

Modelos de abordaje del uso problemático de drogas

DRA. RAQUEL PEYRAUBE

En este trabajo intentaré hacer una recorrida por los distintos modelos de abordaje con los que podemos encarar el tratamiento de situaciones de adicción. Algunos de estos aportes, ya han sido publicados en otros trabajos de mi autoría y por lo tanto, por razones de orden práctico y por su vigencia, serán incluidos en esta ponencia sin mayores modificaciones.

La recorrida por los distintos modelos será panorámica e intentaré organizarlos de acuerdo a algunos ejes que seleccioné. La idea es poder pensar en un abanico de opciones posibles sabiendo que no hay una propuesta única con la que todos los usuarios de drogas puedan permanecer y lograr los resultados esperados.

Sería ideal luego, y en tanto agentes de salud que potencialmente podemos tener la ocasión de acompañar a un usuario en la búsqueda de una opción terapéutica, poder ofrecerles un *matching*. Me refiero a un

*Cavia 3035 ap. 2
Montevideo
Tel. 707 8815
delta@chasque.apc.org*

esquema que sugiere cuáles son los estándares recomendados según las distintas situaciones clínicas. Pero como toda situación ideal, no existe. Con esto quiero decir que se han intentado varios, pero ninguno de ellos permite prever con un grado más o menos aceptable de seguridad que esa vaya a ser la opción que habilite al usuario a salir de su problemática. Esta imposibilidad estaría dada, a mi entender, entre otros factores, en el hecho de que lo recomendado no siempre va de la mano de lo soportable por el usuario para el momento en el que se encuentra y en que muchos usuarios problemáticos de drogas, antes de lograr salir del circuito de la drogodependencia, hacen varios intentos previos, sin que ello signifique el fracaso de su iniciativa, sino más bien, un camino a recorrer.

Obviamente todo tratamiento da cuenta de una concepción de la problemática, pero también de la posición ética de quienes lo sostienen, elementos éstos que también sería deseable considerar a la hora de definir un tratamiento. Esto hace a nuestra responsabilidad como intervinientes, ya sea orientando al usuario, ya sea implementando propuestas asistenciales, teniendo claro hacia dónde orientamos o dónde estamos parados para la tarea. Dado que escaparía a los objetivos de este trabajo, sólo mencionaré los datos y las bases conceptuales que sean estrictamente necesarias para comprender algunas modalidades de intervención.

Los tratamientos pueden ser caracterizados en cuanto a lo teórico-metodológico, según muchas variables. Así, podemos hablar de tratamientos ambulatorios en sus diferentes variantes, de internación o residenciales; según la línea psicoterapéutica, psicodinámica, sistémica, cognitivo-comportamental, entre otras; individual o grupal, etcétera. No obstante he seleccionado tan sólo algunas variables que a mi entender, son las que con menor frecuencia se enuncian o discuten, sobre todo en ámbitos cuyo quehacer no está vinculado estrictamente al tema drogas.

Si bien mi presentación no será ingenua ni neutral, quiero aclarar que la utilización de la palabra categoría es utilizada en este trabajo como sinónimo de tipo o carácter, o sea, son categorías de análisis que permiten definir grupos según las características que reúnan. Comencemos pues con la primera.

Tratamientos profesionales y no profesionales

Una primera categorización de los tratamientos puede ser la que los agrupa en profesionales y no profesionales. Dada la multiplicidad y heterogeneidad de abordajes no profesionales, su sistematización resulta muy compleja. Son ejemplos de este grupo AA, NA, los proyectos religiosos, sectas, y algunas de las llamadas comunidades terapéuticas. En función de la citada heterogeneidad, es un grupo que podría quedar definido entonces por ser todo aquello que no entra en la categoría profesional. Independientemente de las diferencias conceptuales y metodológicas que puedan sostener un tratamiento, les propongo que éste pueda ser profesional o no, en la medida que reúna algunos requisitos. Señalaré cuáles a mi entender serían los que estimo básicos para su definición y "cuya carencia sería excluyente"¹ [para pertenecer a este grupo]:

"1. *Definición y explicitación* del marco ético y conceptual, del objetivo terapéutico y de la metodología, con los cuales opera la propuesta [ante quien consulta, incluyendo al usuario].

2. Desarrollo de un *dispositivo tecnológico* que parte de un *diagnóstico* para su aplicación, en vistas a obtener mejores niveles de eficacia y a reducir el riesgo de iatrogenia. La aplicación racional apunta a la no masificación de la respuesta terapéutica, en tanto cada situación clínica tiene una singularidad.

3. *Formación y profesionalización del o los roles* disciplinarios, requisito complementario del anterior que opera en el sentido de lograr una flexibilización adecuada como alternativa a la rigidez ritualizante de algunas propuestas.

4. *Criterios y mecanismos de evaluación* definidos a priori, que permite dar cuenta no sólo de resultados y de su alcance potencial, sino también de dificultades a resolver.

De acuerdo a estos criterios propuestos, se podría hablar entonces de tratamientos profesionales y no profesionales según cumplan o no con las características mencionadas, y no solamente por la presencia de algún profesional en el equipo que legitime la práctica en cuestión".²

La propuesta que represento es profesional, y si bien considero que estos aspectos serían suficiente argumentación para nuestra preferencia, existen algunas otras razones. Es particularmente interesante, el hecho de que siendo las adicciones consideradas dentro la nosografía propuesta por la Organización Mundial de la Salud como enfermedades (ICD-10), y más allá de que se pueda estar de acuerdo o no con esta premisa, de acuerdo a las distintas conceptualizaciones a las que se suscriba, "a diferencia de otras enfermedades no hay directivas en cuanto a lo aceptable y no aceptable para su abordaje, ni siquiera la exigencia de un diagnóstico para hacer una indicación de tratamiento y mucho menos de la idoneidad de los actores para implementarlo. Aparentemente bastaría la voluntad de los mismos para trabajar en las propuestas asistenciales lo que les daría la habilitación para hacerlo, hecho no registrable para casi ninguna, si no ninguna, otra situación de la nosografía sin que al ocurrir deviniera en un ejercicio ilegal".³ ¿Cómo podría explicarse este hecho? ¿Cualquier cosa vale con tal de luchar contra la droga-drogadictos? ¿Podría responder a una manifestación de la lógica de la exclusión de la que son objeto los adictos y sobre todo si lo son a drogas ilegales?⁴ Recordemos, que de acuerdo a la ley vigente, en nuestro país consumir drogas, aún ilegales no es un delito. ¿Es que los usuarios de drogas en tanto tales han perdido los derechos ciudadanos en cuanto a las garantías exigibles para su tratamiento?

Es probable que así sea, pues "a una situación de enfermedad se le responde muchas veces con medidas pretendidamente 'reeducativas' y represivas similares a aquellas que se implementan en los casos de delincuencia. ¿Cuál es el diagnóstico, adicto o infractor?"⁵

"Sería útil entonces distinguir, entre *abordajes asistenciales propiamente dichos*, que serían aquellos que cumplen con el requisito de la profesionalidad y *comunidades de vida* para toda aquella otra situación que no los cumpla. En este último caso, no podría hablarse de tratamiento",⁶ sin excluir la eventualidad de que en algunos casos, pueda tener un efecto beneficioso para un caso considerado. Sabiendo que en estos abordajes muchas veces ocurren hechos reñidos con los derechos humanos, algunos autores preocupados por estas cuestiones han desarrollado dis-

tintos protocolos para la categorización de prácticas que tienden a operar en lo cotidiano y de las exigencias que deben cumplir.

“Entendiendo que las situaciones que se derivan de la ausencia de diferenciación entre los abordajes existentes pueden resultar confusas e irregulares, se hace imprescindible su definición. La caracterización del modelo de trabajo de acuerdo a los *ítems* mencionados podría ser una contribución, aunque no la única, en el sentido de aclarar las confusiones probables.”⁷

“Por último, la profesionalidad de la tarea asistencial sería compatible con un marco ético aceptable en la medida que, al contemplar ciertas exigencias ofrecen en principio, una rigurosidad mínima que protegería a los usuarios de drogas de ser objeto de abordajes no del todo claros y en los que muchas veces se embarcan sin poder saber si suscriben o no a los contenidos de lo que se les ofrece.”⁸

Mono–multi–interdisciplinario

En cuanto al número y modalidad de integración de las disciplinas en juego en una propuesta asistencial, es sabido que todas las modalidades terapéuticas son posibles en el trabajo de las adicciones, y que esto depende fundamentalmente de la preferencia y estilo del técnico en cuanto a la práctica en equipos o solitaria. Pero también depende de la concepción que se tenga del problema a abordar así como de cómo se estima más probable su mejoría.

Me detendré brevemente en la modalidad interdisciplinaria por ser la que creo que ofrece más confusión, tal vez por ser la más nueva y poco integrada aún en la formación universitaria de las disciplinas que disponen del recurso del ejercicio liberal de la profesión.

El carácter de interdisciplinario de los tratamientos se relaciona sólo con el modelo profesional y “respondería a la necesidad del trabajo en equipos interdisciplinarios en tanto se piensa la PUISS (Problemática del Uso Inapropiado de Sustancias Psicoactivas) como una problemática compleja que no puede ser comprendida, y por lo tanto abordada, desde una sola vertiente disciplinaria. En la medida que las hipótesis de trabajo propuestas tengan origen en una única disciplina aunque sean implementadas por diferentes

roles, o bien sean de diverso origen pero de implementación única, no es posible el desarrollo de una práctica interdisciplinaria, porque es inherente a este modelo la problematización del intersticio disciplinario que se instala en el *hacer*. Es la relación con ese intersticio lo que lleva a la producción teórico-práctica”.⁹

“La producción interdisciplinaria puede ser pensada como un ciclo continuo de identificación y resolución de conflicto que se origina en una *praxis*, y cuyo análisis y síntesis resultan en la construcción de un marco conceptual común al equipo que la produce. Este movimiento entre el análisis y la síntesis en la *actividad interdisciplinaria*, se verifica como la entrada y la salida respectivas hacia y desde la disciplina de pertenencia.”¹⁰

“Es de este modo que *la conceptualización del fenómeno de la PUISS se constituye como una elaboración propia del equipo que la sostiene y no de cada disciplina participante, que es el estilo de producción propio de la intervención multidisciplinaria.*”¹¹

Mono–multiimpacto

El tercer punto se refiere a la interurrencia factorial. (Véase Figura 1.)

Cuando se habla de las dependencias se señala que esta resultaría de la articulación de distintos factores individuales (biológicos y psicológicos), familiares y sociales que operarían como facilitadores o potenciadores para la instalación de una adicción, o bien como factores de mantenimiento de la misma. Al diseño clásico se han agregado las conductas dependientes aprendidas que estarían orientadas a responder o compensar los distintos factores en juego.

Quiero subrayar que este esquema no pretende señalar una relación lineal entre los factores, aunque sí una relación compleja de protagonistas que interactúan. No se trata de víctimas y victimarios, sino de tener en cuenta la persona y su contexto para operar más eficazmente con estrategias multiimpacto que intentan incidir en los distintos niveles y ámbitos, en la búsqueda de los cambios que potencien el desarrollo de las personas, o sea su promoción.

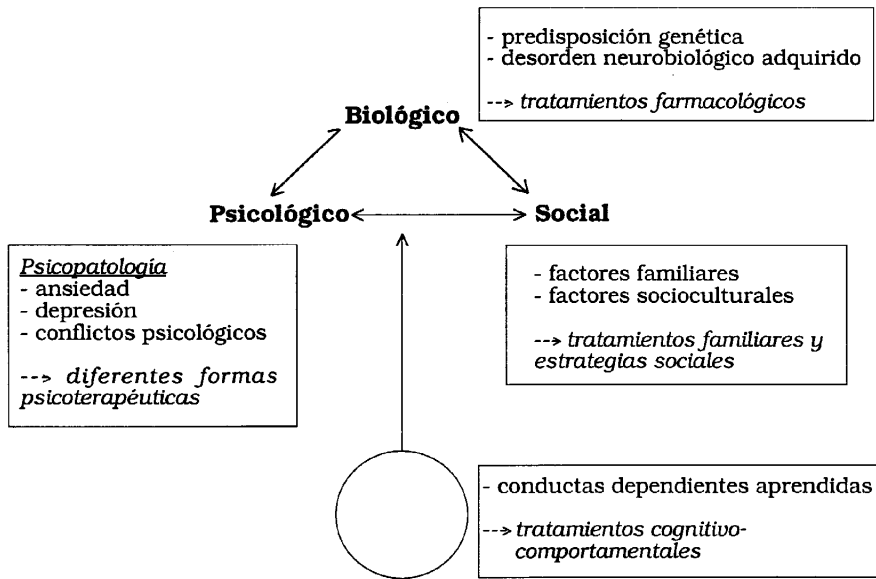


Fig. 1. Intercurrencia factorial en el uso problemático de drogas.

En general, y derivado del concepto de que el adicto es un enfermo de la voluntad, una buena parte de las intervenciones están dirigidas fundamentalmente a actuar “sobre” el usuario de drogas, y en el mejor de los casos con un acompañamiento de la situación familiar ligada al consumo orientado casi exclusivamente sobre qué hacer y qué no hacer con el usuario. Si bien sabemos que en algunas situaciones es posible trabajar con resultados aceptables desde estrategias monoimpacto, en tanto problemática multifactorial y con pesos diferenciales de los distintos factores, en muchas de las situaciones que se nos ofrecen, puede ser necesario implementar abordajes multiimpacto que optimicen la eficacia de los recursos disponibles operando de manera sinérgica.

Un ejemplo de esto sería el logro de la abstinencia. A veces se tiende a pensar que una vez conocido por el usuario el o los probables “por qué” se droga, la conducta de consumo debería cesar. Los profesionales que trabajamos en el tema, bien sabemos que nos hemos dado de bruces contra una realidad que nos dice que en una buena parte de los casos no es así. Según las distintas

teorías psicológicas puede tener varias explicaciones posibles. Como por ejemplo y dentro de la línea cognitivo-comportamental la necesidad de implementar una deshabitación complementaria al trabajo psicodinámico o un cambio de los condicionamientos relacionados con el contexto de consumo. Desde la línea sistémica podrían estar implicados factores sostenedores desde lo familiar por la necesidad que se tiene del adicto en ese lugar. No obstante, y más allá de las probables hipótesis, y sea cual fuere el marco teórico referencial, hay una explicación que es ineludible y no excluyente de ninguna de las anteriores: los cambios neurobioquímicos que se registran en una adicción a nivel receptorial también juegan y pueden, en muchos casos, ser objeto de un tratamiento específico que mejore notablemente el logro de la esperada abstinencia.

Lógica abstinencial y de erradicación del consumo –lógica de reducción de los riesgos y daños vinculados al uso problemático de drogas

La clasificación de los modelos de abordaje según sus lógicas, permite diferenciar, no sólo dos modalidades de tratamiento, sino dos posiciones estratégicas para cualquier nivel preventivo (primario, secundario y terciario) que integran la fenomenología de las drogas de manera diferencial, como también las etapas de una adicción y los procesos de cambio. Estas lógicas hablan de los objetivos de los tratamientos. En cuanto al objetivo abstinencia, es quizás el más conocido y legitimado en tanto ha sido y sigue siendo el dominante en todo el territorio americano. En cuanto la lógica de reducción de riesgos y daños, para entenderla mejor en tanto menos conocida y difundida en nuestras latitudes, sería necesario repasar algunas de las cuestiones que la sostienen, dado que sería imposible abordarlas en su totalidad. Es así que seleccioné algunos puntos que pasaré a describir, pero ante todo quiero aclarar que lo que presentaré se refiere estrictamente a los usos problemáticos de sustancias químicas y en algunos casos solamente a las dependencias.

Ética, teórica y pragmáticamente, la propuesta preventiva de la

reducción de daños en sus diferentes niveles, está orientada básicamente a evitar la instalación de consumos problemáticos y no necesariamente a evitar los consumos de sustancias psicoactivas en general, desde "la aceptación que han formado, forman y formarán parte de la cultura. Se estima una utopía la erradicación de consumos que han acompañado al hombre a través de su historia como manifestación cultural de celebraciones, de rituales religiosos y de la búsqueda de placer, entre otras".¹²

Comencemos entonces intentando definir qué consideramos usos problemáticos.

No todos los usos de sustancias psicoactivas son problemáticos, y de hecho la gran mayoría no lo son, aun considerando las sustancias de tráfico ilícito. Se estiman usos problemáticos aquellos que comportan un riesgo para la vida y/o la calidad de vida repercutiendo sobre una o más de las áreas del desarrollo personal. Esta repercusión debe ser evaluada más allá de las distintas posiciones morales o religiosas, sino a través de elementos objetivables del desempeño del sujeto.^{13,14}

Como lo muestra la Figura 2, los usos problemáticos se encuentran predominantemente en la base y el ápice de la pirámide que relaciona los tipos de consumo según la frecuencia de uso y la cantidad de personas consumidoras para una frecuencia dada. A medida que aumenta la frecuencia y regularidad del consumo disminuye la población involucrada en ese rango de frecuencia, estimándose por ejemplo que globalmente, de cada cien personas que experimentan con sustancias psicoactivas de tráfico ilícito, promedialmente entre 6 y 15 devienen dependientes. Estas cifras varían según la sustancia considerada y las distintas poblaciones.

En la base, se encuentran los usos experienciales y en el vértice los dependientes, y es en estos dos sectores donde se encuentran la amplia mayoría de los usos problemáticos o de riesgo.¹⁵

Si bien esta posición estratégica no descarta la abstinencia como opción posible para aquellos que la estimen conveniente para evitar un uso problemático, sino que la integra como un objetivo aunque no el único, se entiende que la gran mayoría de los jóvenes experimentan con sustancias y por lo tanto, que las intervenciones deben también estar orientadas a tratar de evitar la

instalación de usos problemáticos. Una propuesta centrada en la lógica estrictamente abstinencial, no nos habilita a informar sobre las condiciones de uso no problemático, sabiendo que el riesgo será asumido igualmente, aunque con ninguna información o bien con poca y de mala calidad, por un número no despreciable de niños y jóvenes.¹⁶

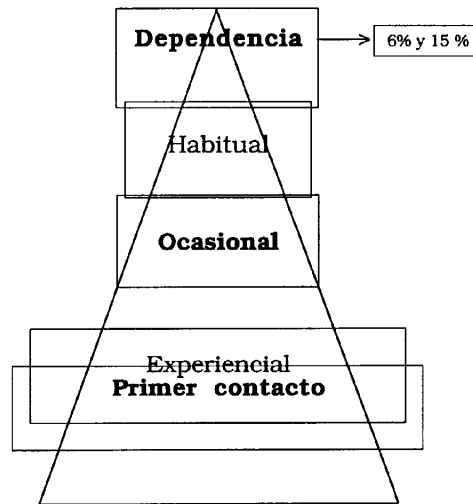


Fig. 2. La mayoría de los casos problemáticos se encuentran en la base y el ápice de la pirámide que representa los consumos por frecuencia de uso y población consumidora.

Pasemos a otro punto. "Un modelo es una representación social para comprender aquello que queremos conocer. Es una *imagen incompleta y simplificada* de un determinado fenómeno cuyos principales objetivos son el conocimiento y la transformación del objeto que modelizan, en este caso la drogadicción. La *posibilidad de intervención* sobre los diferentes fenómenos de la realidad *y la capacidad real* de modificarlos son los mejores indicadores de la adecuación de nuestro modelo explicativo."¹⁷

En nuestro medio, hasta ahora los modelos explicativos y las propuestas más difundidas han logrado, numéricamente hablando, un bajo nivel de impacto en la población usuaria de drogas.

Veamos algunos datos.

a. En cualquier momento considerado, solamente entre un 5 y un 10% de las personas dependientes se encuentran preparadas para iniciar un proceso de abstinencia.¹⁸ Habría entonces, un porcentaje significativo de los usuarios problemáticos de drogas que estaría alejado de toda posibilidad de un trabajo específico de su problemática si no plantea como objetivo de su demanda la abstinencia. Por lo tanto, en momentos críticos o de duda, muchos demandan un tratamiento según la consigna. Sin embargo, y en tanto hay un solo objetivo posible, los usuarios abandonan las propuestas luego de un tiempo (la capacidad retentiva de los tratamientos clásicos se estima entre un 6 y un 30% máximo) quedando el proceso interrumpido hasta una nueva oportunidad si sobrevive. Para quienes trabajamos en la salud, esto comporta un problema ético, en tanto la posibilidad de ser beneficiario de propuestas preventivo-asistenciales depende, no de la condición y características de la situación por la que se consulta, sino de la actitud que la persona tenga con relación a ésta.¹⁹

b. Sabemos que las cifras de VIH están aumentando en usuarios de drogas, utilicen o no la vía endovenosa, representando el 26% de los casos de VIH/sida en nuestro país, según cifras del Ministerio de Salud Pública presentadas en setiembre del año 1999 en el seminario "Sida y drogas".²⁰

c. Quienes trabajamos en la clínica constatamos un agravamiento del estado de salud y del desarrollo social entre las personas dependientes.

d. Se estima que el lapso de tiempo entre la entrada al uso problemático y la demanda de tratamiento varía entre uno y cinco años.²¹

e. La estadía en prisión de los usuarios de drogas aumenta la probabilidad de infección por VIH y no ha dado muestras de un efecto beneficioso en el cambio de la conducta.²²

f. La repercusión de la estigmatización y criminalización, así como la represión del usuario y consecuente penalización, han demostrado aumentar la marginalización y causar y/o agravar algunas de las consecuencias del consumo de drogas.²³

A la luz de estos datos, la pregunta que deberíamos plantearnos es: "¿Cuál podría ser nuestro aporte para que el modelo que fundamenta nuestra intervención genere un grado de conflicto útil y sufrimiento soportable para una tarea posible?"²⁴

Esta es la pregunta que a nuestro entender debería organizar la toma de decisiones para definir las políticas e intervenciones. Las estrategias de reducción de riesgos y daños podrían ser consideradas como etapas intermedias de acompañamiento procesal para estas situaciones en las que el usuario no se halla aún preparado para la abstinencia.

Para entender mejor esto último, veamos un modelo que ha resultado muy útil para comprender una parte de la relación de los usuarios de drogas con el sistema de salud y definir las intervenciones que se demostrarían más probables de instrumentar. Se trata del modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente que intenta explicar los procesos de cambio, diseñado originalmente para dependientes de tabaco.^{25,26} Actualmente dada su aplicabilidad, su uso se ha extendido a las demás adicciones.²⁷

Estos autores nos proponen que el cambio de una conducta es un proceso que pasa por distintas etapas de duración variable según las distintas personas. Para recorrerlas les propongo que seleccionen una conducta que hayan querido cambiar alguna vez: *Precontemplación* (la persona no cree tener un problema), *Contemplación* (comienza a pensar que tiene un problema pero aún no estaría dispuesto a introducir algún cambio), *Preparación o de Decisión* (proceso de toma de la decisión para cambiar esa conducta acompañado de pequeños ensayos), *Acción* (cambio sostenido por un tiempo que de prolongarse se continúa con el *Mantenimiento* del cambio. En caso de volverse a la conducta que se ha querido cambiar, o sea el viejo patrón de conducta se trata de una *Recaída*. En las conductas adictivas este proceso se presenta como un ciclo que tiende a repetirse, siendo la recaída entonces una parte del proceso de cambio y no un fracaso. En algunas personas, las menos, no se presenta. En la mayoría, se repite en mayor o menor medida tendiendo a aumentar el tiempo de mantenimiento y pudiendo extinguirse la conducta con la consecuente salida definitiva del ciclo de cambio. Un factor importante para tal eventualidad son los recursos que haya desarrollado la persona para prevenir la recaída.

Decíamos que la duración de cada estadio es variable según las personas, pero también dependen de las respuestas que les dé el medio y de las intervenciones implementadas en cada una de ellas.

La mayoría de las intervenciones en drogadicción están orientadas a aquellas personas que han decidido en un momento determinado, dejar de consumir.

Según este modelo y pensando qué podríamos hacer con el 90% de los usuarios problemáticos de drogas que no se plantean una abstinencia, la reducción de daños propone que el primer objetivo posible es la preservación de la vida y mejorar su calidad en tanto posible.

La lógica de la reducción de riesgos y daños lleva ya, en algunos países entre 15 y 20 años de implementación bajo la forma de políticas y programas y a partir de identificar la necesidad de encontrar respuestas cualitativamente diferentes, que se adecuaron a la realidad del problema de drogas y que eficazmente mejoraran las cifras epidemiológicas, sobre todo las vinculadas a VIH-sida, hepatitis a virus B y C y a la violencia.

Puede decirse que hoy representa la línea preventiva y asistencial de alternativa. Las políticas y programas de *Reducción de Riesgos*, lejos de sustituir a los vigentes hasta entonces, centrados en el eje de la abstinencia, fueron instalados para ampliar el reducido menú de ofertas de asistencia y apuntando a la modificación de las evidencias epidemiológicas.

Los resultados obtenidos hasta ahora las evalúan como pertinentes en función del descenso significativo de las tasas de incidencia y prevalencia de VIH y hepatitis, así como a la disminución de situaciones de violencia,²⁸ al tiempo que se registra un aumento de la demanda de tratamientos de abstinencia. Como veíamos antes, en nuestro país, hoy se verifica un movimiento de los guarismos en sentido exactamente opuesto: aumento de VIH-sida, hepatitis B y C en usuarios de drogas usen o no la vía parenteral, así como un aumento de las situaciones de violencia vinculadas al uso de drogas.

El *Advisory Council on the Misuse of Drugs*, en 1988 decía: "Debemos pensar que mientras existan usuarios que no estén lo suficientemente motivados para considerar la abstinencia ni para cambiar la vía de administración endovenosa, debemos continuar trabajando para reducir los riesgos asociados y disminuir la incidencia del VIH".²⁹

Para muchos de los que trabajamos en la problemática de las

drogas, la preocupación más importante se ha desplazado desde el objetivo de la abstinencia hacia la preservación de la vida y su calidad en tanto posible. A. Mino dice: "Las estrategias de reducción de riesgos en drogodependientes pueden definirse, globalmente, como el conjunto de medidas socio-sanitarias individuales y colectivas, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas".³⁰

Sus objetivos generales son: *reducir la morbimortalidad, prevenir enfermedades infectocontagiosas, mejorar la calidad de vida e incrementar la accesibilidad y el contacto del usuario con el sistema de salud.*

La concepción de estos programas se centra en evitar el antagonismo "paliar versus curar", el análisis de las necesidades individuales, programas amplios y accesibles, o sea bajar el nivel de exigencias para acceder a la ayuda, objetivos graduales y personalizados, una relación dialogante con el usuario y en que el riesgo está fuertemente vinculado a cómo se consume.

Se entiende necesario entonces la existencia de abordajes que permitan actuar en los distintos momentos del proceso adictivo, al tiempo que permitan a los adictos, desde el vínculo que establecen con el sistema de salud, prepararse progresivamente para distintos objetivos, uno de los cuales puede ser la abstinencia.³¹

Los tratamientos y programas diseñados dentro de este nuevo marco han sido denominados como *programas de baja exigencia, prefiero de exigencia adecuada a la problemática con la que se trabaja*, en tanto que aceptan las condiciones reales de la situación de dependencia a sustancias psicoactivas. No es un sinónimo de "tratamientos de objetivos empobrecidos o poco significativos" o un producto de la resignación.³²

En suma, desde el reconocimiento y aceptación de lo que significan la dependencia a drogas psicotrópicas y los procesos de cambio, se plantea la necesidad de intervenciones diferenciales para los distintos momentos del proceso, para lo que se hace imprescindible ampliar el espectro de acciones a implementar. En tal sentido, las Políticas y Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños, se ofrecen como un recurso privilegiado para ampliar el horizonte poblacional usuario de drogas que accede a la red sanitaria.^{33,34}

Entiendo que acercarnos y profundizar sobre los ejes propuestos permitiría desmistificar y relativizar el peso y la veracidad de

algunos conceptos que han dominado la escena hasta el presente. Partiendo de prejuicios, posiciones morales y creencias muchas veces asumidos con rigor de hallazgos científicos, corremos el riesgo de alejarnos de aquello que pretendemos: una ayuda solidaria y eficaz.

Espero que prosperen los espacios de debate y reflexión fructíferos sobre la práctica preventivo-asistencial en esta temática, sobre los diseños estratégicos y sobre la calidad y amplitud de las respuestas posibles, para que a la brevedad sus resultados se traduzcan en el diseño de políticas y programas que faciliten el acceso de los usuarios de drogas al sistema de salud, y que contribuyan de manera real al tratamiento de esta problemática para todos los concernidos y no sólo para una pequeña franja de esta población.

Para ello es necesario disponer de información amplia y actualizar nuestros conocimientos y las posibilidades de intervenciones alternativas para las distintas situaciones.

Por último quiero señalar que sobre el adicto a sustancias químicas pesan algunos rótulos que no necesariamente facilitan su acceso a pedir ayuda para lograr un cambio. Algunas veces estos rótulos no son dichos pero se los trata de acuerdo a lo que significan. Históricamente el adicto ha sido considerado un delincuente y un enfermo peligroso y contagioso. Proponemos que para aquellos que estiman que se trata de un enfermo pueda ser pensado como un enfermo como todos los demás, aunque preferimos que sea considerado como un ciudadano con responsabilidades pero también derechos y uno de estos derechos es a un abordaje digno de su problemática más allá de lo que moralmente pensemos de su conducta.

NOTAS

1. Peyraube, R., "Los tratamientos en la PUISS", *Violencia social y drogas*, Roca Viva, Montevideo, 1998.
2. Ibidem, pp. 21-33.
3. Ibidem.
4. Ibidem.
5. Ibidem.
6. Ibidem.
7. Ibidem.
8. Ibidem.

9. Ibidem.
10. Ibidem.
11. Ibidem.
12. Peyraube, R., "Bases conceptuales de la problemática del uso de drogas", seminario "La ciudad, sus niños, sus jóvenes, la pobreza y las drogas. Aportes para la construcción de políticas locales", Montevideo, octubre 1999.
13. Ibidem.
14. Riley, D., O'Hare, P., *Reducción de Daños, Historia, definición y práctica. Drogas y Políticas Públicas*. Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, 1999. pp 15-50.
15. Ibidem.
16. Ibidem.
17. Martínez, A. y Peyraube, R., "Problemática del uso inapropiado de sustancias psicoactivas: aportes para el análisis de la condición de 'mujer adicta' desde la perspectiva de la reducción del riesgo", "I Foro nacional sobre la mujer y las drogas", OEA-CICAD, Montevideo, octubre 1997.
18. O'Hare, P. A., "Prefacio: Nota sobre el concepto de reducción de daños", en O'Hare, P. A., Newcombe, R., Mathews, A., Buning, E. C. y Drucker, E. (eds.), *La reducción de los daños vinculados a drogas*, Routledge, Nueva York, 1992.
19. Martínez, A. y Peyraube, R., ob. cit.
20. Serra, M., *Perfil epidemiológico de Sida y drogas en Uruguay. Sida y drogas un desafío a la salud en el Cono Sur*, Ed. Latina, Montevideo, 1999.
21. Ernst, M-L., Rotternmanner, I., Spreyermann, C., "Femmes, dépendences, perspectives, bases conceptuelles pour le developpement et la promotion d'interventions spécifiques auprès des femmes consommant des drogues illégales", Rapport de l'Office fédéral de la santé publique, Berna, 1995.
22. Ibidem.
23. Ibidem.
24. Peyraube, R., "Los tratamientos en la PUISS", ob. cit.
25. Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C., "Estadios y procesos de cambio en fumadores: Hacia un modelo de cambio integrativo", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 1983, pp. 390-395
26. Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C., "Hacia un modelo comprensivo de cambio", en Miller, W. R. y Heather, N. (eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Plenum Press, Nueva York, 1986a.
27. Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C., "Estadios de cambio en la modificación de problemas de conducta", en Hersen, M., Eisler, R. M. y Miller, P. M. (eds.), *Progress in behavior modification*, Newbury Park California, Sage, 1992.
28. Riley, D., O'Hare, P., ob. cit.
29. *Advisory Council on the Misuse of Drugs*, AIDS and drugs misuse, Partes 1 y 2, HMSO, Londres, 1988, 1989.
30. Mino, A., "Las nuevas políticas de drogas, el ejemplo ginebrino", *Psychiatrie de l'enfant*, París, XXXVII, 2, 1994, pp. 577-600.
31. Peyraube, R., "Los tratamientos en la PUISS", ob. cit.
32. Ibidem.
33. Ibidem.
34. Riley, D., O'Hare, P., ob. cit.