, pensamos que lo que siempre hemos llamado caída y recaída es un proceso, es parte de la recuperación. Pero es algo que de alguna manera influye muchísimo en la autoestima del paciente o usuario. ¡Uy! Recaí. Entonces todo lo que he hecho es inútil, no sirve. Si en lugar de eso decimos, bueno, mira, vos tenés una meta, y para llegar ahí tenés un camino. En ese camino, vos vas a tomar pasos hacia adelante, pasos hacia atrás y pasos hacia el costado. Y eso es parte del proceso. Y entonces poder ver, conjuntamente, cuándo has tomado pasos adelante que te han llevado a lo que querías lograr, cuándo has tomado hacia atrás y cuándo hacia el costado. Porque entonces ahí, todo esto de la recaída y este sentimiento de que he fallado, desaparece y se lo incorpora a ese proceso. Y en ese proceso muchos pacientes reaccionan: uy claro, esto es una parte de, y a veces voy a tomar decisiones que me acercan y otras que me alejan. Da mucha alegría trabajar de esta manera también. Porque entonces el paciente, el usuario, puede ver: estás en camino, pero en el camino a veces caemos. Yo suelo poner el ejemplo de cuando uno aprende a andar en bicicleta. Al aprender nos caemos al principio, hasta que eso se incorpora. Y el tiempo que puede llevar, por supuesto, puede ser diferente. Si veo bien han pasado diez minutos, un millón de gracias porque me han invitado y poder compartir este momento con ustedes.

Prof. Dr. Juan E. Fernández Romar,

Licenciado en Psicología; Doctor en Ciencias de la Salud y Magister en Psicología Social. Profesor Titular Grado 5 del Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología, Udelar. Integra el Sistema Nacional de Investigadores. Desde 1993 investiga el impacto social y simbólico de las sustancias psicoactivas y los usos problemáticos.

Buenos días. En primer lugar, quiero agradecer al Secretario General, Dr. Daniel Radío, y al resto del equipo organizador del evento, por haber confiado que eventualmente tengo algo interesante para compartir con ustedes desde este rol de comentarista. Agradezco también el formato, que es inusual; la posibilidad de interlocución y de generar diálogo e intercambio de ideas, sobre cuestiones muy centrales para las que fuimos convocados el día de hoy. Tomé algunas notas de lo ya dicho. Primero, pensar es cambiar de ideas. Si todos pudiéramos experimentar alguna transformación en las ideas, en los presupuestos desde los cuales partimos, desde este intercambio, sería todo un logro. Estoy experimentando aún, los ecos del discurso de Radío, que me pareció muy poético por las alusiones, me gustó mucho. Estoy tratando de procesar algunas de esas ideas. Con algunas concuerdo, con otras tengo alguna discrepancia parcial. En primer lugar, algo que me parece faltó considerar. Cuando hablamos de usuarios problemáticos, lo primero a pensar es, problemático para quien y, desde qué lugar nos paramos para considerar la problematicidad inherente a la situación que abordamos. Para el usuario, para la familia, para la sociedad. En estos días creo que todos hemos considerado o todos hemos sido afectados en mayor o menor medida, por algunas noticias muy virales que fueron, por un lado el fallecimiento de Maradona¹⁸ y por otro lado, acá en el Río de la Plata, la carta que escribió Charly García¹⁹. Una carta póstuma, donde manifestaba su penar, su condolencia y, aparte, decía algo como yo te entiendo, porque yo experimenté a lo largo de mi vida, eso de estar sometido a una serie de psicólogos y psiquiatras que intentan cambiar tu modo de ser o tu modo de pensar. Tenemos razones fundadas para considerar en ambos casos, que han sido, digamos, objeto de prácticas psiquiátricas y psicológicas prolongadas a lo largo de la vida. Tenemos razones suficientes para considerar paradójicamente, cualquiera de esos dos casos, como éxitos terapéuticos, porque se les dio, se les posibilitó una vida suficientemente extensa como para dejar, y en el caso de Charly sigue, dejar legados significativos. Pero por otro lado, también podríamos decir, bueno pero son vidas marcadas por los fracasos terapéuticos de determinados dispositivos clínicos, que intentaron modificar sustancialmente sus modos de ser, de estar en el mundo y no lo lograron. Y acá esto nos permite considerar dos elementos que me parecen esenciales en esta discusión. Una es el paternalismo estatal en cuestiones sanitarias; hasta dónde el Estado se puede arrojar el derecho de intervenir y, de intervenir utilizando recursos que Foucault llamaba como las tecnologías del yo; todas esas terapéuticas que me permiten en arreglo con fuerzas exteriores, con fuerzas clínicas, devenir otro diferente al que era en el momento de manifestar la demanda. El paternalismo estatal sigue siendo una cuestión irresoluble porque estamos en un problema complejo. Hablar de un problema complejo es hablar de problemas que podemos modular, que podemos actualizar regularmente. Pero no es el cubo Rubik, donde hay un algoritmo, que nos permite una solución definitiva del mismo y ordenar todos los

18 Diego Armando Maradona, jugador de fútbol argentino (1960 – 2020).

19 Músico y cantautor argentino (1951).

elementos. Estamos frente a fenómenos que, comparto totalmente lo que decía el doctor Radío al principio, la etiopatogenia es parte del problema pero, no es el problema en sí mismo. Porque tal como los casos que mencionaba -Charly García, podríamos extenderlo también, Eduardo Mateo, las vanguardias artísticas- nos introduce en otro tema central, que es como la contracara del paternalismo estatal en estas cuestiones; es el problema de la heteronomía. ¿Qué quiere decir heteronomía? Bueno, es qué parte de mi autonomía estoy dispuesto a resignar por los demás, y tiene que ver con los heterocontroles, las normas, las reglas, las regulaciones. Tiene que ver también con algo que es irresoluble, pero que debemos entender en este tema, que uno de los fundadores de la razón moderna como fue Immanuel Kant hablaba; la heteronomía de la voluntad. O sea, qué pasa cuando alguna persona, alguno de nosotros, actuamos no ya respondiendo a la razón compartible y fundante del status quo, sino que respondemos en virtud de una heteronomía de la voluntad; una voluntad secuestrada por ciertos apetitos, ciertas pasiones, otros intereses. Esto nos lleva al tercer elemento que me parece fundamental, que es el tema de las funciones de utilidad que debemos reconocerle a las sustancias psicoactivas, que cambian de lugar. Que pueden empezar siendo una sustancia inscrita en una lista de sustancias super peligrosas, y que luego se le puede encontrar aplicaciones clínicas de otra índole, etc, etc, o al revés. Porque estamos en un mundo, podríamos decir metafóricamente, drogodependiente. El status quo se cimenta actualmente, en el orden de las cosas, en el uso extenso de neurolépticos, ansiolíticos, antirecurrenciales y, también de sustancias en las que cimentamos las posibilidades de ocio y recreación, el alcohol, pastillas, etc. Las funciones de utilidad de las sustancias psicoactivas son enormes y es más, es una transformación antropológica. Porque nuestros intercambios, están basados en la posibilidad de una modulación rápida de nuestras emociones y de nuestra percepción. Hoy me levanté y tomé una taza de café. Dije, “hay que estar bien”, es una sustancia psicoactiva también, con bastante potencial; la *illex paraguariensis* -el mate- etc. O sea, los intercambios, la vida moderna, impone eso. También nos movemos en este campo, oscilamos, entre lo que es la moral y la evidencia científica. Muchas veces algo que es enunciado desde la evidencia científica, empezamos a escarbar epistemológicamente y, lo que subyace, es una voluntad moralizante, punitiva o de ortopedia social del otro, que se comporta de una manera distinta y, al cual a través de algún aparato técnico y de una serie de dispositivos, yo quiero transformar. Ojo, no estoy haciendo la apología de una distopía. Estoy planteando el tema de que nuestros modos de habitar el mundo son diferentes y, que anular por ejemplo el potencial o las funciones de utilidad de algo -que forma parte de las negatividades más habituales en el tema drogas, como por ejemplo los usos que le han dado los artistas a las sustancias- sería anular una parte importantísima de la experiencia humana. A pesar, de que muchos de ellos, hayan desarrollado por esta vía, comportamientos autolesivos o perjudiciales para los otros. No, no es una apología al *laissez faire*. Pero sí, es la consideración de la complejidad de la existencia humana.

Mag. Pablo Fielitz Gentili,

Médico Psiquiatra. Profesor Agregado de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Terapeuta Cognitivo – Conductual. Magister en Prevención y Asistencia de las Drogodependencias, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina. Magister en Prevención y Asistencia de las Drogodependencias, Universidad de Deusto, España. Director de la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol (UNITRA), Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Udelar. Director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Buenos días a todos. En primer lugar agradecer al Secretario Dr. Daniel Radío y al equipo organizador de este foro, por invitarme a participar hoy acá con ustedes. Me encantó lo que planteó Radío. Aunque si poético, me gustó mucho su intervención. Creo que el tema es muy complejo, no admite miradas simples. Voy a plantear algunas de las cosas que escuché y trataré de dar también, alguna opinión personal. No hay duda que -como planteaba el Dr. Bartolomé Pérez- las adicciones son patologías crónicas y, deben ser vistas como tales. Y en ese sentido, yo creo que el cambio en los sistemas nosográficos, no fue bueno. Mientras la CIE10²⁰ sigue teniendo la diferencia entre el consumo perjudicial y la dependencia, el DSMV²¹ aglomeró en una única categoría diagnóstica de trastornos por consumo, en distintos niveles de gravedad. Y eso implicaría conceptualmente, un continuum que no siempre es tal.

Yo creo que cuando voy a referirme a adicto, hablo esencialmente del dependiente de sustancias. Entonces creo, que cuando uno se plantea los objetivos de tratamiento de una persona adicta, el objetivo del tratamiento debiese ser, ayudar a esa persona a poder construir un proyecto de vida saludable. Para que ese proyecto de vida saludable prospere, es necesario que abandone el consumo. Pero el abandono del consumo, no es el centro; es el otro el centro. Es necesario que deje de consumir la sustancia de la cual es dependiente y, también de otras que puedan facilitar el retomar el consumo; pero digamos desde esta mirada más integral. Entonces, yo creo -lo que decía recién Liria- que los tratamientos deben enfocarse, cuando la persona busca tratamiento, en el cese del consumo. Nosotros en el Hospital de Clínicas, en la UNITRA²², planteamos que, para dejar de beber, hay que dejar de beber. No se deja de beber, bebiendo. Y yo creo que ese es un aspecto central de la gente que busca tratamiento. A veces, la idea de cuáles son las evidencias; se evalúan los resultados luego de los tratamientos, cuando el tratamiento terminó. Entonces veo, qué porcentaje de la gente que pasó por una comunidad terapéutica, a los cinco años mantiene el consumo o no, o a los diez años. Y son patologías crónicas. Nosotros no hacemos esos estudios con la hipertensión o con la diabetes. Entonces yo creo, que lo que ha planteado también la profesora Laborde, de la heterogeneidad de los estudios del impacto del tratamiento, es muy amplia. Creo que son cosas a tener en cuenta. Nosotros tenemos como país, todavía, problemas de accesibilidad a tratamiento para los usuarios problemáticos de sustancias. Lamentablemente, seguimos teniendo problemas de accesibilidad. Por más que la oferta de tratamiento, evidentemente por suerte aumentó, pero de alguna manera es el paciente más grave, el que tiene problemas de accesibilidad. El que no llega a las puertas de emergencia y, para los cuales no

20 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, OMS, Décima revisión.

21 Manual Estadístico de los Trastornos y Enfermedades Mentales, American Psychiatric Association, 5a. Edición.

22 Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol, Clínica Psiquiátrica, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Udelar, Uruguay.

tenemos respuestas rápidas de asistencia. Y es por eso digamos que ahora, en el proyecto de intervención, de asistencia en esta área, nos hemos planteado generar una unidad de desintoxicación, para que aquellas personas que lo necesiten, puedan ser rápidamente derivadas desde las puertas de emergencia hospitalarias. Entonces yo creo que, ese es un aspecto que probablemente contribuya a mejorar las prestaciones y a mejorar la accesibilidad. Porque comparto, al menos en parte lo que planteaba Fredy Da Silva, que cuando no hay referentes es difícil. Pero yo creo que, como un criterio de ingreso a una comunidad terapéutica puede ser muy apropiado, que cuando no hay referentes no atendemos gente. Pero desde el punto de vista de la accesibilidad de tratamiento, el que no tiene referentes también necesita tratamiento. Para darles una idea, qué pasó anoche. En función de las nuevas medidas sanitarias por el Covid, nosotros tenemos dos grupos de funcionamiento en la UNITRA en el Clínicas, para tratar pacientes alcoholistas. No podemos reunir once personas en una habitación cerrada, porque no estamos respetando los criterios sanitarios. Tratemos de hacer la reunión de grupo por zoom. Juntemos los dos grupos -porque los habíamos dividido-. Intentamos localizar a doce personas y, solamente una de las doce que asistimos, tenía la posibilidad de tener un teléfono con video para poder interactuar por zoom. Las otras once no. O tienen celulares que no tienen video, o directamente no tienen. Entonces esa población, que por supuesto la enorme mayoría carece de referentes, también necesita tratamiento. Entonces, quizás no sean candidatos para algunas comunidades terapéuticas sin duda, pero también tenemos que dar respuesta a esa gente. Después, creo que, en esta conceptualización de adicciones como patologías crónicas, el lugar de los grupos de autoayuda es muy relevante. Porque en general, los dispositivos están pensados para tratamientos de un año, dos años, quizás algo más y, el grupo de autoayuda, sin costo, le permite a la persona renovar su determinación de mantenerse libre de consumo, en la frecuencia que pueda considerar pertinente, y no tiene límite de tiempo. Es algo que está siempre disponible. Creo que son recursos valiosísimos que tenemos y que debemos apoyar. Otros aspectos que tienen que ver con la asistencia, es que tenemos que actualizar el Vademécum. Tenemos algunos medicamentos, que por lo menos tienen una evidencia relativa o de primer orden, en el tratamiento de algunas patologías como es el alcoholismo y, sin embargo estamos usando medicación antiquísima. Estamos usando el Tiapride como principal fármaco de tratamiento del alcoholismo, cuando hace más de 36 años que no hay una publicación científica que diga que sirve. Sin embargo, la Naltrexona que por lo menos el 30, 40% de los pacientes responde, no lo tenemos accesible. No está a nivel de las mutualistas, no está a nivel de ASSE y vamos a tener que mejorar eso, si queremos mejorar también las prestaciones. Un hecho que, creo yo, es interesante, es que por suerte no tenemos heroína. Pero el consumo de opiáceos viene creciendo. No sé si hay acá gente que está trabajando en clínica, pero a nivel mutual estoy viendo cada vez más dependientes, sobre todo de Tramadol y de otros fármacos (mujeres también me dice Fredy, si). Y, en el tercer estudio de prevalencia en la emergencia del Hospital Pasteur, el consumo de opiáceos se había multiplicado por ocho, respecto a los estudios anteriores. Y no era un opiáceo indicado en la emergencia para tratar un dolor agudo, era un opiáceo que la persona venía consumiendo antes de llegar a la emergencia. Entonces yo creo, que son hechos a tener en cuenta y que tienen que alertar. Otro aspecto que creo central y comparto con Bartolomé Pérez, cuando planteaba que la obligación de la gente a tratarse no funciona, con esto de la judicialización. Yo creo que no debemos judicializar los tratamientos. Si empezásemos a judicializar los tratamientos, rápidamente se nos van a obturar los distintos dispositivos de tratamiento que tenemos y, no vamos a poder dar una respuesta adecuada. Respecto de un proyecto de ley que se está discutiendo, yo creo que si una persona adicta o dependiente de sustancias, está en un momento de sobriedad -en donde estamos planteando que firme la voluntad anticipada para internarse si recae-, cuando está sobrio y sabe que tiene una dependencia, es el momento para que empiece un tra-

tamiento. ¿Para qué vamos a esperar que la persona se intoxique o tenga una complicación? Entonces me parece que esa herramienta, responde a nuestras carencias en nuestra oferta de tratamiento. Si tuviésemos mejores ofertas de tratamiento y mejor accesibilidad, es probable que eso nunca hubiera llegado a tratarse. Entonces ahí también, tenemos nosotros que asumir nuestras responsabilidades. Por último dos cosas. Uno es alertar sobre que están circulando en el país marihuanas de alta potencia. Gente que yo trato habla de la variedad Rainbow, de la Gorilla Ghost, BSF (Best, Stronger and Faster), variedades todas por encima de 25% de THC, algunas por arriba de 30% de THC. Y esto no debiera suceder. Porque evidentemente estas variedades son potencialmente muy nocivas. El otro aspecto y, que dejo para la polémica es -yo creo y lo he dicho antes- que tendríamos que pensar en que el acceso a la compra de alcohol, marihuana, debiese hacerse a partir de los 21 años y no de los 18. Con 18 años, los cerebros son muy inmaduros y nosotros tenemos que tratar de preservar el capital cerebral de nuestra juventud. Y creo que 18 años, es una edad muy temprana para que se expongan a tóxicos. En realidad, si uno va a la evidencia tendría que decir, bueno el cerebro va culminando su maduración cerca de los 25 años. Si yo digo 25, la reacción va a ser terrible; 21 años es ya la edad en la cual, muchos países fijan el tope, para poder acceder a bebidas alcohólicas o comprar cannabis. Gracias.

Dr. Horacio Porciúncula,

Médico psiquiatra. Coordinador del Programa de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública.

Me sumo a los agradecimientos por la invitación. Quiero comentar que desde acá arriba, cuando miro el lugar ya me impacta los papelitos que dicen que no se puede sentar, esta cosa de la realidad, la cual nos invade a todos. Creo que seguramente, la Secretaría Nacional de Drogas va a tener puestas estas presentaciones en alguna forma que las podamos ver varias veces, porque han sido riquísimos los aportes de cada una de las personas que hablaron. Cualquier comentario que uno fuera a tomar específicamente de cualquiera de las exposiciones, sería sin dudas, extremadamente valioso, y eso muestra la valía de la organización para este evento. Quería hacer en estos minutos algunas consideraciones; que puedan hacer también como miradas sobre lo dicho y algunos aportes. Miradas sobre lo dicho; está claro que la interinstitucionalidad en la mirada de la acción en el consumo de sustancias, es absolutamente básico. Que la interdisciplina hoy por hoy sería muy tonto discutirla. Entonces, voy a centrarme en algunas cuestiones vinculadas al tratamiento, con una buena y una mala noticia. La buena noticia, es que en algunos estudios de estos últimos tiempos que estuvimos revisando con Agustín Lapetina²³, vimos que la mayoría de los consumidores de sustancias remite espontáneamente. Y cuando me decía esto Agustín, uno empezaba a repasar estos cuarenta y pico años de experiencia clínica. Y me acuerdo, no solo de aquellas personas que pudieron pasar por un proceso terapéutico con uno y, que después dejaron de consumir. Sino me acordaba de muchos compañeros de Facultad que de repente tenían algún tipo de consumo, que en algún momento podía incluso ser problemático y, que remitieron espontáneamente con el proceso de la vida, el amor, los cambios sociales, no sé. Esa sería la buena noticia. Es decir, la mayoría de las personas que consumen sustancias, aunque tengan en algún momento uso problemático, puede remitir espontáneamente sin la acción de ningún efecto, de los que pretendemos, ser terapéuticos en esta cuestión. La mala noticia y, decía Juan Fernández, Maradona, lo tiró ahí al pasar. A mí me impactó todo lo que tenía que ver, con las miradas diferentes sobre la historia de esta persona, más allá de la persona. Sino el fracaso de todas las terapias y tratamientos en diferentes lugares del mundo, con diferentes miradas y, la construcción de la personalidad y el entorno, todo esto que de alguna manera nos interpela en el día de hoy. Entonces, para pensar el tratamiento con estas cuestiones conceptuales que ya más o menos están claras, me voy a parar en solo dos lugares. Un lugar, que tiene que ver con la comunidad y, un lugar que tiene que ver con la internación. Cuando hablamos de comunidad y la construcción de políticas en la comunidad, estamos hablando de una mirada que tiene que ver en su construcción, una cuestión muy regional y local. Nosotros decimos frecuentemente, que no es lo mismo (en los departamentos de) Rivera y Artigas que Durazno y Tacuarembó; que no es lo mismo Rocha en verano que Rocha en invierno. No es lo mismo la mirada que tiene el familiar, que la que tiene el técnico. Entonces, cuando hablamos de la construcción inter-mirada, tenemos que pensar que se construye con estas características. Y lo digo, porque además instrumentos que ya han estado funcionando, como

23 Sociólogo, experto en drogas, funcionario del Ministerio de Salud Pública.

son las miradas de los Ciudadela²⁴ que cuando los pensamos como tal, recuerdo que el nombre Ciudadela fue, porque estábamos en la Plaza Independencia mirando la puerta de la Ciudadela y dijimos en ese momento, un lugar de pasaje de un lado al otro, que contemple, que vea, que de alguna manera permita que los familiares tengan un lugar donde asesorarse, no estaba pensado desde el punto de vista del tratamiento....Y el proceso determinó, que la gente en la región se empoderó de estos lugares, los defendió y construyó de una manera, que ni siquiera nosotros habíamos pensado. Cuando hace unos años atrás se quedó sin plata para financiar muchos de ellos, el Intendente del Departamento X vino a quejarse porque se caía el Ciudadela. Eso a nosotros nos enseñó muchísimo en cuanto a la construcción, que no parte de nosotros, sino que parte de quien realmente tiene la necesidad de ello, que es la propia comunidad, y da respuestas a esa comunidad. Esto habla de la interinstitucionalidad. No de la interinstitucionalidad que venimos trabajando desde el artículo 11, solamente desde el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social. Sino de la interinstitucionalidad en territorio, donde intervienen además las fuerzas vivas, las ONGs, participan también las Intendencias. Ese es un punto que a nosotros nos parece como para seguir trabajando, desde el punto de vista del desarrollo de políticas. El deporte ha mostrado ser el más efectivo controlador para el desarrollo de vida sana. Desarrollemos los deportes que va a ser mucho más eficaz en muchos lugares para esto. Concepto: comunidad – territorio – necesidades reales. Me voy a parar en el lugar de la internación y me salteo todo el resto porque los tiempos son muy estrechos. Hablo de internación voluntaria y no voluntaria. Internación voluntaria. A aquéllos que trabajamos hace más de 40 años en este tema, les pregunto, quién se interna voluntariamente para dejar de consumir una sustancia. Y les digo, hay cinco situaciones en las cuales las personas se internan voluntariamente. Es cuando están frente a una situación de pérdida. Porque están a punto de perder la libertad, porque sino lo van a llevar en cana y entonces logran transitar por el proceso jurídico, mejor me interno para salir. Perdieron el vínculo afectivo y entonces están con un cuadro depresivo; solamente porque en ese momento las personas que querían, dijeron, si vas a seguir consumiendo no te quiero ver más. Porque perdieron su constitución de vida, orgánica y, entonces tengo un sangrado por consumo excesivo de alguna sustancia; entonces me asusto y pido la internación. Porque tengo miedo de perder la vida, porque le debo a los que consumí y me están buscando para cobrarme. Y algunas otras situaciones vinculadas a la pérdida, situaciones muy particulares, que seguramente ustedes recordarán. En esa situación, la persona se interna. Y a los tres, cuatro días o cinco días empieza a decir, cuando me voy doctor. El nunca más, duró o dura hasta la próxima vez. Y en ese mismo momento, la madre dice, cuánto tiempo más lo puede dejar; “déjemelo un poco más doctor”. Esto lo dice el doctor Usher²⁵ cuando hablamos de estas cuestiones; dice, en los procesos de internación, la persona se quiere ir y la familia quiere que se quede. Pero además quiere que se quede, porque por un lado no sabe mucho que hacer, para controlar esta situación que los desborda. Todos los días hablamos con los usuarios y hablamos con las madres, que nos llaman para decirnos, doctor en la mutualista tal, no me están dando los días de internación que mi hijo necesita, y yo creo que cinco o seis meses estaría bien; y en cinco o seis meses... en siete u ocho días... ya la persona no quiere más. Entonces desde este lugar pensar que, como decía la Dra. Laborde, es el (dispositivo) Erica -el equipo de respuesta integral a la crisis adictiva- la ventana de oportunidad, que nos va a permitir, de alguna manera, tener la posibilidad de iniciar un tratamiento de verdad, donde poder disponer una georeferenciación para el seguimiento. Porque uno de los grandes errores que todos tenemos en los procesos terapéuticos es que se cortan, no articulamos; entonces lo veo en un lado y después no hay seguimiento, no sabemos cómo continuar el proceso. Es la oportunidad

24 Dispositivos de orientación, consulta, diagnóstico y derivación de la Red Nacional de Drogas.

25 Dr. Álvaro Usher, Psiquiatra Especialista en Adicciones.

para esa valoración orgánica; es la oportunidad para hablar con la familia, porque normalmente en esas circunstancias viene; es la oportunidad para generar un plan terapéutico individualizado. Porque no hay tratamientos para estandarizar; cada una de las personas tiene la necesidad de un tratamiento personalizado. Y finalizo con la internación compulsiva; la internación como hablaba Pablo Fielitz hace unos minutos atrás. Y ahí me voy a agarrar fuertemente de la Ley No.19.529, que es la Ley de Salud Mental, que prevé en qué circunstancias se puede internar contra la voluntad, y porqué, y para qué, y por cuánto, y quién es el responsable de la mirada integral inmediata, para que estas personas tengan una posibilidad real. Yo soy adicto. El 10 de agosto de 2008 deje de fumar después de mucho tiempo. Digo esto y se me hace agua a la boca. Día a día tengo que volver a pensar que hoy, no voy a fumar. Gracias.

Prof. Mag. Hugo Rodríguez Almada,

Médico. Profesor Titular Grado 5 - Director de la Cátedra de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Facultad de Medicina, Udelar. Master en Medicina Forense, Universitat València.

Muy buenos días, quiero agradecer muchísimo a la Junta Nacional de Drogas, por el privilegio por poder participar de esta actividad, a la cual solo puedo aportar muy lateralmente, y desde una visión general, porque, realmente, lo que hice fue aprender de las exposiciones de los comentaristas y también y especialmente de esa intervención inicial, provocadora y, me parece, muy profunda del Dr. Daniel Radio, Secretario General. Era muy difícil expresar en diez minutos algunas ideas sobre un problema tan complejo o sobre tantos problemas complejos y encima Juan Fernández colocó a Charly García y a Maradona, que justificarían un seminario cada uno, más Eduardo Mateo, mencionado por Daniel Radio en su intervención inicial. No puedo entrar en eso, por supuesto, aunque sería maravilloso poder hacerlo, y me quedo con una frase de Diego Maradona, que capaz nos hace pensar, una frase críptica que capaz que nos hace pensar cuando dijo: “¿Te das cuenta del jugador que hubiera sido yo, si no hubiera sido por la cocaína?” Expresado por el mejor jugador de todos los tiempos. La reflexión mía con respecto a la actividad, que va a tender a ir a hacia lo legal, parte de dos comentarios iniciales, generales, que me interesa hacer, porque me parece que estas instancias hay que aprovechar para discutir, para confrontar. Como hicieron todos los compañeros, ¿no? No para hacer intervenciones de compromiso. Una primera cosa que yo quiero señalar es la necesidad de conjugar la dialéctica de lo general y lo particular en este tema. Por un lado está claro que no todos los fenómenos merecen la misma respuesta. Y es tan claro como que las respuestas particulares no pueden estar al margen de los grandes principios generales establecidos por las líneas políticas. Más en este tema, en que Uruguay yo entiendo que tiene fortalezas a través de una institucionalidad bastante asentada, también con elementos de interinstitucionalidad, y también con políticas de Estado bastante claras, que no es frecuente en otras áreas de la actividad. Y otro aspecto es la política del marco teórico con el pragmatismo. ¿No? Se ha manifestado, me parece, mayoritariamente o en la generalidad, el distanciamiento con los paradigmas reduccionistas, prohibicionistas, condenatorios, que parecen ubicar el problema este, en el casillero de la moral y no en de la salud pública. Con esa visión estoy absolutamente distanciado y no tengo, desde luego, nada que ver. Pero no sería franco si no digo, que tampoco esto puede sustituirse por una mirada de corrección política, llenas de palabras de moda, que incluye también otros prejuicios diferentes, que pueden llegar a banalizar y minimizar el problema sanitario y termina por no dar respuesta. La medicina, esa es la experiencia que yo tengo digamos, y lo que yo vivo, ha seguido un camino de súper especialización, que mas allá de algún aspecto positivo, encarna una visión general que es negativa que es la pérdida de la perspectiva general, y en última instancia la posibilidad de ser eficaz terapéuticamente. Es esa anécdota bastante común en la medicina, y que nosotros entre los médicos la decimos irónicamente, pero que la escuchamos. Es el paciente que se muere en el CTI y el cirujano dice: “quirúrgicamente fue un éxito. Se murió de un fallo multiorgánico”. Esa es el quinta esencia de la visión fragmentada, la de catalogar de un éxito un acto médico quirúrgico, de una persona que se murió. Entonces, pero esto que pasa en la

medicina también le pasa a los legisladores. Los legisladores deberían tratar de ponerse a resguardo de dar respuesta parciales, pensadas por patología, tras análisis parciales, muchas veces al influjo de tendencias de opinión pública o de trending topics o de la capacidad de lobby de cada grupo social. Si se va la legislar por patología, se va a asignar recurso por patología, se van a tomar medidas respecto, por ejemplo, a la internación por patología, se pierde absolutamente la perspectiva general de lo que debe ser la legislación sanitaria y la legislación de derechos. Esa tendencia tendría que sustituirse en mi criterio, y esto es un criterio que acuerda todo el equipo de nuestra cátedra, por políticas de Estado de corto, mediano y largo plazo. Libre de prejuicios, de todos los prejuicios, sobre todo de los prejuicios de los usos problemáticos de sustancias, pero también sobre sus tratamientos y sobre los prejuicios de los usuarios de sustancias, pero también sobre los médicos, los psiquiatras y sobre los psicólogos. El problema se me ocurre que es demasiado importante y demasiado serio, para permitir su reducción a miradas fundamentalistas de cualquier tipo. Se mencionó en intervenciones anteriores y es de estado público, que se ha manifestado interés en legislar respecto a internaciones involuntarias para los pacientes que tienen uso problemático de drogas. En nuestra opinión, desde nuestra cátedra, no hacen falta nuevos marcos legales para esto. Es decir, en todo caso, habida cuenta del marco legislativo que hoy Uruguay tiene, y bastante reciente, la labor de los legisladores debería concentrarse en conseguir los recursos suficientes para que se puedan aplicar las políticas sanitarias necesarias. Pero no hay ninguna limitación a la posibilidad de tratamiento de cualquier nivel. Está perfectamente reglamentada la posibilidad de internar voluntariamente y está perfectamente reglamentada la capacidad de internar involuntariamente. De manera tal que no hay necesidad de colocar ese fetiche de la internación involuntaria, que tiende a ser una promesa de que ahí tenemos una solución para un problema; cuando deberíamos hablarle claro a la gente y de frente y decirle que esa no es una solución para este problema. Y que no solo no es eficaz, si no que puede ser negativa, no solo en términos al problema del uso de sustancias, sino también al problema de la legislación general de derechos. Cuando se habla de consentimientos informados no revocables, cuando se habla de consentimientos informados sin información, porque se consiente en un tratamiento que no se sabe cuál es, a tal punto que no lo indicó nadie todavía, estamos ante un riesgo de un retroceso en una materia que el Uruguay, en los últimos años y en forma consensuada, ha sabido construir y ha significado avances. Y para finalizar no puedo menos que compartir la afirmación del Profesor agregado Pablo Fielitz, en cuanto a lo negativo que significa la judicialización. No solo en este caso. En general, en todo el ámbito de lo sanitario, la judicialización solo puede ser aceptada como un mal necesario y debe ser restringido a su más reducida expresión. Todo lo que signifique involucrar al sistema de justicia, al Estado, de manera tan coercitiva como lo hace el sistema judicial, es algo que verdaderamente va en contrario de los paradigmas terapéuticos que puedan tener alguna chance de obtener éxito. Muchas gracias

El video del evento está disponible en el canal de Youtube de la JND: https://bit.ly/ForoAcademicoJND_2020

Foro académico

Usos problemáticos de drogas: miradas y abordajes

Hemos tenido el privilegio de contar con la participación de destacados referentes de la Academia nacional e internacional, aportando valiosos insumos tanto desde la evidencia científica como desde su propia experiencia profesional. En este sentido expresamos nuestro agradecimiento a los integrantes de los paneles de Expositores y Comentaristas cuyo distinguido y sólido aporte, hicieron posible el logro de los objetivos propuestos por el Foro Académico.

