

Publicado en: Santiago Negrón, S. (2005) *Psicoterapia y abuso de sustancias*. En G. Bernal y A. Martínez, (Eds.), Teoría y práctica de la psicología en Puerto Rico. San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.

## Psicoterapia y Abuso de Sustancias

Por Dr. Salvador Santiago-Negrón

### **Introducción:**

El uso de sustancias para lograr estados alterados de conciencia es tan viejo como la humanidad misma. El ser humano es probablemente el único animal que planifica y anticipa cambiar su estado de ánimo o de consciencia mediante la ingestión premeditada de sustancias químicas. La reacción social a la utilización de sustancias para alterar los estados de consciencia ha sido sumamente diversa a través de las épocas. Las reacciones sociales a la ingestión de sustancias psicoativas han variado desde la santificación y consagración hasta el repudio e intolerancia total, en la historia de la humanidad.

De la construcción social que haga la sociedad de una droga dada, dependerá su actitud hacia los que la usan, y las medidas que la sociedad tome para adoptar un gradiente de acciones que va desde estimular su uso o repudiar el mismo. Las “psicoterapias” que se practican en un momento histórico dado, no están exentas de las influencias que ejercen las construcciones sociales que se hagan sobre el consumo de drogas.

Una de las variables de más importancia en el análisis de cómo interpretamos clínicamente el uso de una sustancia *específica*, es la variable cultural. La cultura y el contexto histórico son variables importantísimas en el análisis de la conducta “ingestión de sustancias”. La historia está llena de ejemplos donde la ingestión de una sustancia se percibe como un acto prestigioso o un acto ilegal o inmoral o patológico, dependiendo de los mores imperantes del momento. Como una cultura interpreta la conducta “consumo de una sustancia o droga” afectará la forma en que la ciencia y en particular la Psicología analizan este fenómeno.

Tan fuerte es la variable cultural, en como interpretamos la ingesta de drogas, que en ocasiones una sustancia dada puede ser santificada, tolerada o repudiada en diferentes momentos históricos dentro de una misma cultura. La actitud cultural hacia el alcohol en los Estados Unidos, el Tabaco en Europa y el Opio en la Inglaterra y la China son ejemplos que ilustran esta última aseveración. Específicamente hablando, el Alcohol en los Estados Unidos se concibió como una droga inofensiva en los tiempos coloniales, para luego convertirse en una droga medicinal, más tarde en una droga inmoral y prohibida constitucionalmente en la década de los años 20, a una droga recreacional glorificada, con acceso ilimitado por parte de los adultos en este momento histórico. Lo mismo ocurrió con el tabaco en Europa. Algunas sociedades

Europeas, han pasado por todas las gradaciones posibles de percepción ante el fenómeno de uso de esta sustancia.

Con el tabaco hemos pasado por prohibirlo totalmente, tolerarlo con recelo, promoverlo como sustancia salutoria (que induce a una mejor salud), y la de repudiarlo como una actividad antisocial y anti-salud. Es importante recordar que tanto el tabaco como el Alcohol son sustancias con alto potencial para crear dependencia.

Las causas y motivaciones para el uso o abuso o dependencia de una sustancia química dada, son múltiples y complejas. El estado de conocimiento de la ciencia nos indica que no existe una sola causa o motivación inclusiva que explique satisfactoriamente el uso de sustancias para obtener estados alterados de conciencia o cambios en estados de ánimo. Desde tiempos inmemoriales el ser humano ha utilizado sustancias químicas por razones, individuales, religiosas, y sociales.

Desde la década de los 80's los círculos salubristas parecen haber llegado al consenso de que siempre que hablemos de ingestión de una sustancia química con el propósito deliberado de buscar un estado alterado de conciencia, debemos hablar de lo que Zinberg, (1984), denominó el "set" y el "setting". Las **anticipaciones y predisposiciones** del grupo social de la persona que ingiere la sustancia se refieren al "set". Por otro lado, el "setting" se refiere a las **circunstancias o contingencias sociales** que definen en un momento y lugar específico donde se manifiesta una conducta dada. Es aconsejable para el neófito que comienza a estudiar el fenómeno de uso de sustancias que empiece definiendo las variables de "**predisposición**" ("set") y "**contingencia social**" ("setting"), para lograr un mejor entendimiento de la conducta "uso de drogas". De esta manera el estudioso del área de uso de sustancias está más consciente de los **apriorismos ideológicos** o dogmatismos que permean el área de las drogas como materia de estudio y práctica profesional.

Estos apriorismos ideológicos, matizan el entendimiento del fenómeno del uso, abuso o dependencia de drogas psicoactivas, y siempre están presentes en nuestros análisis. Actuar como si no existieran, es el peor error que puede cometer el profesional de la salud, por la consecuencia de convertirnos en seres acrílicos ante los valores, actitudes y expectativas y prioridades que todos tenemos ante el fenómeno de uso de drogas.

El fenómeno de dejarse influenciar por el "zeitgeist" o espíritu de los tiempos en el análisis de conductas complejas, y en la formulación de teorías sobre un evento dado, como lo es la dependencia a drogas, es magistralmente descrito por Thomas Khun, (1962) en su libro The Structures Of Scientific Revolutions. Este libro debe ser lectura obligada de todo estudioso del campo de la Psicoterapia y abuso de sustancias, por su aportación al análisis de los fenómenos sociales, tomando en consideración, no tan solo las variables clásicas que exige la epistemología moderna, sino también **la metodología de análisis de premisas y valores** (apriorismos ideológicos). La tesis principal de Khun es que el estudio sistemático de los paradigmas o premisas de

las cuales partimos, en última instancia producirá nuevos niveles de entendimiento y de conocimiento, que el mero estudio de la relación entre variables espúreas.

Un paradigma se define como el conjunto de premisas que adoptamos como postulados incuestionables para nuestros análisis. Estos paradigmas usualmente no son cuestionados por el científico ya que se dan como premisas “naturales” que no requieren análisis crítico. Khun, insiste en que en ocasiones, las premisas de las cuales partimos son más importantes en la solución de problemas que el análisis de la relación entre variables en un momento histórico dado. Un ejemplo de esta última aseveración es la situación que se presenta en la edad media, donde se partía del paradigma o premisa de que la tierra era plana. Este paradigma (premisas no cuestionadas) generó opciones diferentes para llegar al oriente desde el occidente, que si se hubiese adoptado el paradigma que adoptó Cristóbal Colón, de que la tierra era redonda.

En el área de abuso de sustancias históricamente adoptamos el Paradigma de que el que abusa o depende de unas drogas en particular “sufre de una deficiencia del carácter” o es una persona con una “personalidad antisocial”, o es un “psicópata.” Nótese que bajo estos paradigmas miramos el fenómeno consumo de ciertas drogas como indicadores de “patología” o déficit de personalidad.

Bajo el paradigma de “Patología”, tendemos a dividir el mundo entre los “sanos” y los que exhiben algún nivel de “malignidad.” Sin lugar a dudas, que entre estos extremos (sanos versus patológicos) existe un mundo de variables asociados al consumo de sustancias, que no se conforman al modelo médico. Baste señalar como ejemplo, el consumo de hoja de Coca por parte de los nativos del Perú y de Bolivia. Esta práctica de consumo por este grupo cultural, no genera ni la histeria colectiva ni el tipo de intervención clínica que se inicia en otros países ante el consumo de Cocaína.

La variable antropológica debe ser un eterno acompañante del terapeuta clínico cuando planifica intervenir con poblaciones que consumen drogas psicoactivas, ya que la misma es una conducta que está estigmatizada por la mayoría de los países industrializados modernos, especialmente por los Estados Unidos de Norteamérica, líder del Modelo Prohibicionista. Es el campo antropológico el que le permitirá a los profesionales de la salud retomar el tema del uso abuso y dependencia de las drogas y su intervención clínica desde una perspectiva más amplia que el mero encasillamiento de personas en etiquetas nosológicas que a veces resultan de dudoso valor. Muchas veces, las personas diagnosticadas con distintas condiciones psiquiátricas o con diagnósticos duales, terminan en los mismos tratamientos independientemente de su necesidad clínica. Esta situación se da en las comunidades donde el factor legal y de su condición o estatus de asegurado pesan más que su condición de salud real.

Según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, desde 1990 (Colón, H., 1993) se ha observado que la heterogeneidad de los problemas de abuso y dependencia de sustancias, unido a la limitada efectividad de los tratamientos clínicos,

ha forzado la expansión de alternativas de intervención que incluye iniciativas clínicas y de salud pública diferentes.

El Paradigma clásico que recoge el Manual de Diagnostico Estadístico, mejor conocido por sus siglas en ingles como “DSM-4”, (1994), define ciertas conductas asociadas a la ingestión de sustancias como “desórdenes Psiquiátricos”, o indicadores de patología. Muchas personas usan este manual como si fuera un medidor objetivo de patología, sin tomar en cuenta las contingencias y factores sociales que inciden en que una persona decida usar drogas. Esta forma mecánica de usar el manual, no nos permite observar como este “sistema de etiquetas” podría sesgarse hacia los grupos menos privilegiados y más marginados por nuestra sociedad. Como el sistema psiquiátrico de clasificación de conductas no contempla la epidemiología de dichas condiciones, en ocasiones las mismas se inclinan a reconocer más “patología” en poblaciones marginadas, que en poblaciones más afluentes. A pesar de que se entiende que el consumo de drogas ilegales es comparable entre los blancos y los negros en los Estados Unidos, el nivel de arrestos de las personas negras es 12 veces mayor que el de las personas blancas, Donzinger, (1996).

De acuerdo al Departamento de Justicia federal, (1994) por cada persona blanca que se arresta por uso de drogas, se arrestan tres personas negras y por cada persona blanca que se encuentra confinada existen 7 personas negras confinadas. Es importante notar que según el DSM-4, uno de los criterios para llenar el diagnóstico de dependencia o de abuso es: “**uso persistente de una droga a pesar de problemas**”. Uno de los “problemas” típicos que se señala en las evaluaciones clínicas es **el haber tenido problemas con la ley**. Esta condición de criminalización de una enfermedad como la es la dependencia de drogas, sesga los diagnósticos más severos hacia las personas más susceptibles de ser arrestadas en una sociedad en particular. En el caso de los EE.UU. son los negros y los hispanos y en Puerto Rico **son los pobres**.

La evidencia de este sesgo en P.R., se puede observar en el perfil de los confinados jóvenes adultos sentenciados al 30 de junio de 1994, donde Nevares,(1996) indica que el 96% de las personas que tienen tres arrestos o más, son usuarios de drogas. De esta población de usuarios, el 91.6% de ellos estaba desempleado al momento de su arresto, el 80.7% no tienen ocupación u oficio, 61% poseen una educación de noveno grado o menos y los ingresos principales del 55% provienen de asistencia pública. La gran mayoría de las personas que nos llegan a tratamiento, son pobres, desempleados, con una educación formal muy limitada, y sin destrezas vendibles en el mercado de los empleos legales.

Nuestros paradigmas modernos deben ser examinados antes de hablar sobre “Psicoterapia y abuso de sustancias” que es el tema principal de este capítulo. Pasemos ahora a definir conceptos básicos que nos permitirán una mejor comunicación más adelante.

Cuando hablamos de “drogas” en términos genéricos o de “fulanos esta en drogas” para referirnos a consumo de drogas ilegales exclusivamente, cometemos un

enorme error, ya que en la farmacopea moderna existen más de 4,000 drogas conocidas, muchas de ellas con un gran potencial de crear abuso y/o dependencia. Se estima que la humanidad solamente conoce un 10% de las drogas que existen en el mundo. Es por esta razón que siempre que hablemos de “drogas” debemos usar los nombres específicos de las mismas, ya que hablar de drogas sin usar su nombre puede llevarnos a generalizaciones sin sentido. En nuestro mundo moderno, preferimos usar frases tales como “fulano esta usando heroína diariamente” a “fulano esta en drogas”. Es más correcto decir “fulano es dependiente a la Cocaína”, que “fulano tiene problemas con la Cocaína”. Una mayor precisión en el lenguaje nos permite una mejor comunicación entre los profesionales de la salud.

Cuando hablamos de una condición de salud y la concebimos dentro del constructo de “enfermedad”, por lo general enfocamos en la **etiología** de la condición, la **nosología** y su **tratamiento** más aceptado por la comunidad científica. Lo más razonable que podemos decir sobre la **etiología** del abuso y dependencia de drogas es que estos fenómenos son de origen complejo, donde tanto factores sociales, como culturales, familiares y personales entran en juego como para producir esta rara condición. (García, y Colón et. al 1989; Canino, et. al. 1993; Robles y Moscoso et. al. 1990,1992,1995,1999).

### **Consideraciones Diagnosticas (Nosología):**

Los únicos instrumentos legítimos y aceptables para el establecimiento de un diagnóstico apropiado en el área de las drogas en Puerto Rico, son el Diagnostic Statistical manual(DSM-4), el Internacional Classification Psychodiagnostic Manual (edición #10), y el Diagnostic Interview Schedule (DIS), Robins (1982). El último instrumento mencionado es una versión validada en Puerto Rico con propósitos investigativos (canino et. al. 1987; Bravo, et. al. 1987).

El Manual de Diagnóstico Estadístico (conocido por sus siglas en inglés como el “DSM-4”), establece dos tipos de trastornos relacionados a uso de sustancias:

- I. Trastornos de uso de sustancias.**
- II. Trastornos inducidos por sustancias**

#### **I. Trastornos de uso de sustancias.**

Los trastornos de uso de sustancias se clasifican en:

- 1. Abuso de sustancias**
- 2. Dependencia de sustancias**

##### **A. Abuso de sustancias:**

Para que el uso de una sustancia por una persona se clasifique como **abuso** tiene que ocurrir las siguientes condiciones, manifestado por uno o más de los siguientes dentro de un período de 12 meses:

1. Uso recurrente de una sustancia resultando en fracaso al cumplir obligaciones mayores en el trabajo, escuela, u hogar.
2. Uso recurrente de una sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso.
3. Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes asociados al uso de la misma.

## **B. Dependencia de sustancias**

Por dependencia se entiende que es “el uso maladaptativo de una sustancia que lleva a la persona a impedimentos clínicos significativos , manifestados por tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses: (tres de siete en un periodo de un año):

1. Tolerancia (se define como el incremento de uso para lograr sensaciones iguales a las anteriormente experimentadas)
2. Presencia del síndrome de retirada (se define como la presencia de síntomas físicos cuando se deja de usar la droga)
3. Cantidad mayor de uso de la que se intenta (uso impulsivo)
4. Esfuerzos sin éxito de reducir el uso( pérdida de control).
5. Utilizar mucho tiempo en actividades para obtener la droga
6. Actividades sociales importantes sustituidas por uso de drogas
7. Uso persistente a pesar de problemas

Es importante notar que en la actualidad la tolerancia y la presencia del síndrome de retirada no son suficientes para un diagnóstico de Dependencia a Sustancias, contrario a lo que establecía el DSM-1 y el DSM-2, anteriormente. Estos cambios en los criterios diagnósticos de los DSMs son prueba fehaciente de que los diagnósticos en el área de las drogas se basan en decisiones administrativas aceptadas por consenso entre un grupo de expertos, que luego los profesionales de la salud aceptan como convencionalismos. Nótese que con la llamada homosexualidad, el DSM1 la clasificó como una enfermedad, mientras el DSM-4 ya no lo clasifica como enfermedad, sino como un estilo de vida. Lo mismo ocurrió con el café, donde el DSM-III-R lo clasifica como una droga que crea dependencia, mientras que el DSM-IV no lo clasifica como droga con potencial de crear dependencia.

## **II. Trastornos inducidos por sustancias**

Para propósitos de este capítulo nos limitaremos a presentar las clasificaciones de estos trastornos, por entender que son ampliamente descritos en el DSM-4.

1. Intoxicación Inducido por Sustancias

2. Síndrome de Abstinencia Inducida por Sustancias
3. Delirio Inducido por Sustancias
4. Demencia Persistente Inducida por Sustancias
5. Trastorno Amnésico Persistente Inducido por Sustancias
6. Trastorno Sicótico Inducido por Sustancias
7. Trastorno del Animo Inducido por Sustancias
8. Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias
9. Trastorno Sexual Inducido por Sustancias
10. Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias
11. Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias
12. Trastorno de Sueño Inducido por sustancias

Es importante recordar que existen innumerables drogas y sustancias que por sí solas o en interacción con otras drogas o ciertos ambientes pueden crear estados alterados de consciencia. Los profesionales de la salud deben hacer un inventario detallado de las sustancias drogas o dietas especiales que el cliente este llevando a cabo, ya que la ingestión de alguna de las mismas puede explicar la conducta que se observa en un momento dado.

### **Doble Diagnostico**

El abuso o dependencia de sustancias en ocasiones viene acompañado de diagnósticos duales que es necesario tomar en consideración antes de decidir que tipo de tratamiento es el más conveniente para un paciente en particular. El doble diagnostico se define como la coexistencia de trastornos relacionados con la dependencia a sustancias con otros trastornos psiquiátricos. La combinación de dos enfermedades coexistiendo en un mismo paciente, hacen la intervención del profesional de la salud mucho más retante, por los factores farmacológicos y de intervenciones psicosociales adicionales que hay que considerar en la intervención con los mismos. La etiología de los diagnósticos dobles ha sido descrita por Lehman y colaboradores,(1989) como una situación que se enmarca en cuatro hipótesis a saber:

- enfermedad mental primaria con Dependencia de Sustancias
- dependencia a Sustancias Primaria, con Secuelas Psicopatológicas
- diagnóstico Dual Primario; sin Etiología Común
- diagnóstico Dual Primario con Etiología Común (los casos en que existe un factor ocasionando ambas enfermedades)

El único estudio científico que arroja luz sobre los diagnósticos duales, en el área de abuso de sustancias, en Puerto Rico, es el de Canino y colaboradores, (1993). De acuerdo a estos autores, casi el 45% de la población general que cumplieron con criterios para diagnósticos de abuso y dependencia a drogas en algún momento de sus vidas (prevalencia de vida), cumplieron también criterios para uno o más diagnósticos psiquiátricos. Los diagnósticos más frecuentes que se encuentran entre las personas con Dependencia a Sustancias está los siguientes:

- alcoholismo con 45% de los casos
- desordenes de Ansiedad en 33% de los casos
- personalidad Antisocial en 17%
- depresión Mayor en 14% de los casos

Para el profesional de la salud que intenta establecer un diagnóstico apropiado con personas dependientes a sustancias, el conocer el tipo de diagnósticos duales que se encuentran con más frecuencia en esta población, permite establecer estrategias de intervención donde la comorbilidad de condiciones psiquiátricas es tomada en consideración. La frecuencia de diagnósticos duales es cambiante y dependiente de factores tales como la edad, tipo de sustancia que se usa, frecuencia de uso, educación y sistemas de apoyo con que cuenta el paciente. Los perfiles poblacionales sobre diagnósticos duales deben verse como variables dinámicas y cambiantes, y nunca como factores inmutables en todo paciente que se evalúa individualmente. Si hay algo de cierto en la Psicología Humana, son las diferencias individuales.

Una forma de acercarse al problema de abuso y dependencia de drogas es mediante el uso de un Modelo de Salud Pública. Este modelo no solo puede atender las necesidades individuales de los pacientes, sino que también puede servir para atender las necesidades comunitarias de promoción de la salud a nivel sistémico. La Salud Pública tiene como objetivos:

- reducir muertes e incapacidades prevenibles
- mejorar nuestra calidad de vida
- reducir las desigualdades en el estado de salud de las poblaciones que constituyen nuestra sociedad
- asegurar el acceso a servicios de salud

El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en EUA entiende que la misión de la salud pública consiste en cumplir con el interés de la sociedad de garantizar condiciones en las cuales sus miembros puedan estar saludables. El Modelo de salud Pública va mucho más allá de la prestación de servicios de salud a la población. La Diferencia del Modelo de salud pública de los servicios médicos está en su énfasis en los asuntos comunitarios (en cómo la comunidad se organiza para manejar sus problemas de salud), más que en los intereses de salud de los individuos en particular. Las funciones medulares de la salud pública son:

- AVALÚO del estado de salud de la población mediante la recopilación y análisis regular y sistemático de datos epidemiológicos.
- DESARROLLO DE POLÍTICA PÚBLICA abarcadora y adecuada en asuntos relacionados con la salud.
- ASEGURAR la disponibilidad de los servicios esenciales para promover la salud de la población.



Países con Modelos de Salud Pública de Avanzada son:

- Holanda
- Inglaterra
- Australia
- Suiza

Los conceptos modernos de salud pública, nos indican que antes de intervenir con una condición de salud debemos hacer tres cosas:

1. Determinar la magnitud de la condición a intervenir
2. Determinar la historia natural de dicha condición
3. Explorar la literatura científica para determinar que es lo más eficaz y lo más eficiente para intervenir con la condición, a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria.

### **Magnitud del Problema:**

La magnitud del problema nos permite determinar si la condición de enfermedad es un fenómeno raro, es frecuente o es epidémico en un grupo social determinado. La magnitud del problema también nos permite determinar el grado de **disfuncionalidad** que produce la condición específica estudiada. Por ejemplo, a pesar de que la magnitud de consumo de Cocaína entre los nativos del Perú es alta, el nivel de disfuncionalidad que produce la ingesta de cocaína a través de la masticación de hojas de coca es mínimo. La determinación de la magnitud de un problema de salud nos permite evaluar la seriedad del problema y cuantos recursos humanos y materiales debemos de invertir en combatir dicha condición.

Los únicos estudios científicos que permiten atisbar la magnitud del problema de adicción en Puerto Rico son los de Canino y colaboradores,(1987), García y Colón, (1989); Canino y colaboradores, (1993) y Robles y Moscoso,(1990,1992,1995 y 1999). Estos siete estudios apuntan a hacia la conclusión de que el fenómeno de abuso y dependencia de drogas ilegales afecta a menos del 8.2% de la población y la dependencia de drogas ilegales en Puerto Rico es un fenómeno raro, que afecta a menos del 5% de la población.(drogas ilegales definidas como Marihuana, Cocaína, y Heroína). Decimos raro porque entendemos que desde el punto de vista epidemiológico la prevalencia de la dependencia de drogas en Puerto Rico es de menos del 5% según lo evidencian la totalidad de los estudios científicos con que contamos hasta el presente. (García, M. y Colón, H. 1989; Canino, et. al., 1987; Canino, et. al., 1993; Robles y Moscoso et. al., 1991,1992,1995,1999). Esta conclusión es la misma para todos los estudios anteriormente descritos, a pesar de que se utilizaron diferentes metodologías para conducir los mismos. La aparente percepción de que la condición de uso de drogas ilegales es endémica en Puerto Rico proviene de que la mayoría de la gente utiliza los medios noticiosos para informarse y educarse sobre este fenómeno. En los medios noticiosos se tiende a confundir la intensidad y el dramatismo de una condición con la frecuencia de la misma.

Según Canino, (1993) la prevalencia de vida de la dependencia a drogas ilegales en Puerto Rico en la población adulta, es de 1.24% que es muy similar a la de los Méjico-Americanos (1.8%) y muy diferente a la de los Estados Unidos que es de 8.0%. Si la prevalencia de Canino y colaboradores es correcta, entonces en nuestros programas de tratamiento existe una gran cantidad de personas que no llenan criterio de dependencia ni de abuso. La posible explicación de esto es que hay personas que probablemente sean usuarios de drogas casuales, y se está ejerciendo presión de tipo legal o la coerción social para ingresar a tratamiento. Actualmente las llamadas “cortes de drogas le dan la “opción” al ciudadano entre tratamiento o cárcel. Ante esta disyuntiva muchas personas optan por a “fingir” ser adicto para evitar la encarcelación. Como en la mayoría de las veces no se hace un diagnóstico adecuado, es muy fácil “pasar” como paciente dependiente a drogas, especialmente si la opción es cárcel (ganancias secundarias).

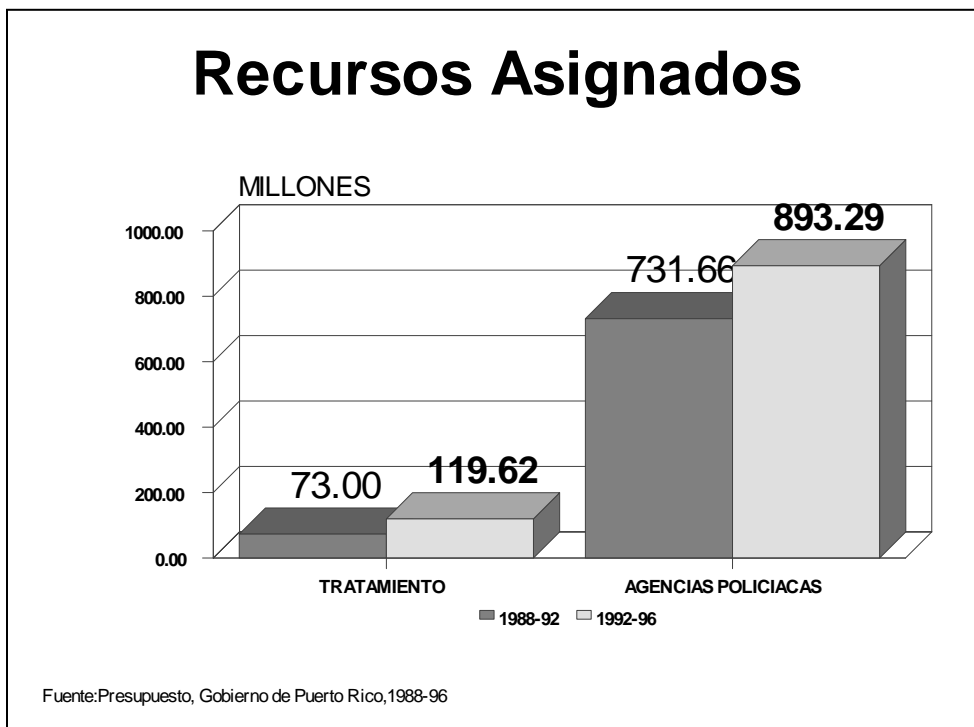
Uno de los problemas más serios a que se enfrenta un profesional de la salud, cuando intenta intervenir con una persona con problemas de drogas, es la **demonización** de este fenómeno por parte de la sociedad. La **demonización** se define como la atribución de maldad al acto de usar drogas. La demonización del uso de drogas tiene como consecuencia la marginación y persecución de los usuarios y la enajenación de los mismos de los sistemas de tratamiento existentes. Este fenómeno de demonización no es nuevo ya que ha ocurrido con otras condiciones de salud tales como la lepra en la edad media, la tuberculosis en el siglo XIX, el SIDA en el siglo XX. La demonización del uso de ciertas drogas por una sociedad en ocasiones influye sobre los profesionales de la salud, en términos de las opciones que tienen los mismos para tratar la condición de abuso o dependencia a las mismas.

Los profesionales de la salud a menudo comparten el criterio de que los problemas producidos por el uso del alcohol y las drogas son enfermedades “infligidas a sí mismos” por los propios pacientes y por voluntad propia. Esta creencia es un factor que afecta la calidad y la cantidad de servicios de salud que el adicto enfermo recibe. Kinney, (1996), indica que pudiera ser útil recordar que esto se pudiera aplicar a un sinnúmero de otras enfermedades, pero que sin embargo no lo hacemos. Muchas de las enfermedades crónicas que azotan la sociedad moderna tales como algunos tipos de cáncer, la hipertensión, las enfermedades respiratorias, y las enfermedades cardiovasculares entre otras, se relacionan de igual modo a hábitos o conductas aprendidas, tales como el hábito de fumar, la dieta, y la falta de ejercicio y los estilos de vida. Sin embargo, no le atribuimos la misma responsabilidad a las personas que se enferman debido a estos factores, como se lo atribuimos a las enfermedades generadas por uso de drogas ilegales.

Los profesionales de la salud que intervienen con los que abusan o dependen de las drogas tienen un reto especial de sobreponerse al impacto de manejar una enfermedad **criminalizada, y demonizada** por amplios sectores de la sociedad. La tendencia en Puerto Rico es a utilizar la mayor parte de nuestros recursos públicos en reprimir el uso de drogas ilegales por medio de la acción policíaca (control de la oferta) que la acción salubrista (control de la demanda). La literatura científica nos indica que

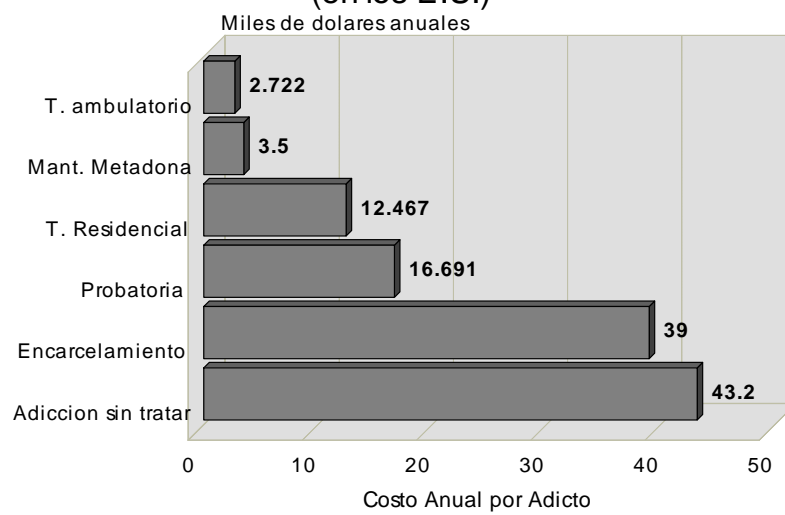
por cada dólar que se invierten en **acciones policíacas o de represión** contra el uso de drogas solamente se ahorran .52¢ en costos sociales. Por el contrario, por cada dólar que se invierte en **tratamiento y prevención** se ahorran \$7.48, Ryder et. al.,(1994). En otras palabras, el ahorro social es 14 veces mayor cuando invertimos como sociedad en intervenciones salubristas que en intervenciones represivas o de acción policíaca exclusivamente. Por conductas irracionales de nuestra sociedad, preferimos gastar nuestros recursos en donde menos producen(acciones policíacas) que donde más producen (tratamiento y prevención). En Puerto Rico se invierten 7 veces más recursos en la persecución del adicto que en su tratamiento. (Presupuesto de Puerto Rico 1988-96). Véase gráfica #1.

Gráfica #1



Otro de los problemas que confrontamos, es el hecho de que existen una gran mayoría de los adictos no reciben tratamiento y están en la libre comunidad. En Puerto Rico solamente se tiene cabida para atender aproximadamente el 8% de la población adicta, mientras en los EE.UU. sólo hay cabida para el 25% de sus adictos. Según muestra la gráfica #2, el costo social mayor que paga la sociedad es la adicción sin tratar y el encarcelamiento.

## Costo de las Intervenciones (en los E.U.)



Fuente: Maclellan et. al. (1994)

Gráfica #2

### **El Modelo de Mitigación de Daño (MMD):**

El Modelo de Mitigación de Daño es una vertiente del Modelo de Salud Pública, en tanto sigue su orientación y se enmarca dentro de este paradigma de intervención y manejo de problemas relacionados con la salud.

El Modelo de Mitigación de Daño toma uno de sus postulados más importantes de la resolución de La Organización Mundial de la Salud de 1968, que dice que “ **no le debemos hacerle a un adicto nada que le cause mas daño del que le puede ocasionar la droga de la que abusa o depende**” Es preferible y de mayor beneficio a la sociedad y a los individuos concentrarse en reducir los daños y riesgos ocasionados por el uso de drogas que enfocar todos los esfuerzos en eliminar totalmente el uso de drogas. Para el MMD el eliminar el uso de drogas totalmente es una meta irreal, por lo inalcanzable que resulta la misma. El Modelo de Mitigación de Daño parte de la premisa de que el uso de drogas estará siempre presente en nuestra sociedad (a igual que los accidentes de tránsito). Bajo el MMD lo más que podemos hacer es reducir el daño asociado al consumo de drogas sean estas legales o ilegales.

La meta de lograr una abstinencia total es tan sólo un valor aspiracional, que no debe confundirse con metas más realistas y alcanzables para la sociedad como lo es el uso regulado de ciertas drogas y la decriminalización y la medicación de otras drogas. . El MMD acepta que el uso de drogas no puede ser eliminado totalmente en nuestras comunidades. Insistir en la total abstinencia de la población usuaria de drogas es sólo una manera de evadir los problemas asociados al uso de drogas, tales como el VIH|SIDA, la Hepatitis, y el crimen.

El Modelo de Mitigación de Daño parte de el dato de que existen personas capaces de controlar su uso de drogas, y de lograr un estado de relativa salud y de funcionalidad, aún dependiendo de algunas drogas opiáceas, tales como la Metadona, o el LAAM. El MMD enfatiza la **normalización** de la personas con problemas de abuso o dependencia a drogas, ya sean esta legales o ilegales. Por normalización se entiende el que la persona que abusa o depende de drogas ilegales, tiene un problema de salud que debe ser atendido como cualquier problema de salud. En otras palabras, el problema de salud de los que abusan o dependen de drogas nunca debe usarse de excusa para marginar la persona, usarla de chivo expiatorio o demonizar y criminalizar su condición.

Todas las intervenciones del MMD deben dirigirse **a normalizar** y no marginar al usuario de drogas. La normalización de problemas de abuso y dependencia de drogas implica enmarcar los mismos dentro de un paradigma de salud en vez de uno de tipo penalista. La incorporación de la población con problemas de uso abuso o dependencia a drogas al sistema de salud mediante la normalización, evita la marginación, la creación de subculturas y desestimula la

formación del **crimen organizado** la **corrupción y la violencia y el VIH/SIDA**. Normalizar esencialmente quiere decir tratar la condición de abuso y dependencia de drogas como un problema de salud exigiéndole a la sociedad y al que usa drogas mayor responsabilidad para mejorar la calidad de vida de todos, en vez de la enajenación de un sector de la sociedad y el ensalzamiento del neopuritanismo de otros.

El MMD no promueve el uso de sustancias psicoactivas ni se opone a la abstinencia. El MMD exige a las autoridades que demuestren interés en la salud y el bienestar incluso de aquellas personas que usan drogas ilegales, respondiendo a sus necesidades médicas y psicosociales.

Exigir "cero tolerancia" del uso de drogas y de los usuarios es anti-ético y violenta los principios de la salud pública, porque demoniza a las drogas y a quienes las usan, y le atribuye a los usuarios poco o ningún valor social. El exigir cero tolerancia ignora una de las características más notables de la condición de dependencia a sustancias: **las recaídas**.

## Tácticas de Mitigación de Daño

1. Hacer programas e intervenciones clínicas accesibles y aceptables para los pacientes. Las intervenciones no pueden ser intimidantes y atropelladoras de los derechos básicos de los adictos como ciudadanos. (se les atropella cuando se les exige pedir dinero en las calles como “ parte de su tratamiento” , violándoles su privacidad y el derecho a la confidencialidad de su condición de salud).
2. Intercambio masivo de Jeringuillas para evitar el VIH|SIDA. Desde 1983, el Departamento de Salud de Inglaterra adoptó la estrategia de que el combatir el VIH|SIDA debe tener prioridad sobre el intervenir con el abuso o dependencia de los pacientes, proveyendo agujas limpias a los usuarios de drogas inyectadas para evitar que se contagien con enfermedades más serias que la dependencia y el abuso de sustancias ( después de todo de la dependencia se puede salir, pero del SIDA no, por ser incurable). Enseñar a los usuarios a esterilizar su parafernalia de inyección también es parte de las estrategias de mitigación de daño.
3. Repartición de condones, y consejería sobre practicas de sexo seguro para evitar la complicación mayor de adquirir otros problemas de salud, contagiar a otros con enfermedades de transmisión sexual. La optimización de la salud del paciente dependiente de drogas, mediante las intervenciones que eviten el deterioro mayor de su salud, es una meta del MMD.
4. Facilitar acceso a tratamiento de la persona que abusa o depende de drogas mediante el contacto amigable de los salubristas, y la provisión de servicios ansilares. Este contacto permite monitorear **los estadios de cambio** motivacional del paciente potencial. Los estadios de cambio se definen como las etapas de reflexión que preceden la determinación de una persona con problemas de abuso o dependencia a sustancias, a buscar tratamiento, Diclemente y Prochaska,(1998). Estas etapas son: **precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento** . Este modelo transteórico de cambio se puede utilizar como un instrumento para lograr referidos expeditos a un tratamiento adecuado y una mayor retención del paciente en tratamiento. Este modelo no tan solo contempla la diferentes etapas de los estadios de cambio hacia la rehabilitación sino que incluye **los niveles y los procesos** de cambios motivacionales hacia la búsqueda y aceptación de tratamiento por parte de la persona que abusa o depende de sustancias. Monitorear los estadios de cambio, permiten evaluar cuando el paciente potencial está listo, para aceptar tratamiento y maximizar el aprovechamiento del mismo. Estas variables extra terapéuticas (los estadios de cambio) nos indican que existen factores de extrema importancia además de los tratamientos clínicos que los profesionales de la salud deben tomar en consideración cuando diseñan sus intervenciones, para activar referidos, y motivar a sus pacientes a mantenerse en tratamiento . Por ejemplo, el programa de Intercambio de jeringuillas es una de las organizaciones, que más refiere dependientes a Heroína a tratamiento, en Puerto Rico (Colón, H., 1993). Por su relación de aceptación y de camaradería de las personas que están activos en la comunidad usando drogas y su capacidad para

**monitorear estadios de cambio** en sus clientes, los manejadores de casos de este programa logran pararear la motivación del paciente potencial con el referido expedido a programas de tratamiento. Evaluar el estadio de cambio de un paciente antes de comenzar un tratamiento nos parece una iniciativa oportuna que los profesionales de la salud deben tomar en consideración si desean maximizar sus valiosas intervenciones clínicas y los recursos de sus programas. Desafortunadamente, discutir en detalle el **Modelo Transteórico de Estadios de Cambios** esta fuera de los objetivos de este capitulo, para detalles sobre este modelo refiéranse a Prochaska & Diclemente y Norcross, (1992)

5. Educar sobre detección de potencia y calidad de las drogas. Una de las formas de evitar las muertes por sobredosis, y otras enfermedades es informando al adicto sobre la calidad, pureza o tipos de contaminantes que las drogas que se vende en la calle. Esta intervención se hace mediante las pruebas de laboratorio de las drogas que los adictos intentan utilizar, o la que incauta la policía.
6. La decriminalización por uso de drogas es otra medida de mitigación de daño que evita la marginación del paciente y facilita **el acceso** a los tratamientos disponibles.
7. El MMD aboga por reformas a la Ley de Sustancias Controladas, tales como la decriminalización de la Marihuana, tratamiento de Metadona en las cárceles, dopaje específico en vez de indiscriminado y evitar que las jeringuillas se vean como parafernalia ilegal, entre otras. Una de las prioridades del MMD es expandir las iniciativas de prevención, tratamiento y políticas dirigidas a reducir **la demanda** por drogas tanto legales como ilegales y a reducir el daño asociado con el uso de drogas, y las prácticas punitivas con los enfermos con dependencia a sustancias.

### **Medicación y Mantenimiento con Metadona y Otras Drogas.**

El modelo de MMD cuenta con uno de los instrumentos más poderosos para reducir una de las secuelas mas preocupantes que tiene la comunidad Boricua: esto es el crimen y el VIH|SIDA. Por ser la medicación con Metadona el tratamiento más efectivo que se conoce para el tratamiento de la dependencia a opiáceos (Gerstain, 1994, Ball y Ross, 1991), concentraremos en discutir sus postulados y los resultados obtenidos con este tipo de intervención terapéutica. Medicación se define como el proceso de sustituir una droga de abuso por una menos peligrosa, y que permite mayor funcionalidad al paciente y mitiga daños y enfermedades asociadas al uso de la droga original que se intenta sustituir. La Metadona es la drogas de elección que se utiliza en la medicación para pacientes dependientes de Heroína. La Metadona es un medicamento utilizado en el tratamiento para la adicción a heroína que ha estado disponible desde la década de los 60,. Dole, y.; Nyswander (1967).



La Metadona se usa de la siguiente forma:

- Se usa: en detoxificación – esta es una intervención de breve duración para controlar los efectos indeseables del síndrome de retirada a la heroína en la persona que busca abstinencia.
- Como tratamiento en terapia de mantenimiento con Metadona (MM), para la persona con dependencia química a la heroína que no puede o no está listo para la abstinencia, con el propósito de normalizar su vida en la medida en que esto sea posible. Por ejemplo, se sabe que la dependencia a Heroína tiene un efecto promedio de tres horas aproximadamente. Cuando el adicto tiene que buscar su dosis cada 3.5 horas se le hace imposible llevar a cabo una vida normal de trabajo y de cumplir con otras responsabilidades sociales. Con el uso de la Metadona en dosis adecuadas, el paciente sólo necesita una dosis cada 24 horas, lo que le permite trabajar y llevar a cabo otras responsabilidades sociales con mayor confiabilidad.

La Metadona en dosis adecuadas, (70mg diarios) elimina el deseo (martilleo) por heroína y reduce en aproximadamente 47% el uso concurrente de cocaína. Numerosos estudios en los Estados Unidos demuestran que la terapia de MM reduce en alrededor de 70% la actividad criminal del usuario de heroína y reduce en alrededor de 70% el uso de heroína inyectada, reduciendo el riesgo de contagio con VIH y otros virus transmitidos en la sangre. Varios estudios en los Estados Unidos, y Europa, (Dole y Nyswander, 1965, Mcglathlin y Anglin, 1981; Hubbard et. al, 1989, el informe del General Accounting Office (GOA) ante el congreso de los Estados Unidos,(1990); Ball y Ross, 1991; Gerstain, et. al. 1994) demuestran que la terapia de MM mejora el estado general de salud del usuario de drogas inyectadas, y resulta en mayor retención de pacientes comparado a otras modalidades de tratamiento. El tratamiento de mantenimiento con Metadona, unido a consejería, más servicios médicos y psiquiátricos, consejería vocacional y terapia de familia (conocido como el modelo enriquecido) es superior a las otras modalidades que se conocen en términos de efectividad McLelland et. al. (1993).

Las características de los programas de MM que son exitosos indican que los empleados:

- tienen adiestramiento adecuado
- administran dosis más altas de Metadona
- proveen consejería y servicios amplios de salud
- existe una alta retención de empleados, propiciando relaciones duraderas con los pacientes
- la dosis diaria de Metadona asociada a los mayores logros es de 70 o más mg/día.(Woody et. al. (1983); Ball & Ross (1991); McLelland et. al. (1993); Woody et. al. (1995)

Con relación a los resultados obtenidos, en términos de efectividad medido por variables exógenas, los programas de MM han logrado una significativa reducción en la actividad criminal durante el tratamiento Ball & Ross,(1991); Guerstain, (1990).

Según el informe anual del 1999 de la Administración de Servicios de Salud Mentales y Contra la Adicción (ASSMCA) en Puerto Rico actualmente se están tratando 2,639 pacientes. El perfil de estos pacientes en un programa de mantenimiento de Metadona que se puede describir como uno no-enriquecido, por carecer de los servicios ansilares de apoyo básicos (consejería vocacional y psicológica, terapia de familia, servicios médicos etc.) tiene el siguiente perfil:

- 98% de los pacientes se mantienen fuera del sistema correccional
- 84% de los pacientes se mantienen en tratamientos
- 36% de los clientes trabajan
- 7% tienen presión legal

Este perfil es superior a cualquiera de los programas existentes en Puerto Rico incluyendo los llamados “libres de drogas”. Desafortunadamente no tenemos estudios comparativos de tratamiento en Puerto Rico, con los debidos controles metodológicos, que validen lo que estos datos sugieren: la superioridad del tratamiento de Metadona, a pesar de tener los pacientes más crónicos del sistema. Es importante señalar que para entrar a un programa de Metadona en Puerto Rico el paciente tiene que haber fracasado tres veces en programas libres de drogas.

A pesar de que la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (ASSMCA) tiene el deber ministerial de evaluar los programas de tratamiento y las intervenciones clínicas de todo tipo, no existen estándares apropiados para velar por la calidad de los servicios, ni evaluaciones formales de efectividad. Ante esta disyuntiva, las intervenciones clínicas que se hacen tienden a ser justificadas en términos de resultados orientadas a **testimonios**.

Evidenciar efectividad mediante testimonios es una metodología inadecuada, porque no toma en consideración el efecto de placebo, ni los “casos” no exitosos. El método de testimonio nunca se debe usar para evidenciar efectividad de las intervenciones clínicas porque no toma en consideración múltiples fuentes de sesgo. Los programas tienden a presentar sus casos “exitosos”, e ignorar o esconder sus fracasos. La **historia natural de la enfermedad** nunca es considerada como un factor que contribuye a la “curación” en las pseudo evaluaciones basadas en testimonios. La práctica de presentación de testimonios para evidenciar efectividad de una intervención clínica debe ser repudiada por todos, por ser una metodología que se presta a manipulación y a negar que existe metodología científica adecuada para verdaderamente medir la efectividad de los programas de tratamiento. Mientras la agencia gubernamentales se nieguen hacer **evaluaciones independientes**, con adecuados controles de la efectividad de las intervenciones clínicas, estaremos desperdiciando valiosos recursos en gestiones donde nunca sabremos los resultados reales de los mismos.

Los beneficios de las intervenciones de un programa de MM enriquecido se manifiesta en la baja en la criminalidad mostrada por los pacientes y en beneficios a

las víctimas del crimen potenciales. También se puede medir su efectividad por la baja en gastos de seguridad y los daños a las propiedades en el miedo y angustia mental de la comunidad Ball & Ross, (1990), Guerstein (1994), McLelland, (1993).

En una década que se caracteriza por el énfasis en reducir los gastos en el área de la salud, los programas de Metadona enriquecidos tienen una ventaja adicional por su costo efectividad, (véase gráfica 2). Un programa de intervención clínica “libre de drogas”, tipo residencial cuesta alrededor de \$12,497 versus \$3,500 que cuesta un programa de Metadona, McLelland, (1994). No hay duda que los programas de tratamiento que mantienen al paciente fuera del sistema de justicia criminal le rinde muchos beneficios a la comunidad. Estos beneficios son:

- beneficios a los contribuyentes:
- disminución en los gastos de justicia criminal
- disminución en los gastos médicos por enfermedades relacionadas al uso de drogas
- se evitan muertes innecesarias (en Puerto Rico se han muerto sobre 10,000 personas en los últimos diez años por violencia asociada a drogas y por la enfermedad del SIDA) (Lurie and Druker 1997)

Muchas personas de los llamados programas libres de drogas, creen que usar Metadona con pacientes es ‘sustituir un adicción por otra’ aunque es cierto que la Metadona es un opiáceo, la Metadona es superior a la Heroína como fuente de medicación por las siguientes razones:

- se administra por boca (evita el vector de las agujas contaminadas, protegiendo al paciente de contraer otras enfermedades más peligrosas que la dependencia a sustancias, tales como el SIDA y la Hepatitis C)
- sus efectos son de mayor duración que el de la Heroína (24 a 36 horas versus 3.5 horas), permitiendo al paciente trabajar, estudiar e incorporarse a actividades de familia y actividades pro sociales, en vez de estar gastando la mayor parte de su tiempo en busca de Heroína por la corta duración de sus efectos.
- en dosis adecuadas( aproximadamente 70mg al día) bloquea el deseo y la euforia asociados con el uso de Heroína, permitiendo mayor funcionalidad del paciente (es una droga que actúa como un agonista ).
- tiene mínimos efectos secundarios
- permite a los salubristas en vez de la policía, o los narcotraficantes mantener un contacto con el paciente, para monitorear **sus estadios de cambios motivacionales** hacia tratamientos libres de drogas, y para mantenerlo enfocado en su rehabilitación y la normalización de su vida en vez de su marginación.

Los programas de Metadona deben ser de **fácil acceso** al paciente. Los mismos deben estar preferiblemente ubicados al nivel del sector primario de prestación de servicios de salud, para que el paciente reciba una intervención integrada a otros

servicios de salud que los mismos necesiten. Si ubicar el tratamiento con metadona, no se desea a nivel primario, mínimamente debe haber un programa de medicación con Metadona en cada comunidad. En Puerto Rico deberían haber por lo menos 78, para impactar la comunidad adicta efectivamente. En la actualidad solamente existen 5 Programas de Metadona en toda la nación.(uno en San Juan, uno en Caguas, uno en Bayamón, uno en Ponce y uno en Aguadilla).

Los Programas de Mantenimiento con Metadona tienen el potencial de bajar la criminalidad asociada a dependencia a drogas en forma significativa. Baste decir que de los 2,639 pacientes que se están tratando actualmente (1996) en Puerto Rico el 98% se mantienen fuera del sistema correccional y el 36% logran sostener trabajos remunerados, ASSMCA, 1999). Este perfil es superior a cualquiera de los programas que existen en Puerto Rico, incluyendo los llamados “libres de drogas”.

Los tratamientos existentes se pueden clasificar de la siguiente forma:

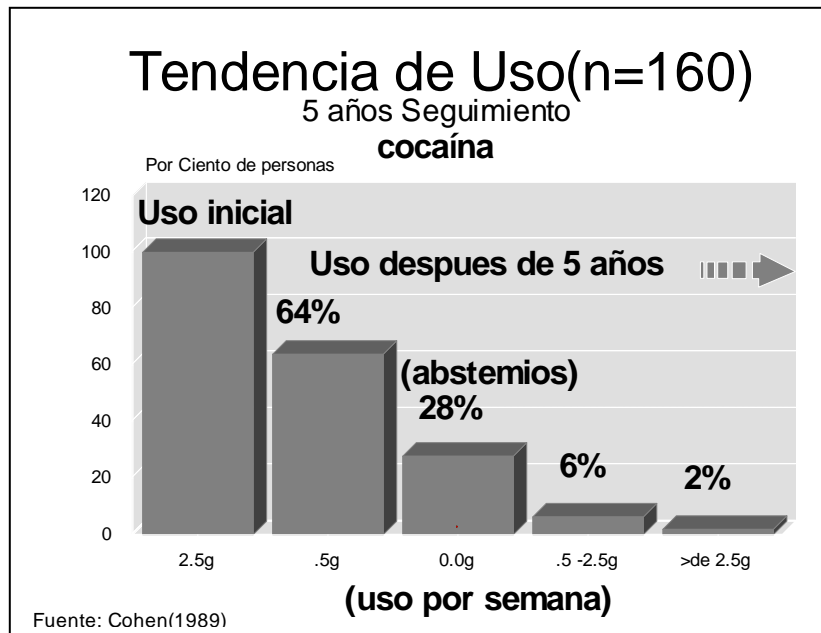
- comunidad terapéutica
- tratamiento ambulatorio
- comunidad social
- mantenimiento con Metadona

De todas las modalidades arriba mencionadas la de mantenimiento con Metadona, unido a servicios psicosociales (el modelo enriquecido) a probado ser la más costo-efectiva para manejar problemas de dependencia a opiáceos y para reducir la ingesta de cocaína, Ball y Ross, (1991); Woody et. al. (1983); McLellan, et al.(1993).

Un concepto que es central al Modelo de Reducción de Daño es la historia natural de la enfermedad. Toda enfermedad tiene su nacimiento su curso de acción en el cuerpo y su eventual terminación. Por ejemplo, el catarro tiene una historia natural de aproximadamente 10 días. Algunos sectores de la comunidad científica estiman que la dependencia a sustancias es una **enfermedad crónica**, que se caracteriza por las **recaídas**, Carrol, (1998). Se estima que la condición de dependencia a sustancias, tales como cocaína y heroína, tiene una historia natural de alrededor de 25 años Santiago-Negrón, (1993). Sin embargo los datos que presenta Cohen,(1989), indican que la gran mayoría de las personas que usan cocaína y otras drogas con potencial de crear dependencia dejan de usarla, o reducen su uso significativamente, después de los 5 años de haber iniciado su uso. Cohen utilizó una metodología de **referido en cadena** con usuarios de Cocaína que no estaban en tratamiento. Aunque el autor no presenta evidencia de si su muestra (n=160) llenaba criterio de abuso o dependencia, el uso de Cocaína inicialmente reportado (2.5g a la semana) por las personas que se entrevistaron, era sustancial como para sospechar de que llenaban criterio de abuso o dependencia en su gran mayoría. En un seguimiento a estas personas que reportaron un uso semanal de 2.5g inicialmente, se encontró que solamente el 2% de la muestra utilizaba más de la cantidad inicialmente reportada 5 años más tarde. El 6 % se mantuvo usando los que inicialmente reportaron. El 28% de los entrevistados se

convirtieron en abstemios y el 64% redujo su consumo a .5g de uso a la semana. (véase gráfica #3)

Gráfica #3



Si la mayoría de la gente logra reducir o eliminar el consumo como una función de la historia natural de la enfermedad, como los sugiere el estudio de Cohen, entonces el mantenimiento con Metadona hace mucho mas sentido, ya que este tipo de intervención clínica permite mantener fuera de la criminalidad y el riesgo de contagio de SIDA, a un número significativo de personas, a un costo bien bajo comparado con otros tratamientos (véase gráfica #2). Si en vez de tener a 2,339 pacientes en Metadona en Puerto Rico tuviéramos a 15 o 20 mil, el impacto en las tasas de SIDA, Homicidios y el Crimen serian espectaculares! Esta conclusión hace mucho sentido en virtud de que una de las características principales de la dependencia a sustancias es la compulsión a la ingestión de drogas, la cual es indetenible en su etapa aguda.

El modelo de Salud Pública demanda que tengamos una política **integrada y uniforme** sobre todas las drogas que tengan potencial de crear dependencia, sean estas legales o ilegales. La razón principal para este mandato, es que la política pública sobre las drogas legales afecta el manejo de los problemas asociados a las drogas ilegales. Según Robles y Moscoso, (1991) un joven que toma alcohol o usa cigarrillos a temprana edad, tiene 3 veces más el riesgo de usar drogas ilegales que un joven que no haya probado estas drogas a tan temprana edad. Las drogas legales (alcohol y tabaco) causan muchas más muertes entre los puertorriqueños que todas las drogas ilegales combinadas. Las muertes por uso de tabaco llegan a 400,000 anualmente en Puerto Rico y los Estados Unidos (AMA 1993). Estas cifras son equivalentes a si un Jumbo jet lleno de gente se estrellara todos los días y se mataran todos los pasajeros! Con el Alcohol vamos por el mismo camino de exceso de

muerres por su consumo desmedido. Existen una serie de recomendaciones que de implantarse tendrían un impacto en la prevención primaria de la comunidad, estas son:

- ninguna droga con potencial de crear dependencia debe dejarse al libre juego de oferta y demanda.
- ninguna droga con potencial de crear dependencia debe anunciarse en forma desregulada.
- con ninguna droga adictiva debe promoverse los **catalizadores de patología**

Los catalizadores de patología son anuncios que promueven y legitiman síntomas de dependencia al Alcohol, como por ejemplo:

- "Cuando el deseo amanece en ti" de la Bacardí Corporation.
- "Cuando el cuerpo te la pide" de la Coors Corporation.
- "Una te lleva a la otra", de la Cervecería Medalla

La industria licorera contribuye a fomentar la dependencia al alcohol cuando le brinda la oportunidad a la persona que ya está mostrando señales de alcoholismo de justificar sus conductas. "Cuando el deseo amanece en ti," o "cuando el cuerpo de la pide" o "cuando una te lleva a la otra", es hora de buscar **tratamiento** y no licor! La fuerza de la industria licorera, para empujar el consumo de alcohol hacen de la psicología ecológica una herramienta importante en la prevención del alcoholismo y la dependencia de otras drogas.

Otra de las recomendaciones del modelo de Salud Pública es que ninguna droga adictiva debe asociarse a deportes ni actividades deportivas. Nuestros niños ven en los atletas héroes modernos que deben ser emulados. La asociación del deporte con drogas que tienen el potencial de crear dependencia, es algo que ya está prohibido en algunos países que han adoptado la visión del Modelo de Salud Pública y el Modelo de Reducción de Daño. La reducción del contenido de alcohol en todas las bebidas alcohólicas es una política pública fundamental para mitigar el daño asociado al abuso y dependencia de Alcohol.

La mejor medicina para el tratamiento de las adicciones es el tener medidas de salud pública que mantengan los indicadores de salud en niveles óptimos en una sociedad, y que los tratamientos que prueben ser efectivos y eficaces estén al alcance de todos. Esta medicina debe unirse a un programa efectivo de prevención primaria y una agencia de vigilancia epidemiológica capaz de anticipar epidemias y patrones significativos de uso de drogas en la población. La psicoterapia que se utilice en un momento dado, debe estar enmarcada dentro de un paradigma salubrista que no permita la demonización ni la marginación de los dependientes a sustancias. Toda psicoterapia que se utilice debe estimular la normalización y el tratamiento como medidas de primera instancia en vez de la represión histérica y el protagonismo policíaco.

Si queremos tener un impacto significativo en la salud del pueblo en el área de abuso de sustancias se recomienda cambiar la prioridad presupuestaria de un excesivo énfasis en actividades policíacas a un énfasis mayor a actividades salubristas. Una de las medidas de mitigación de daño más importantes es que combatir el VIH\SIDA debe tener prioridad sobre combatir la drogadicción, por esta razón es que un intercambio de jeringuillas masivo no debe hacerse esperar más. El intercambio de jeringuillas es la mejor forma de eliminar el vector de contagio de VIH\SIDA, de Hepatitis C. y de cientos de enfermedades infecciosas que se obtienen por medio de agujas contaminadas.

La inversión mayor de nuestra sociedad se debe hacer donde es más costo efectiva: **en prevención y tratamiento**, en vez de represión, militarización, criminalización y demonización de las drogas. Ninguna terapia conocida puede tener un impacto significativo si las medidas de salud pública que se describieron no se ponen en práctica. Los mejores ejemplos a seguir son aquellos países como Holanda, Suiza, Inglaterra, y Australia. Estos países por seguir un modelo salubrista, gozan de los mejores indicadores de salud del mundo en el área de uso de drogas.

Desafortunadamente, en Puerto Rico, no tenemos estudios amplios y con grupos de control, que evidencien cuáles son las intervenciones clínicas individuales más efectivas, a pesar de que nuestras universidades cuentan con el conocimiento y las tecnologías adecuadas para dilucidar este asunto. La razón principal por la cual nuestro gobierno no ha asignado fondos para determinar que terapia es más efectiva, es que la mayoría de nuestros recursos se le asignan a la persecución histórica de los adictos enfermos, en vez de su tratamiento. En los Estados Unidos, el trabajo de Hester y asociados (Hester & Miller 1995, Miller, et. Al. 1998), es uno de los más completos en determinar que funciona y que no funciona a nivel de intervención clínica aplicado a la cultura anglosajona. El trabajo de Hester es el mejor modelo a seguir si deseamos conocer que es lo más efectivo como intervención clínica en la cultura puertorriqueña, donde la norma es que no sabemos científicamente hablando, lo que verdaderamente funciona. Mientras tanto, nuestra primera agenda como terapeutas es abogar porque la comunidad cambie de un paradigma prohibicionista a un **paradigma salubrista**, y sea **la ciencia** no la histeria la que determine cual es la forma más costo efectiva de intervenir en el área de psicoterapia y Abuso de Sustancias. Nuestra segunda prioridad debe ser el someter a evaluación rigurosa las intervenciones que a juicio de los terapeutas del país, tiene potencial de ser efectivos. El Departamento de Salud tiene el deber ministerial de evaluar cuales son las modalidades de tratamiento más efectivas. Bajo ninguna circunstancia debemos aceptar el testimonio para evidenciar la validez de un tratamiento dado. El testimonio es apropiado para generar hipótesis de lo que sirve y no sirve, pero no para evaluar la efectividad de una intervención terapéutica en el área de abuso de sustancias.

## Referencias

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association Press.

Ball, J.C. and Ross, A. (1991). The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York. Springer-Verlag.

Bird, H.; Canino, G.; Rubio-Stipec, M.; et al; (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. Arch. Gen. Psychiatry. 45:1120-1126.

Bravo, M.; Canino, G.; Bird, H.; (1987). El DIS en Español: su Traducción y adaptación en Puerto Rico. Acta Psychiatr Psicol Am Lat. 33:27-42.

Canino, G.; Anthony, J.; Freeman, D.; Shrout, P. ; Rubio-Stipec, M. (1993) Drug abuse and Illicit Drug Use in Puerto Rico. American Journal of Public Health. Vol..83, No.2.

Canino, G.; Bird, H.; Shrout, P.; et al. (1988) The Prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. Arch. Gen. Psychiatry. 44:727-735.

Canino, G.; Bird, H.; Shrout, P.; et al. (1987). The Spanish DIS reliability and concordance with clinical diagnosis in Puerto Rico. Arch Gen. Psychiatry. 44:120-126.

Carrol, K. M. (1998) Treating Addictive Behaviors. 2<sup>nd</sup> ed. Edited by Miller and Heather, Plenum Press, New York.

Cruz Igartúa, A. (1998). Dependencia a Substancias: Alternativas. Publicaciones Puertorriqueñas.

Cohen, P. (1989). Cocaine use in amsterdam. Amsterdam Instituut Voor Sociale Geografie. Universiteit Van Amsterdam.

Diclemente, C. and Prochaska J.O. (1998). Toward a comprehensive Transtheoretical Model of Change. In Treating Addictive Behaviors 2<sup>nd</sup> Edition edited by Miller, W. and Heather, N. 3-45 Plenum Press

Dole, V.P.; Nyswander, M.E.(1967). Rehabilitation of the Street Addict. Arc Environ Health. 14:477-480.

Dozinger, S. (1996 ). The Real War on Crime. The Report of the National Criminal Justice Commission. Harper Perennial

Faulkner & Gray. (1999). 1999 Behavioral Outcomes & Guidelines Sourcebook. Faulkner & Gray's Healthcare Information Center.



García, M.; Colón, H.M. (1989). Estimación del Abuso de Drogas en Puerto Rico. Departamento de Servicios Contra la Adicción, Gobierno de Puerto Rico.

General Accounting Office (1990) Methadone Maintenance: some treatment programs are not effective, greater federal oversight needed . Washington, D.C: Author.

Gerstein D.R, Harwood HJ, eds. (1990). Treating Drug problems. Washington, D.C. National Academy press.

Gerstein D R, Johnson RA, Harwood HJ, Sater N, Malloy K. (1994). Evaluating recovery Services: The California Drug and Alcohol Treatment Assessment( CALDATA). Sacramento, California Department of alcohol and Drug Programs.

González & Soto. (1997). Conferencia: La Violencia y el Sistema de Justicia Criminal (análisis y Propuestas de Acción Ante un Reclamo Urgente). Universidad Interamericana de P.R.

Hester & Miller, 1995. Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives, 2<sup>nd</sup> edition. Allyn & Bacon

Kinney, J. (1996). Clinical Manual of Substance Abuse. . 2<sup>nd</sup> edition Mosby-Year Book, Inc. Boston.

Khun. T. (1962) The Structures of Scientific Revolutions.

Lurie P, Drucker E, (1997). An Opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. The Lancet Vol 349 March 1, 1997.

McGinnis, Feoge (1993). Actual Causes of Death in the United States. Journal of The American Medical Association 270(18):2207-2212.

McGlothlin WH, Anglin MD. (1981). Long-term follow-up of clients of high and low-dose methadone programs. Arch Gen Psychiatry, 38:1055-1063.

McLellan A.T. (1985) New data from the Adicction severity Index. Journal of Nervous and Mental Disorders . 173(7): 412-423

McLelland, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Grisson, G.R., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1993) The effect of Psychosocial services in Substance Abuse Treatment. Journal of the American Medical Association, 269.1953-1959.

Miller, W.R., Andrews, N.R., Wilbourne, P. and Bennetl, M.E. (1998). A Wealth fo Alternatives Effective Treatments for Alcohol Problems. In Miller, W.R. and

Heather, N. (Ed.). Treating Addictive Behaviors (pp. 203-216) Second Edition. New York: Plenum Press.

Nevares, D. (1996). La Criminalidad en Puerto Rico: Tapando el Cielo con la Mano .

Prochaska, J.O.; Diclemente, C.C.; & Norcross, J. C. (1992) In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. American Psychologist, 47,1102-1114.

Robles, R.;Moscoso, M.; Colon, H.; Garcia, M.; Rebollo, J. (1991) El Uso de Drogas en Adolescentes Escolares. Publicación del Instituto de Investigaciones. Departamento de Servicios Contra la adicción .

Rydell, C.P.y Everingham S. (1994). Controlling Cocaine: Supply versus Demand programs. RAND's Drug policy research Center, U.S. Army, Ford Foundation and Office of National Drug Control Policy.

Santiago Negrón, S. (1993). Alternativas al Modelo Prohibicionista en el Tratamiento de la Adicción a Drogas. Revista Ciencias de la Conducta Centro Caribeño de Estudios Postgraduados. Vol.VIII, No.1 y 2.

Woody, G.E.,Luborsky, L.McLelland, A. T., O'Brien, C.P, et. al. (1983) Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Archives of General Psychiatry,40,639-645.

Zinberg, N. (1984); Drug Set and Setting. Yale University Press. U.S. Department of Health and Human services.