



ADICCIONES

LO QUE LA PANDEMIA DEJÓ

Dra. Débora Serebrisky, Dr. Nicolás Segovia

Débora Serebrisky

Adicciones



Editorial Sciens
BUENOS AIRES



PRIMERA EDICIÓN
AGOSTO DE 2023

Queda hecho el depósito
que establece la Ley 11.723

ISBN 978-987-3973-36-9

© 2022, Editorial Sciens S.R.L. ®
Av. García del Río 2585 - Piso 12 - Dto. A - CABA (C1429DEB)
Tel/Fax. (54 11) 2092 1646
www.sciens.com.ar
info@sciens.com.ar

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Indice

Autores	5
Prólogo	6
Capítulo 1	
Desde la pandemia, todo es distinto	7
Dra. Débora Serebrisky (Kfar Saba, Israel) y Dr. Nicolás Segovia (Entre Ríos, Argentina)	
Capítulo 2	
Lo que pasó en Argentina.....	11
Débora Serebrisky y Nicolás Segovia	
Capítulo 3	
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN URUGUAY	23
Paul Ruiz Santos ^{1*} , Florencia Semblat ² , Ricardo Pautassi ³	
Capítulo 4	
Lo que pasó en España: el consumo y tratamiento de las adicciones.	35
Jorge J. Gil Tadeo	
Capítulo 5	
La telemedicina, la herramienta que llegó para quedarse. Utilidad y aspectos médico-legales.	48
Dr. Nicolás Oliva, Dr. Diego Rafael Cohon,	
Capítulo 6	
La incertidumbre como protagonista: Abordaje desde la Escuela Sistémica Argentina	58
Dr. Horacio Serebrinsky. Lic. Héctor M. Murillo. Lic. Sergio Serebrinsky, psicólogo,	

Capítulo 7

Impacto de la pandemia y cambios originados en la asistencia de personas con enfermedad adictiva	70
--	----

Waisman Campos Marcela

Capítulo 8

Coronavirus, aislamiento, cuidado y salud mental	82
--	----

Autores: Dr. Carlos Miguel Mussi. Lic. Osvaldo Chiarlo

Capítulo 9

Impacto de la pandemia en un dispositivo ambulatorio para el abordaje de la patología dual	89
--	----

Débora Serebrisky

Capítulo 10

Un tiempo conmovedor	97
----------------------------	----

Lic. Silvia Smazanovich

Capítulo 11

Estrategias para la videoconsulta en la comunidad terapéutica	104
---	-----

Dra. Laura Alasia.

Lic. Marcelo González.

Capítulo 12

ESTRATEGIAS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CERRADA	120
--	-----

Dr. Juan alberto yaria

Capítulo 13

Cambios en un hospital escuela de salud mental ¹	128
---	-----

Mariano Motuca

Capítulo 14

Tratamiento de las adicciones en Maciá (Entre Ríos)	134
---	-----

Nicolás Segovia

Autores

DÉBORA SEREBRISKY

Débora Serebrisky es una psiquiatra argentino-israelí especializada en adicciones. Su último emprendimiento en Argentina comenzó en 2009, cuando fundó NET21, un centro privado de atención intensiva ambulatoria ubicado en Buenos Aires. NET21 ofrecía estabilización de crisis a corto plazo y tratamiento a largo plazo para pacientes con síntomas psiquiátricos que dificultan significativamente su funcionamiento diario, así como pacientes adultos con diagnósticos duales. Es de destacar que diseñó y ejecutó un programa de tratamiento especializado para médicos adictos y estableció una colaboración con la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires para atender las necesidades de tratamiento de sus miembros. Además, implementó con éxito un programa de cesación tabáquica para pacientes con trastornos psiquiátricos graves.

Desde 2012 hasta 2020, trabajó como investigadora clínica en CIC WM Argentina, un reconocido centro de investigación clínica.

En 2021, Débora Serebrisky se trasladó a Israel y asumió nuevos roles profesionales. Ocupó el cargo de Asesora de los albergues para pacientes psiquiátricos en Kfar Saba y Herzlia, afiliados a Amutat Marpe Lanefesh. Además, comenzó a trabajar como psiquiatra en el Centro Médico Herzog en Jerusalén. Con su experiencia y trayectoria, sigue realizando importantes contribuciones al campo de la psiquiatría, brindando un valioso apoyo y atención a las personas necesitadas.

Además de su trabajo clínico, Débora Serebrisky es una prolífica autora y académica. Ha escrito numerosos libros y artículos sobre psiquiatría y adicciones, mostrando su profundo conocimiento y experiencia en estas áreas. Además, ha estado activamente involucrada en la enseñanza de diversos cursos relacionados con la psiquiatría y las adicciones, compartiendo sus ideas y experiencias con futuros profesionales en el campo. Su compromiso con la educación y la investigación la establece aún más como una autoridad respetada en el ámbito de la salud mental..

NICOLÁS SEGOVIA

Psicólogo

Especialista en terapia sistémica

Maestría en tratamiento y prevención de las adicciones

Doctorado en psicología

Formación en el Hospital Escuela de Salud Mental de la Provincia de San Luis.

Fundador y Coordinador del Grupo Institucional de Adicciones del Hospital Falucho de Maciá (Entre Ríos).

Trabajo permanente en campañas de prevención de adicciones en escuelas secundarias promoviendo la participación activa de los estudiantes y docentes.

Coordinador en la organización del Congreso Provincial Anual de Adicciones de la Ciudad de Maciá (Entre Ríos).

Prólogo

Actualmente las adicciones constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Hace tiempo que la evidencia científica respalda la concepción de la adicción como una enfermedad compleja, multideterminada y edificada sobre pautas socio-culturales, que afecta notablemente la calidad de vida de las personas, incrementando el riesgo de discapacidad y muerte. De manera que su abordaje representa un importante desafío para los sistemas de atención de la salud.

La siguiente obra contiene relatos de diferentes experiencias en el abordaje de las adicciones durante uno de los momentos de mayor incertidumbre, tensión y desorientación de los últimos siglos: la aparición de la pandemia por Covid-19 y la experiencia de la cuarentena.

Por tratarse de un hecho inédito e inesperado, ningún profesional contó con formación previa para afrontarlo. El desafío consistió en tener la predisposición para ir aprendiendo en el día a día y de hacer lo mejor posible con lo posible. En el caso de los dispositivos de tratamiento de las adicciones, en los que se debe realizar un esfuerzo permanente para lograr la adherencia, sostener la concurrencia y presencia de los individuos en sus respectivos tratamientos, hubo que lidiar con uno de los peores escenarios, el de la no presencia física de los pacientes, con el consiguiente riesgo de recaída y deserción del tratamiento que ello conlleva.

Uno de los principales objetivos que nos planteamos para este libro era que no se limitara a la presentación de datos oficiales sobre los cambios en los consumos de drogas y en los tratamientos, sino que también incluyera recomendaciones acerca de cómo intervenir en situaciones específicas de esta “nueva normalidad” post Covid-19.

Nos acompañaron en esta tarea profesionales de la república Argentina, de Uruguay y de España, todos ellos de vasta trayectoria en el tratamiento e investigación en adicciones: Laura Alasia, Osvaldo Chiarlo, Diego Cohon, Jorge Gil Tadeo, Marcelo González, Mariano Motuca, Héctor Murillo, Carlos Mussi, Nicolás Oliva, Ricardo Pautassi, Paúl Ruíz Santos, Florencia Semblat, Horacio Serebrinsky, Sergio Serebrinsky, Silvia Smazanovich, Marcela Waisman Campos y Juan Yaría. A todos ellos, nuestro enorme agradecimiento.

Por último, queremos agradecer especialmente a los miembros de la editorial Sciens por brindarnos la oportunidad de publicar esta obra, materializando meses de arduo esfuerzo y dedicación. Deseamos sinceramente que la lectura del libro por parte del público sea una motivación para continuar investigando

Débora Serebrisky y Nicolás Segovia

Capítulo 1

Desde la pandemia, todo es distinto

Dra. Débora Serebrisky (Kfar Saba, Israel) y Dr. Nicolás Segovia (Entre Ríos, Argentina)

La humanidad se enfrenta actualmente a un nuevo desafío debido a la pandemia por Covid-19. Esta enfermedad irrumpió como un fenómeno mundial, provocando un giro dramático e inesperado en el libreto de nuestras vidas, marcando lo que sin dudas será un antes y un después en la historia.

El confinamiento prolongado y la exposición diaria a estímulos estresantes favoreció la aparición de algunas emociones difíciles de gestionar tales como: miedo, soledad, frustración, aburrimiento, ansiedad, desorganización, ambivalencia y enojo. Estamos atravesando una situación sin precedentes, con alto impacto psicológico, que debe ser atendido de manera urgente.

En este contexto de tanta turbulencia emocional, el consumo de drogas (legales e ilegales) no dio tregua y se han conocido estadísticas alarmantes sobre los niveles de uso de sustancias. Un reporte de 2020 de la OMS (Organización Mundial de la Salud) alertó que durante la cuarentena el consumo de alcohol mostró una curva ascendente, llegando a triplicarse.

A su vez, en el mismo año 2020, un estudio de la Defensoría del Pueblo de la ciudad de BS AS reveló que durante la cuarentena aumentó el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Alcohol (36,5%) y tabaco (40%) son las sustancias que mayor crecimiento reflejaron en este período. El tercer lugar fue ocupado por los psicofármacos (como antidepresivos y ansiolíticos) cuyo uso sin prescripción médica aumentó 10,1%.

La situación pandémica ha desembocado en una cuarentena que implicó restricciones en cuanto al contacto humano directo. De una u otra manera, todos los dispositivos de atención de personas con problemas por uso de sustancias se vieron afectados, traduciéndose en una brusca interrupción de las prácticas habituales.

Ante la imposibilidad de lo presencial, se dio paso a una nueva forma de práctica asistencial centrada en la atención virtual mediante videollamadas, utilizando diferentes plataformas. El abordaje online tiene algunas limitaciones que obstaculizaron y comprometieron la continuidad de los tratamientos. En primer lugar, el grado de aceptación de esta modalidad es muy variable en los distintos lugares del país. En nuestro país, en algunos sectores de la población, esta modalidad ha sido bienvenida e incluso es la opción más elegida actualmente, mientras que en otros sectores siguen prefiriendo la atención presencial.

Además, no todos los pacientes tienen las mismas posibilidades de acceso a un servicio de internet, y a veces ni siquiera tienen una computadora adecuada para este propósito. En este sentido, cabe destacar que hay un porcentaje de personas que no saben manejarse con dispositivos electrónicos, ya sea por razones culturales, económicas o generacionales.

El aumento en el consumo de sustancias como consecuencia del estrés, del encierro y de la incertidumbre por el futuro, sumado a las limitaciones en las prestaciones de los servicios

de tratamiento de adicciones, constituyeron un problema de salud que fue necesario abordar para crear nuevas soluciones de manera inmediata.

Nos gustaría desarrollar brevemente los diferentes abordajes disponibles para el tratamiento de las adicciones, ya que los distintos colaboradores de este libro plantean los cambios que ha habido en sus diversas prácticas clínicas.

Encuadres, abordajes y dispositivos

Sea cual fuere el encuadre, resulta fundamental establecer un buen vínculo médico-paciente o equipo-paciente, para favorecer el diagnóstico precoz de los problemas relacionados con las sustancias. El diagnóstico precoz permite disminuir los daños y favorece los cambios conductuales. La evaluación del consumo de sustancias debería formar parte de la rutina exploratoria de cualquier psiquiatra o psicólogo; **el primer paso para identificar el problema es pensar en él.**

Para que una intervención sea eficaz, tiene que adecuarse al nivel de conciencia de enfermedad que tenga el paciente y a su grado de motivación para el cambio. Por ende, la evaluación deberá incluir la valoración de la motivación. Si el paciente no está preparado para abstenerse por completo del consumo de sustancias, la alternativa es intentar reducirlo. **Pequeños cambios pueden hacer una gran diferencia.**

Es importante recordar que no existe un solo tratamiento apropiado para TODOS los pacientes en TODOS los momentos.

Equipos interdisciplinarios

En el área de la salud mental existe un reconocimiento creciente de que la enfermedad mental grave y el abuso de sustancias son cuadros tan complicados que exceden el alcance de cada una de las disciplinas involucradas (DeGraw C, et al. 1996). Resulta prácticamente imposible que un solo profesional domine la amplia gama de competencias pertinentes en rehabilitación psiquiátrica y adicciones. El equipo interdisciplinario es el vehículo óptimo para la integración y adaptación de diversas intervenciones (Lieberman RP, et al. 2001).

La adicción afecta múltiples facetas de la vida, motivo por el cual los pacientes que llegan a tratamiento pueden tener diversos problemas relacionados con el uso de sustancias. Por ejemplo, en el caso del alcohol, el sujeto podría tener un trastorno depresivo que requiera tratamiento específico, hepatopatía que condicione el uso de medicación psiquiátrica, problemas legales por haber sido detenido manejando en estado de intoxicación alcohólica, problemas con su grupo primario de apoyo y problemas laborales por reiteradas faltas. El tratamiento tiene más probabilidades de ser exitoso si todos los problemas se abordan simultáneamente con el del abuso de sustancias. Resulta evidente que ningún profesional por sí solo puede abordar todas estas problemáticas, por lo que se requiere un equipo interdisciplinario que colabore para ayudar a estas personas.

1. Grupo de ayuda mutua (GAM):

La consejería y los programas de tratamiento basados en los 12 pasos (como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos) han sido tradicionalmente el eje de los tratamientos del

alcoholismo y otras adicciones. Un Grupo de Ayuda Mutua es un espacio en el cual diversas personas que comparten un mismo problema o dificultad se reúnen para intentar superar o mejorar su situación. Los grupos de ayuda mutua suelen tener las siguientes características: los participantes comparten experiencia y/o necesidad, la participación es voluntaria, los encuentros se hacen de manera periódica y no hay diferencias de rol o estatus entre los miembros. Aunque participar en un GAM pueda tener efectos beneficiosos para la salud mental, un GAM no es una forma de psicoterapia. Para empezar, porque no hay ningún psicoterapeuta guiando el grupo. Además, porque su objetivo no es hacer tratamiento. Y, finalmente, porque los intercambios y las relaciones se basan en la horizontalidad y ninguna persona ocupa el rol de enfermo.

Cabe destacar que los GAM son el recurso más ampliamente disponible en el mundo en cuanto a su ubicación geográfica y horarios de reuniones.

2. Comunidad terapéutica:

Las comunidades terapéuticas son una forma de tratamiento residencial a largo plazo para los trastornos derivados del uso de sustancias.

Existen múltiples definiciones de comunidad terapéutica que muestran sus características. Podemos destacar la elaborada por Ottemberg en 1993 que dice lo siguiente: *“Una comunidad terapéutica es un ámbito libre de drogas en el que personas con problemas de adicción y otros problemas viven juntos de una manera organizada y estructurada con el fin de promover el cambio y de hacer posible una vida libre de drogas en la sociedad real. La comunidad terapéutica forma una micro-sociedad en la cual, los residentes y el equipo, en el rol de facilitadores, asumen diferentes roles y se apegan a reglas claras, diseñadas para promover el proceso de transición de los residentes”*.

El objetivo de las comunidades terapéuticas es abordar de forma intensiva y global los problemas de adicción o de otro tipo, con actividades de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo y médico-sanitario.

3. Clínica psiquiátrica:

Las clínicas psiquiátricas suelen ser el lugar ideal para el abordaje de pacientes con patología dual (adicción y otra patología psiquiátrica). Ofrecen un servicio de internación para la desintoxicación (que en algunos casos resulta difícil lograr con un tratamiento ambulatorio), servicio de internaciones a corto y mediano plazo (para la estabilización psicopatológica de los pacientes con trastorno mental comórbido) y hospital de día. Algunas clínicas también cuentan con un área de consultas externas, para realizar los seguimientos ambulatorios, tras el alta hospitalaria.

4. Tratamientos ambulatorios:

El tratamiento ambulatorio para las adicciones constituye una modalidad de intervención no residencial, guiada por un equipo multidisciplinar especializado, o por un solo especialista, en adicciones y/o enfermedades mentales, que puede seguir encuadres metodológicos diferentes, y que busca que la persona supere su dependencia de sustancias para llevar una vida independiente y autosuficiente. Los tratamientos ambulatorios varían fundamen-

talmente en función de su intensidad (desde semanal hasta diario) y en función de su encuadre teórico.

Es nuestro deseo compartir reflexiones, respuestas y herramientas terapéuticas para el abordaje de las adicciones, en este contexto tan particular que hoy estamos enfrentando. A tal fin, este libro contiene escritos originales de profesionales de diferentes provincias argentinas, como así también de otros países, que día a día están afrontando el desafío de reinventar sus prácticas, apuntando a la recuperación de los usuarios de sus servicios.

Las experiencias que presentamos podrían ofrecer nuevas alternativas para trabajar con el malestar que trabajadores de salud mental, pacientes adictos y sus familiares transitan desde el inicio de esta crisis sanitaria.

Capítulo 2

Lo que pasó en Argentina

Débora Serebrisky y Nicolás Segovia

Introducción

Desde que se anunció el coronavirus por primera vez en China, en diciembre de 2019 (OPS/OMS, 2020), esta pandemia viene causando cambios significativos y sin precedentes en el mundo. La magnitud de la pandemia del COVID-19 sigue despertando la preocupación de la salud pública por sus efectos socioeconómicos, el miedo a contraer el virus y los estresantes desafíos de adaptación en las actividades cotidianas, que impactan en la salud física y mental de los individuos y de sociedades enteras (ONU, 2020).

El alcohol, el tabaco y otras sustancias se utilizan a menudo para socializar y hacer frente a las emociones difíciles. Como los índices de ansiedad, miedo, depresión, aburrimiento e incertidumbre fueron aumentando durante la pandemia es comprensible que el consumo de estas sustancias también haya aumentado.

El uso de estas sustancias plantea riesgos agudos y crónicos para la salud. El alcohol, por ejemplo, es factor causal en más de 200 enfermedades, lo que resulta en un 5,1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (OPS/OMS, 2020). El consumo excesivo de productos alcohólicos se asocia con un mayor riesgo de debilitar el sistema inmunitario, lo que aumenta la susceptibilidad y la gravedad del individuo para contraer varias enfermedades infecciosas, incluida la COVID-19 (OPS/OMS, 2020).

Es sabido que el uso prolongado de estas sustancias (alcohol y productos de tabaco) aumenta el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). El SDRA, una de las complicaciones más graves de los pacientes diagnosticados con COVID-19 (OPS/OMS, 2020), sitúa a los individuos con un historial prolongado de consumo excesivo de alcohol en un mayor riesgo de mortalidad una vez infectados.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC señala que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo utilizaron drogas durante el último año, mientras que más de 36 millones sufrieron trastornos por consumo de drogas, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021, publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés). La mayoría de los países ha informado un aumento del consumo de cannabis durante la pandemia. En las encuestas realizadas a personal de salud de 77 países, 42% afirmó que el consumo de cannabis había incrementado. También se ha observado un aumento del uso no médico de medicamentos durante el mismo periodo.

Entre 2010 y 2019, el número de consumidores de drogas aumentó en un 22%, debido en parte al aumento de la población mundial. Basadas únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales sugieren un alza del 11% en el número de

personas que consumen drogas a nivel mundial para 2030.

Según las últimas estimaciones globales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez durante el último año; mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total de quienes utilizan drogas, sufren trastornos por su consumo.

Los mercados de droga en la web oscura surgieron hace apenas una década, pero los más grandes alcanzan ya un valor de al menos 315 millones de dólares en ventas anuales. La rápida innovación tecnológica, combinada con la agilidad y adaptabilidad de quienes utilizan las nuevas plataformas para vender medicamentos y otras sustancias, puede dar paso a un mercado globalizado en el que todas las drogas estén más disponibles y accesibles en cualquier lugar. Esto, a su vez, podría desencadenar cambios acelerados en los patrones de consumo de drogas y tener implicaciones para la salud pública, según el Informe publicado en junio de 2021 por UNODC.

El nuevo Informe muestra que los mercados de drogas han reanudado rápidamente sus operaciones después de la disrupción inicial al comienzo de la pandemia; un repunte que ha desencadenado o acelerado ciertas dinámicas de tráfico ya existentes en el mercado mundial de la droga. La resiliencia de los mercados de la droga durante la pandemia ha demostrado una vez más la capacidad de los traficantes para adaptarse rápidamente a los cambios de contexto y circunstancias.

Por suerte, no solo los narcotraficantes han mostrado capacidad de adaptación. El COVID-19 también ha desencadenado la innovación y adaptación de los servicios de

prevención y tratamiento de las problemáticas relacionadas con el uso de drogas, por medio de modelos más flexibles. Muchos países han introducido o ampliado los servicios de medicina a distancia debido a la pandemia, lo que significa que el personal sanitario puede ahora ofrecer asesoramiento o evaluaciones iniciales por teléfono y distintas plataformas virtuales, a las personas que consumen drogas, y también utilizar sistemas electrónicos para prescribir sustancias controladas.

Aunque todavía no se conoce por completo el impacto del COVID-19 en los desafíos relacionados con las drogas, los análisis sugieren que la pandemia ha provocado un aumento de las dificultades económicas, lo que probablemente haga que el cultivo de drogas ilícitas sea más atractivo para las frágiles comunidades rurales. El impacto social de la pandemia -que ha causado una mayor desigualdad, pobreza y afecciones en la salud mental, especialmente entre las poblaciones ya vulnerables- representa factores que podrían empujar a más personas al consumo de drogas.

En abril de 2020 se informó que, al igual que lo hicieran Panamá y México, 50 municipios de Argentina aprobaron una “Ley seca” que prohibió la venta y el consumo de cerveza, vino o cualquier tipo de bebida que contenga alcohol. Las autoridades tomaron esta decisión con el objetivo de evitar la ingesta alcohólica y reducir el número de casos por violencia de género mientras durara el confinamiento, habiéndose detectado un aumento considerable de las denuncias desde el comienzo de la cuarentena.

Estos 50 municipios en los que rigió la “Ley seca” (La Nación, 2020) ya sea a mandato de los cargos públicos del municipio o

por una orden policial, incluyeron doce provincias: Catamarca, Córdoba, Chaco, Jujuy, La Rioja, Neuquén, Salta, Santiago del Estero, Río Negro, Misiones, Mendoza y Santa Fe. Sin embargo, no en todas las provincias se reguló de la misma manera. Algunas prohibieron totalmente la circulación y la venta de productos vinícolas, mientras que en otras sólo se prohibieron las vinerías y licoerías como locales autorizados.

La Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, publicó la edición 2020 del Informe de Femicidios de la Justicia Argentina. Según dicho informe, se identificaron 251 víctimas directas de femicidio en la República Argentina entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2020.

Tomando como cifra conjunta las víctimas letales de la violencia de género, esto es, sumando víctimas directas de femicidio y víctimas de femicidio vinculado, se observa un incremento del 12% de 2019 a 2020, ya que pasa de 256 a 287 casos, siendo en el año 2020 la cifra más alta de la serie. En ese año se vio un incremento relativo en el segundo trimestre del año, coincidente con las restricciones a la movilidad implementadas a raíz de la pandemia de COVID-19.

La cuarentena

El 12 de marzo de 2020 se decreta la Emergencia Sanitaria en la República Argentina (Decreto 260/2020), y a continuación se decreta el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO): “A fin de proteger la salud pública, lo que constituye una obligación inalienable del Estado nacional, se establece para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria, la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio” en los términos indicados en el presente decreto.

La misma regirá desde el 20 hasta el 31 de marzo inclusive del corriente año” (Decreto 297/2020).

Lo primero que hay que tener en cuenta es que la cuarentena es un desafío. Los pocos estudios previos sobre psicología y cuarentena plantean la cuarentena en términos de una elección entre la infección o la alteración psicológica que se puede agravar en una persona, como producto del encierro. Por ende, sugieren pensarlo como el mal menor, si se tiene en cuenta el contexto de pandemia.

La pandemia y la cuarentena pueden traer consigo las siguientes emociones: miedo, frustración, enojo, ambivalencia, desorganización, aburrimiento, tristeza, soledad, encierro y ansiedad.

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los EE.UU. (NIDA, 2020) divide a los consumidores de sustancias psicoactivas en dos grandes grupos:

1. Quienes consumen para sentirse bien, buscando sensaciones intensas de placer que pueden ser producidas por algunas sustancias. A esta euforia inicial le siguen otros efectos que varían según la droga que se consuma. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, después de la euforia siguen sensaciones de poder, autoconfianza y más energía. En contraste, a la euforia que causan los opioides como la heroína le siguen sensaciones de relajación y satisfacción.

2. Quienes consumen para sentirse mejor. Algunas personas que sufren de ansiedad social, estrés o depresión comienzan a consumir drogas para intentar sentirse menos ansiosas. El estrés puede ser un factor importante para comenzar y continuar el con-

sumo, y también influye en las recaídas (es decir, la vuelta al consumo de drogas) de los pacientes que se están recuperando de la adicción.

Siguiendo esta línea de pensamiento, sería lógico suponer que quienes experimentaron durante la pandemia emociones displacenteras como las que mencionamos anteriormente, hayan recurrido a las sustancias para mitigar estas emociones.

Impacto del COVID

A continuación evaluaremos el impacto de la pandemia por COVID-19 en los siguientes grupos poblacionales:

1. Consumo de sustancias en la población general en Argentina
2. Personas en recuperación
3. Personas en tratamiento por sustancias
4. Fumadores
5. Personas que ya estaban en tratamiento por otras patologías psiquiátricas
6. Personas que debutan o debutarán con un cuadro psiquiátrico a raíz de la pandemia

1. Consumo de sustancias en la población general en Argentina

Investigadores de la Universidad Nacional de Córdoba llevaron adelante un relevamiento a nivel nacional en 2020 para crear nuevas estrategias de atención de las consecuencias de la cuarentena sobre la salud mental (Carrizo, 2020). El mismo se realizó entre los meses de abril y mayo de ese año, etapa que coincidía con la fase más estricta del ASPO. Del total de los encuestados, el 73% admitió haber consumido sustancias psicoactivas durante la cuarentena. Además, un dato importante es que un 41% indicó que fue mayor la frecuencia de su consumo

en ASPO y un 33% dijo haber consumido mayor cantidad.

La droga más usada fue el alcohol, superando la mitad de los encuestados (54%), seguida por la nicotina (35%), marihuana (29,6%) y psicofármacos (7,8%). Los investigadores destacaron que del total de los participantes de la investigación que consumieron sustancias psicoactivas durante la cuarentena, el 20% violó el aislamiento para conseguir la droga.

El 48% de los encuestados refirió que no intentó controlar el consumo de sustancias durante el ASPO. En cuanto a su percepción respecto a cuán fácil le resultaría dejar de consumir drogas post cuarentena, el 33% respondió que sería muy fácil dejar la droga y un 40% que resultaría muy fácil reducir el consumo. Se destaca que en este estudio las mujeres se percibieron menos autoeficaces para controlar el consumo con respecto a los varones.

El Observatorio Argentino de Drogas realizó un relevamiento en 2021 con referentes de 15 provincias del país, respecto del tratamiento de las adicciones. En este relevamiento se les consultó acerca del cambio en las prácticas de consumo de sus pacientes durante el ASPO. Seis de estos referentes manifestaron que en sus provincias hubo un incremento del consumo de alcohol, mientras que 4 de ellos señalaron que el uso de psicofármacos fue lo que más creció durante este período. Destacaron que también hubo aumento en el uso de marihuana, cocaína y policonsumo.

Un caso especial fue el del cigarrillo de tabaco, ya que en las primeras semanas del ASPO hubo desabastecimiento debido a un cese en la producción de la industria taba-

calera. Esto desembocó en un contexto de escasez de la mercadería, aumento marcado de su precio, dificultades para obtenerlos y cambios en las modalidades de consumo. Sumado a estos obstáculos para el acceso a la droga se encontraba el temor al contagio, mismo caso con la marihuana y la cocaína, lo cual explicaría el porqué hubo un aumento marcado del uso de las drogas a las que más acceso se tenía.

Un reporte de 2021 del Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos de la Defensoría del pueblo de BS AS indica que en plena pandemia se vendieron en la Argentina casi 52 millones de psicofármacos, lo que da un número aproximado de 2,8 millones de unidades más respecto al año 2019. Estos números se relacionan con la tendencia global que la UNODC ha advertido. Los psicofármacos que han manifestado un incremento en su consumo son: tranquilizantes (3,75%), antidepresivos (5%), equilibrantes (5%), antipsicóticos (8,59%), hipnóticos y sedantes (9,18%), antiepilépticos (5,78%) que también son utilizados como ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo.

Respecto a los motivos de consumo, se expresaron cambios significativos: la mitad de las provincias relevadas hicieron alusión a motivos ligados al contexto del ASPO, por ejemplo: sentimientos de ansiedad, pánico, depresión, temor, incertidumbre y otros como consecuencia de la situación pandémica como son: mayor cantidad de tiempo libre, incremento de los montos de estrés producto del aislamiento; convivencias forzadas por aislamiento obligatorio, situaciones de hacinamiento, etc. Solamente 2 referentes manifestaron que no hubo cambios

respecto a las causas de consumo entre los pacientes durante el ASPO.

Michelini, Pautassi & Pilatti (2021) llevaron adelante un estudio acerca de la ocurrencia, frecuencia y volumen de consumo de alcohol y marihuana en Argentina durante las primeras semanas del ASPO, tomando como muestra hombres y mujeres de diferentes provincias argentinas. Los participantes fueron llamados a formar parte de la investigación enviándoles una invitación por diferentes redes sociales.

Observaron que comparado con el periodo anterior al ASPO, hubo un aumento importante del porcentaje del consumo en los días de la semana: lunes, martes y miércoles; y a su vez una disminución significativa en el consumo de alcohol durante los días de fin de semana (viernes y sábado).

No hubo modificaciones estadísticamente significativas en las primeras semanas del ASPO de consumo de marihuana respecto al período previo. De todas maneras, el porcentaje de consumidores de marihuana fue mayor antes que durante el aislamiento. Otro dato obtenido de este estudio es que el total de marihuana consumida en la semana fue significativamente más alta durante el ASPO que antes de su existencia.

2. Personas en recuperación

Las personas que ya habían logrado la abstinencia previo a la pandemia trabajaron en estrategias para mantenerse libres de consumo durante la cuarentena.

Se elaboró un “Plan de recuperación en épocas de COVID” que incluyó las siguientes consignas:

a. Mantener la casa libre de alcohol y drogas: esto implica no servirle alcohol a los invitados (aún si no tienen adicciones) ni

permitir que traigan alcohol u otras drogas a la casa.

b. Lectura y escritura diaria de recuperación (para quienes siguen las tradiciones de los 12 pasos).

c. Autocuidado: levantarse, bañarse, vestirse y hacer ejercicios, aún cuando no haya obligación de hacerlo (si la persona no tiene que ir a trabajar o estudiar por la cuarentena).

d. Evitar posibles gatillos de consumo como: Hambre, Enojo, Soledad y Cansancio.

e. Tener en cuenta el fenómeno de las adicciones cruzadas. Las adicciones cruzadas tienen lugar durante la recuperación de una adicción, momento en el que el paciente puede intentar reemplazar la sustancia o comportamiento inicial de consumo, por otra. Es importante estar alerta ante la posible aparición de la adicción cruzada en individuos en recuperación puesto que, con frecuencia, una recaída es originada por el uso de una droga, sustancia o comportamiento adictivo que no es la inicial del adicto. Considerando esto último se recomendó limitar el uso de pantallas en general y de las redes sociales en particular.

f. Establecer una rutina diaria para reemplazar la rutina habitual que fue interrumpida por la cuarentena. Una opción para quienes no podían trabajar desde sus casas era pensar en pasatiempos pendientes e intentar desarrollarlos.

g. Considerar otros disparadores de consumo (además de los mencionados en el punto D).

h. Registro y regulación de las emociones. La regulación emocional define la forma en que la gente reacciona ante situaciones emocionalmente estimulantes o significa-

tivas. En los individuos con adicciones las emociones suelen tomar el control sobre las acciones, siendo esto un factor de riesgo para el consumo. La regulación emocional hace referencia a diferentes técnicas, mecanismos y afrontamientos empleados, de manera consciente o inconsciente, con el objetivo de mantener dichas emociones “activas”. Cuando una persona no puede regularse emocionalmente, es probable que recurra a técnicas desadaptativas y poco saludables como es el consumo de sustancias.

3. Personas en tratamiento por problemas relacionados con sustancias

En el año 2020, el Observatorio Argentino de drogas relevó datos para describir los cambios que se produjeron en las estrategias de políticas públicas de atención del consumo de drogas durante el ASPO. La muestra estuvo compuesta por los 24 referentes de agencias provinciales de drogas del país.

Los referentes consultados señalaron que fue indispensable la atención remota mediante llamadas telefónicas, videollamadas y chat, lo cual garantizó la continuidad de los dispositivos de terapia individual, grupal, familiar, de consulta farmacológica y las primeras entrevistas.

Manifestaron que los dispositivos ambulatorios redujeron sus actividades debido a la falta de personal por las licencias. Con respecto a los dispositivos comunitarios, su actividad fue impedida por el ASPO. En cuanto a los dispositivos residenciales: 8 provincias suspendieron los ingresos de nuevos pacientes, mientras que otras 5 provincias restringieron el acceso, e impusieron un período de aislamiento previo al inicio de las actividades de la internación. Las visitas presenciales en las residencias se suspendieron y en algunos casos pasaron al modo virtual.

La mitad de los encuestados indicaron que se amplió la oferta de atención a poblaciones que anteriormente no habían sido contempladas: personas en situación de calle, personas del interior de la provincia y adultos mayores. A su vez, la administración de medicamentos y su seguimiento se organizaron de manera diferente, implementando la receta electrónica, llevando la medicación al domicilio de los pacientes, en los dispositivos residenciales o en hoteles de cuarentena preventiva.

Brasesco y Canay (2020) estudiaron el impacto de la pandemia en 55 centros de tratamiento de adicciones en algunos países de latinoamérica, identificando cambios en la demanda de tratamiento, en los perfiles de consumo y sistematizando las estrategias que implementaron las instituciones estudiadas para continuar con los tratamientos. El 50% de los encuestados refirió que la demanda de atención creció desde la llegada del Covid-19, destacando que en el 29% de los centros aumentó la demanda de tratamiento de mujeres.

No hubo cambios significativos en la prevalencia antes y durante la pandemia en cuanto a las sustancias que generaban la demanda de atención (alcohol, marihuana y cocaína) pero sí hubo un aumento en la comorbilidad psiquiátrica. Este estudio registró una baja en el pedido de atención por consumo de paco y/o pasta base de cocaína.

Otro dato significativo que se desprende de esta investigación es que el 54% describió un mayor acompañamiento de la familia y el 34% informó que hubo más adhesión al tratamiento.

4. Fumadores

Los daños debidos al consumo de tabaco son bien conocidos. Fumar causa 8 millo-

nes de muertes cada año por enfermedades cardiovasculares, trastornos pulmonares, cánceres, diabetes e hipertensión (GBD Compare Tool, 2020). También es un factor de riesgo conocido de enfermedad grave y muerte por muchas infecciones respiratorias (Surgeon General, 2014; Park JE, et al. 2018; Han L, et al. 2019). Durante la pandemia apareció información contradictoria acerca de la posible relación entre el coronavirus y el tabaquismo: algunos dijeron que los fumadores tienen menos probabilidades de contraer el coronavirus, mientras que otros dijeron que fumar aumenta el riesgo de enfermar gravemente.

Si bien aún está surgiendo evidencia sobre el vínculo entre fumar y Covid, resulta claro que el efecto dañino que tiene fumar supera cualquier posible beneficio.

Una revisión de la Organización Mundial de la Salud encontró que fumar está asociado con cuadros más graves y un mayor riesgo de muerte en personas que necesitan tratamiento hospitalario por Covid-19 (PAHO/WHO, 2021).

Un estudio del Reino Unido publicado en enero de 2021 sugiere que los fumadores actuales que contraen coronavirus tienen el doble de probabilidades de asistir al hospital y tienden a informar más síntomas que los no fumadores. El análisis, realizado por investigadores del Imperial College London, King's College London y ZOE (una aplicación de seguimiento de síntomas de salud) analizó datos de 2,4 millones de personas en el Reino Unido que informaron sus síntomas y resultados de las pruebas.

5. Personas que ya estaban en tratamiento por otras patologías psiquiátricas

Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, son conductual y cognitivamente más

vulnerables a la cuarentena y aislamiento, y por ende más propensos a sufrir de impacto psicológico. Los pacientes con trastorno psiquiátrico tienden a presentar mayor riesgo de sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas, en comparación con la población sin patología mental. Las repercusiones de la pandemia por coronavirus generaron impacto en la población mundial y mayor susceptibilidad al estrés psicológico en los pacientes con enfermedad psiquiátrica. Entre los aspectos más relevantes podemos nombrar las interrupciones en los servicios de salud y la disminución del contacto social, que resultaron en un empeoramiento de los síntomas preexistentes en dichos pacientes.

El COVID-19 pudo haber afectado negativamente a los pacientes que tienen trastornos psiquiátricos anteriores a la pandemia y pudo haber aumentado el riesgo de infección, debido a las dificultades para cumplir con el lavado frecuente de manos y el distanciamiento físico, así como la falta de conocimiento y los problemas para comprender el riesgo de infección (Benson et al 2020, Yao et al 2020, Zhu. et al 2020).

Muchas personas, entre ellas personas con patología psiquiátrica, suspendieron sus tratamientos por temor a contagiarse de COVID si concurrían a un centro de salud.

En EEUU 4 de cada 10 adultos reportaron síntomas de ansiedad o depresión durante la pandemia, en comparación con 1 de cada 10 antes de enero de 2019.

Muchos adultos reportaron sufrir impacto negativo sobre su salud mental y bienestar, manifestado por: insomnio (36%), dificultades en la alimentación (32%), aumento en el consumo de alcohol u otras sustancias (12%) y el empeoramiento de cuadros cró-

nicos (12%), debido a la preocupación y el estrés por coronavirus.

Los grupos poblacionales de mayor riesgo fueron: adultos jóvenes, personas que perdieron su trabajo, padres e hijos, y trabajadores esenciales.

6. Personas que debutan o debutarán con un cuadro psiquiátrico a raíz de la pandemia

UNICEF (2020) publicó un relevamiento destinado a conocer las consecuencias de la pandemia en la salud mental de jóvenes y adolescentes de Latinoamérica y el Caribe. A partir del mismo, se conoció que el 46% de los jóvenes siente menor motivación para realizar actividades que antes disfrutaba. Del total de los encuestados, 43% de las mujeres y el 31% de hombres se sienten pesimistas respecto a su futuro. 3 de cada 4 participantes han sentido la necesidad de recibir asistencia psicológica, pero solo 2 de cada 5 la han solicitado.

En 2020 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en colaboración con el equipo del estudio The COVID-19 Health care workers Study (HEROES), analizaron el estado de salud mental de los trabajadores de salud que realizaron su labor durante la pandemia por Covid-19 de la región de las Américas: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay. De este estudio se desprendió que entre el 14,7% y el 22% de los trabajadores encuestados manifestaron síntomas de depresión; mientras que entre un 5% y un 15% admitió que contempló la posibilidad del suicidio. Pese a estos indicadores, en algunos países participantes de la investigación solo un tercio de los trabajadores de salud recibieron asistencia psicológica.

Aguilar Sigüeñas, Cruz Vásquez & Villarreal Zegarra (2021) hicieron una revisión bibliográfica de la literatura existente acerca de las secuelas en salud mental desde la irrupción de la pandemia por Covid-19. Señalan que alrededor de un 50% de los pacientes que contrajeron la enfermedad manifestaron posteriormente síntomas de trastornos mentales. La mayoría padeció trastornos de ansiedad, en un segundo lugar se ubican aquellos pacientes con depresión y también identificaron un tercer grupo en el cual hubo una combinación entre ambas patologías. Describen como factores de riesgo a los sentimientos de soledad y desesperanza experimentados durante el curso de la enfermedad por coronavirus.

Tausch et al. (2022) examinaron el impacto del Covid-19 en las poblaciones de la región de las Américas, incluyendo los servicios de salud mental. Describen un empeoramiento en la salud mental de la población. En países como Argentina, Estados Unidos, México y Brasil hubo un aumento significativo de los índices de ansiedad y depresión, mientras que en Canadá los síntomas de ansiedad de la población se cuadruplicaron y se duplicaron los síntomas depresivos. En Perú los datos daban cuenta de una prevalencia de depresión cinco veces mayor que la etapa previa a la pandemia. Para la población sin antecedentes psiquiátricos, padecer Covid-19 se asoció con una mayor probabilidad de un primer diagnóstico psiquiátrico en los tres meses posteriores a la enfermedad.

Refieren que en Argentina, Chile, México y Trinidad y Tobago se incrementaron los índices de depresión, ansiedad, estrés e insomnio entre trabajadores de la salud. En Estados Unidos el 53% de los trabajadores de salud reportaron haber experimentado algún sínto-

ma de padecimiento mental durante la pandemia (depresión, ideación suicida, ansiedad y trastorno por estrés post traumático).

Conclusiones

La historia ha demostrado que el impacto mental de los desastres siempre es mayor que el impacto físico, lo que sugiere que el aumento en las necesidades relacionadas con la salud mental perdurará más allá de la duración de la pandemia en sí.

Ante situaciones de desastres (naturales o causados por el hombre) se activan los mecanismos psicológicos de afrontamiento, que pueden no ser suficientes para resolver de manera favorable los desafíos a los cuales nos enfrentamos en dichas situaciones. En esos casos aparecerá patología psiquiátrica. Las consecuencias serán distintas según la población: no será igual en hombres que en mujeres, en niños que en ancianos, o en zonas con fuertes creencias religiosas comparado con zonas agnósticas. Cada grupo etario tendrá necesidades diferentes, por lo que las pautas a seguir (en su abordaje) no serán las mismas. Son múltiples los factores que influyen en el impacto de eventos traumáticos, y no deben ser ignorados.

Como hemos visto, la pandemia impactó de manera negativa en la población general, y más aún en poblaciones vulnerables. Lo complejo de esta situación es que estas poblaciones vulnerables incluyen a los trabajadores de la salud, que son quienes deberían ocuparse del cuidado de los afectados.

De acuerdo a los datos que logramos relevar para la escritura de este capítulo, hubo un aumento en el consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, en la Argentina. Dado que la evidencia científica disponible en la actualidad avala una íntima relación entre las adicciones y las enfermedades

mentales, podríamos inferir que en los próximos años habrá un mayor número de personas con problemas por uso de sustancias en el país, y por ende una mayor prevalencia de otras patologías mentales.

Es sabido que el distrés psicológico puede durar hasta 3 años luego del evento en

cuestión. De modo que las repercusiones de esta pandemia podrían durar muchos años y requerirán un aumento en la atención de los problemas de salud mental, lo cual representará un importante desafío para un sistema que ya no daba abasto antes de la pandemia.

Bibliografía:

- Aguilar Sigüeñas, Cruz Vásquez & Villarreal Zegarra (2021). Secuelas post-Covid en salud mental: una revisión narrativa. Rescatado de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revistamedicavallejiana/article/view/270/260>.
- Benson NM, Öngür D, Hsu J (2020). COVID-19 testing and patients in mental health facilities. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:476.
- Brasesco, M.; Canay, R. (2020). Aproximación al impacto de la pandemia en centros de tratamiento de adicciones en algunos países de Latinoamérica. Volumen 66 -Nº 3 Buenos Aires -Septiembre 2020. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*. 66 (3). 184-187.
- Carrizo, P. (2020). Estudio detecta un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas durante la cuarentena. Uniciencia. recuperado de <https://unciencia.unc.edu.ar/psicologia/estudio-detecta-un-aumento-en-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-durante-la-cuarentena/>
- Decreto 260 de 2020. Por medio del cual se decreta la Emergencia Sanitaria. 13/03/2020 N° 14494/20. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-260-2020-335423/texto>.
- Decreto 297 de 2020 [con fuerza de ley]. Por medio del cual se decreta el AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO. 20/03/2020, N° 15887/20. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>.
- Han L, Ran J, Mak YW, Suen LK, Lee PH, Peiris JSM, et al. (2019). Smoking and Influenza-associated Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*. 2019;30(3):405-17. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000984>.
- Instituto de métricas y evaluación de la salud (2020). GBD compare tool. [Aplicación móvil]. Google play. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- King's college London (7 de mayo de 2022). Aplicación ZOE COVID Study: cómo los investigadores de King desaceleraron la propagación de COVID-19. Rescatado de <https://www.kcl.ac.uk/news/spotlight/zoe-covid-study-app-kings-researchers-slowed-the-spread-covid-19>.
- La Nación (14 de abril de 2020). Por la pandemia de coronavirus aplican la ley seca y prohíben la venta de alcohol en 50 localidades de la Argentina. Rescatado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/por-pandemia-coronavirus-aplican-ley-seca-prohiben-nid2354020/>.
- Michelini, Y.; Pilatti, A.; Pautassi, R.(2021). Alteraciones en la distribución del consumo de alcohol y la frecuencia de uso de marihuana durante el aislamiento preventivo por Covid-19 en Argentina; Universidad Nacional de Córdoba. Instituto de Investigaciones Psicológicas; 2021; 151-174.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. PMID: 24455788.
- NIDA. 2020, Septiembre 2. El uso indebido de drogas y la adicción. Recuperado de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas-en-2022>, February 22.
- Observatorio Argentino de Drogas (2020). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio por Covid-19. Eje 1. Rescatado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/1-_oad_estudio_aspo_eje_1_-_informe_final.pdf.
- Observatorio Argentino de Drogas (2021). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio por Covid-19. Eje 2: Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general. rescatado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/aspo_eje_2_resumen_ejecutivo_5_2.pdf.
- Observatorio de adicciones y consumos problemáticos de la defensoría del pueblo de la provincia de Buenos Aires (2021). Encuesta sobre consumo de alcohol en niños, niñas y adolescentes. Rescatado de <https://www.defensorba.org.ar/pdfs/dp-relevamiento-2021.pdf>.

- Oficina de la mujer (2020). Registro nacional de femicidios de la justicia Argentina. Rescatado de <https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/docs/resumenfemicidios2020.pdf>.
- ONU (2020). Policy brief: COVID-19 and the need for action o mental health. Rescatado de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). The Covid-19 health care workers study (HEROES). Informe regional de las Américas. Rescatado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- PAHO/WHO. (2021). Epidemiological Update Increase of the Delta variant and its potential impact in the Region of the Americas. Washington, D.C.: Pan American Health Organization / World Health Organization. Epidemiological.
- PAHO/WHO. (2021). What is associated with the increased frequency of heavy episodic drinking during the COVID-19 pandemic? Data from the PAHO regional web-based survey. Washington DC: PAHO.
- Park JE, Jung S, Kim A, Park JE (2018). MERS transmission and risk factors: a systematic review. BMC public health. 2018;18(1):574. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5484-8>.
- Tausch, A. et al. (2022) “Fortalecimiento de las respuestas de salud mental al COVID-19 en las Américas: análisis y recomendaciones de políticas de salud”, The Lancet Regional Health, enero. Rescatado de <https://bit.ly/3ItT7kp>.
- UN WOMEN (2020). COVID-19 and violence against women and girls: Addressing the shadow pandemic. New York: United Nations.
- UNICEF (2020). El impacto del Covid-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Rescatado de <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>
- United Nations (2021). World drug report 2021. Rescatado de <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
- Yao H, Chen JH, Xu YF (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry 2020; 7:e21.
- Zhu Y, Chen L, Ji H, et al. (2020) The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. Neurosci Bull 2020; 36:299.

Capítulo 3

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN URUGUAY

Paul Ruiz Santos^{1*}, Florencia Semblat², Ricardo Pautassi³

1- Departamento de Biociencias, Facultad de Veterinaria, Universidad de la República, Uruguay

2- Instituto Nacional de las Mujeres, Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay

3- INIMEC-CONICET, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina y Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Contacto: Paul Ruiz Santos. Departamento de Biociencias, Facultad de Veterinaria, Universidad de la República. Las Placas 1550, C.P. 11600, Montevideo, Uruguay. Tel.: +598 1903 int 2588. paulruizsantos@gmail.com

Introducción

En Uruguay se han vivido diferentes epidemias (ej. Escarlatina, 1836; Fiebre amarilla, 1857; Cólera, 1868) y pandemias (Gripe, 1918). Ninguna presenta las características de la generada por la COVID-19, una enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2. Tampoco existen registros o investigaciones sobre cómo las epidemias de finales del SXVII o principios del SXI afec-

taron la salud mental de la población (Burgues, 2017; Pollero, 2020).

Los primeros casos de COVID-19 en Uruguay fueron detectados en marzo del 2020, decretándose así, estado de emergencia sanitaria por parte del gobierno desde el 13 de ese mes. Durante la emergencia, el gobierno aconsejó un conjunto de medidas sanitarias (por ejemplo, no salir de la casa a menos que sea estrictamente necesario y el cierre de comercios, entre otros), pero estas medidas no fueron obligatorias, como en otros países de la región, como Argentina, Bolivia o Paraguay.

Numerosas investigaciones han documentado el impacto sobre la salud mental que ejercieron otras pandemias, tal es el caso de SARS en 2003-2004, que comenzó en China y se extendió a Canadá y Sudáfrica, entre otros países (Wang, 2003). En el marco de dicha epidemia, Wo et al (2008), analizaron síntomas de alcoholismo en una muestra de trabajadores de la salud que cumplían funciones en centros hospitalarios chinos. Cabe destacar que entre las observaciones que realizan, advierten que las personas expues-

tas a cuarentena exhibían - 3 años después de la exposición – mayor cantidad de síntomas de alcoholismo que otros trabajadores que no habían sufrido el proceso de confinamiento. También en el marco de la epidemia inducida por SARS, Bia et al (2004), encentraron que el 5% de los trabajadores de un hospital en Taiwán manifestaron síntomas de trastorno por stress, asociado especialmente con el cumplimiento de cuarentenas. Por su parte, Hawryluck et al (2004), advierten que el cumplimiento de la cuarentena en población general en Toronto (Canadá) estuvo asociada con altos niveles de malestar psicológico, incluyendo síntomas de estrés postraumático y depresión.

La crisis epidemiológica inducida por COVID-19, ha afectado profundamente las economías mundiales y la resiliencia de sus sistemas de salud, pero también ha impactado en la salud mental de las poblaciones. China se configura como el primer país en experimentar el impacto por este virus, generando sistemas virtuales para intervenciones en crisis con énfasis en la salud mental de la población (Jiang et al., 2020). En cuanto al registro de los principales síntomas vinculados con la salud mental durante la pandemia, se identificaron el estrés, ansiedad, insomnio, depresión y miedo (Totales et al., 2020). En Rusia, por ejemplo, se ha documentado desde el inicio de la pandemia, un aumento de síntomas de somatización, fóbicos y trastornos del sueño (Enikolopov et al., 2020). De manera similar, una encuesta realizada a 2.291 personas italianas mostró un aumento de síntomas de ansiedad (37,2%), psicopatológicos (31,4%) y estrés postraumático (27,7%), desde el inicio de la pandemia (Forte et al., 2020). A su vez, una encuesta aplicada a 7.236 personas en China evidenció un aumento de síntomas de

ansiedad generalizada (35,1%), depresión (20,1%) y dificultades del sueño (18,2%), siendo más afectadas las personas menores de 35 años de edad (Huang & Zhao, 2020).

En términos generales, las encuestas realizadas al inicio de la pandemia no indicaron aumentos significativos en estas variables, por ejemplo, un estudio realizado en Italia en los primeros días del confinamiento (abril de 2020), evidenció niveles relativamente bajos de depresión o ansiedad severa (12,8% y 9,8% respectivamente; Lenzo et al., 2020). De manera similar, Gutiérrez-Hernández et al. (2021), encentraron puntuaciones severas o extremas de depresión, ansiedad y estrés en 8,4%, 5,2% y 7,7%, de una muestra de personas españolas que participaron de un estudio realizado aproximadamente 30 días luego de iniciado el confinamiento. En cambio, estudios realizados entre los meses de Junio y Julio de 2020, efectivamente presentaron niveles significativos de malestar emocional (Warfield et al., 2021, Brooks et al., 2020), sugiriendo la existencia de un efecto acumulativo de exposición a las condiciones de aislamiento e incertidumbre en términos económicos y sanitarios.

Por su parte, en el caso de Uruguay, recientemente se comienzan a conocer las primeras publicaciones empíricas sobre el impacto de la pandemia en variables vinculadas con la salud mental. Caycho-Rodríguez et al (2021), documentaron la respuesta al miedo por COVID-19 en 7 países latinoamericanos. En este sentido, nuestro país exhibió un patrón distintivo, con una respuesta al miedo con respuesta emocional y fisiológica, comparado con el resto de los países. En otra publicación, estos autores (Caycho-Rodríguez et al., 2021b), advierten que en varios países de América Latina -in-

cluido Uruguay- el miedo al COVID-19 actúa como predictor significativo de síntomas de depresión y ansiedad. Por su parte, Paz et al (2021), mostraron en una encuesta a personas uruguayas, que en lo que refiere a los síntomas de depresión y ansiedad durante la pandemia, se encuentran influenciadas por las variables sexo (las mujeres presentan niveles más altos), nivel socio económico (mayores niveles en poblaciones de menores ingresos) y la edad (aumentan los niveles conforme disminuye la edad). A su vez, se identificó la influencia de variables como las horas de sueño diarias y la actividad física realizada, entre otras. En la misma encuesta, Fernández et al (2021), ponen de manifiesto cómo los síntomas de ansiedad y depresión disminuyeron durante el transcurso de la pandemia en Uruguay. Por su parte, nuestro equipo de trabajo documentó una asociación significativa entre los niveles de malestar psicológico durante la pandemia y el aumento del volumen de consumo de diferentes drogas como alcohol, tabaco, marihuana y psicofármacos (Ruiz et al., 2021).

En lo que refiere al consumo de sustancias durante la pandemia, investigaciones realizadas en India indicaron que el 28% de los participantes presentaron ansiedad, el 25% reportó síntomas severos de depresión y 11,6% de estrés, encontrándose una asociación significativa entre estos síntomas y el consumo intensivo de alcohol (Verma & Mishra, 2020). Esta tendencia se registra de manera similar en el caso de Australia, al reportar un aumento en la frecuencia de consumo de alcohol durante la pandemia por COVID-19, asociado a altos niveles de malestar psicológico (Biddle, 2020). Estos datos coinciden con otro estudio realizado en dicho país, que indicó aumentos del con-

sumo de alcohol y tabaco durante la pandemia, asociados a los niveles de depresión, ansiedad y estrés (Staton et al., 2020). Cabe advertir sin embargo, que las restricciones en el acceso a las sustancias que deriva del contexto de cuarentena, acaba generando cuadros sanitarios severos. Así, en India se observó un aumento significativo en las urgencias hospitalarias por síndrome de abstinencia al alcohol y se ha sugerido que este aumento se asoció, a su vez, a un pico en el número de suicidios (Narashima et al., 2020; Ahmed et al., 2020). Por su parte, a nivel regional, estudios recientes realizados en Argentina por integrantes de este equipo de trabajo (Michellini, Pilatti, Pautassi, 2021), han indicado que la instauración de la cuarentena en el país vecino estuvo asociada a una deslocalización del consumo de alcohol (i.e., consumos que tenían lugar los fines de semana pasaron a ser realizados durante la semana), así como a un aumento en el consumo de marihuana entre aquellas personas que exhibían un consumo de dicha sustancia previo a la pandemia.

En conjunto, estos primeros resultados nacionales e internacionales sobre el consumo de drogas durante la pandemia por COVID-19, resultan coherentes con lo que plantea McKay (2020), al argumentar acerca del aumento en el consumo, dada la sobreactivación de la conciencia interoceptiva con un posterior aumento del arousal ansioso durante la pandemia, lo cual se asocia con un aumento de consumo, particularmente de alcohol y marihuana.

Finalmente, cabe mencionar que en lo que respecta al caso uruguayo, nuestro equipo de trabajo fue pionero en investigar acerca del consumo de drogas durante esta pandemia. En este sentido, entre los meses de marzo y

abril de 2020, se realizó una encuesta con cobertura nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas, repitiéndola un año después, entre los meses de abril y mayo de 2021. A continuación, se presentan los principales resultados de ambas encuestas, con el fin de evidenciar el panorama epidemiológico del consumo de drogas y algunos de los principales factores que incidieron en dichos consumos, en Uruguay.

DESARROLLO METODOLÓGICO

Encuesta 1

Contexto sanitario.

Esta encuesta se inició 2 semanas luego de declarada la emergencia sanitaria en Uruguay, con la aparición de los primeros casos. Durante el periodo de tiempo en el cual se llevó adelante, el pico máximo de casos diarios fue de 36.

Diseño y participantes

Desde el 26 de marzo al 5 de abril del 2020, se aplicó una encuesta online a 1.916 personas residentes en Uruguay (42 casos fueron descartados por incongruencias en las respuestas). Esta encuesta y la realizada posteriormente, siguieron los lineamientos para investigación con humanos de la Declaración de Helsinki.

El 65% de la muestra estuvo integrada por mujeres (M edad = 31,7±9,9 años), 73% residían en Montevideo al momento de realización de la encuesta y con representación por nivel educativo. Los instrumentos, descritos en profundidad en la próxima sección, fueron compilados en un cuestionario virtual desarrollado con el software propietario de Google Forms. La invitación, que contenía un link a la encuesta, se difundió por medios electrónicos (correos, redes sociales y académicas). Como criterios de inclusión se

destacan, la mayoría de edad y residencia en Uruguay.

Instrumentos y variables

- Escala de malestar psicológico de Kessler. Este instrumento consta de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, cuyo rango de puntuaciones oscila entre los 10 y los 50 puntos (mayor puntaje indica mayores niveles de malestar psicológico). La escala evalúa el riesgo de presentar malestar psicológico inespecífico (i.e. síntomas de ansiedad o depresión) en el último mes (Kessler, 2002).

- Datos demográficos. Se aplicaron preguntas relacionadas con la edad, sexo, departamento de residencia (Uruguay se encuentra dividido en 19 departamentos).

- Cuestionario de consumo. Se midió la prevalencia de consumo de drogas (i.e., alcohol, marihuana, tabaco, cocaína, alucinógenos, éxtasis, estimulantes, pasta o psicofármacos) durante los 12 meses previos al establecimiento de la emergencia sanitaria y durante esta última. Se consultó acerca de la percepción en el aumento del volumen de consumo de la principal droga, y también de la segunda principal, durante la emergencia sanitaria. Lo mismo fue consultado en relación a las frecuencias de consumo antes y durante la emergencia sanitaria. Finalmente, se preguntó si se había iniciado al consumo de nuevas drogas (i.e., que antes de la emergencia no consumía).

Encuesta 2

Contexto sanitario

Esta encuesta se inició casi un año después de la primera y tuvo lugar entre el 15 de abril y el 25 de mayo de 2021. Durante dicho periodo, Uruguay exhibió picos máxi-

mos de contagios y muertes inherentes al COVID-19, llegándose a registrar 4.599 contagios en un día.

Diseño y participantes

La segunda encuesta fue completada por 1.253 personas residentes en Uruguay. El 70,5% se auto percibían como mujeres; el promedio de edad fue $31,6 \pm 11,4$ años. Similar a la primera encuesta, el 66,7% residían en Montevideo y se obtuvo representación de todos los niveles.

Instrumentos y variables

Se aplicó la escala de malestar psicológico de Kessler (Kessler, 2002) y se recogieron los mismos datos demográficos que en la primera encuesta. En esta ocasión, se indagó acerca de la frecuencia de consumo de alcohol y marihuana durante los últimos 2 meses, además con imágenes ilustrativas les solicitamos que indicaran cuántos tragos de alcohol y gramos de marihuana consumían durante los diferentes días de una semana típica. Respecto de otras drogas (tabaco, cocaína, éxtasis, heroína, etc.), se preguntó también la frecuencia de consumo en los últimos 2 meses. Una última pregunta indagaba sobre si durante la pandemia se volvió a consumir una droga que se había dejado o si se había comenzado a consumir una droga que antes no consumía.

Análisis de datos

Primeramente, se realizó un análisis descriptivo de las variables relacionadas con el consumo de drogas (tipo de drogas, frecuencia de consumo) por separado en función del sexo (hombre, mujer), zona geográfica (Montevideo y resto del país), y franja etaria (mayores de 30, menores de 30 años de edad). La existencia de diferencias significativas en el consumo y malestar psicológico en función de estas variables, se determinaron

utilizando la prueba de 2 o ANOVA, para variables dependientes nominales y continuas respectivamente. Las asociaciones simples entre las variables relacionadas con edad, días de aislamiento y malestar psicológico se determinaron mediante coeficiente de correlación de Pearson. El error tipo I fue fijado, para todos los análisis, en 0.05.

Resultados

Encuesta 1

Sobre el consumo de sustancias

La prevalencia del consumo de las diferentes drogas en los 12 meses previos al aislamiento fue; Alcohol: 90%, Marihuana: 56%, Tabaco: 41%, Psicofármacos: 21%, Alucinógenos: 17,4%, Éxtasis: 14%, Cocaína: 11%, Estimulantes: 4,7%, Ketamina: 1,3%, Pasta base: 0,4%. Al consultarles acerca de cuál fue la principal droga consumida en el último año, los participantes respondieron primariamente Alcohol (54,6%), seguida de Tabaco: 19%, Marihuana: 16,8%, Psicofármacos: 6,9%, y Cocaína: 0,9%.

La frecuencia de consumo de la principal droga durante el aislamiento fue: Diariamente: 30,3%; Menos que antes del aislamiento: 26%; Algunas veces a la semana: 24%; Semanalmente: 9%. Un hallazgo importante fue que el 29% declaró haber aumentado el volumen de la principal droga durante el aislamiento y 17,7% haber aumentado la frecuencia.

Algo similar se observó al preguntar acerca de la segunda droga más consumida. Nuevamente las más consumidas fueron Alcohol (23,5%), Marihuana (22,3%), Tabaco (11,1%), Psicofármacos (3,5%). El 9,7% la consume diariamente y el 16% declara haber aumentado su volumen durante el aislamiento. Finalmente se consultó sobre

si habían sumado alguna nueva droga (no consumida antes) durante el aislamiento. El 5,6% declaró que habían sumado una nueva droga siendo las más comunes la Marihuana y los Psicofármacos.

Sobre la relación con el malestar psicológico

Los puntajes de malestar psicológico vivido durante el aislamiento exhibieron una correlación negativa significativa con la edad ($r=-0,2$, $p<0,05$), donde las personas más jóvenes reportaron mayor malestar. A su vez, un Análisis de Varianza (ANOVA) indicó niveles significativamente más altos de malestar en menores de 30 años ($F(1,1870)=54,4$, $p<0,001$), y mayor malestar en mujeres que en varones ($F(1,1872)=106,5$, $p<0,001$) (Tabla 2). No se observaron asociaciones significativas entre el malestar y la cantidad de días de aislamiento, el tipo de aislamiento (parcial o total), ni en la comparación de Montevideo con el resto del país.

Sobre el consumo de drogas, un ANOVA indicó ($F(5, 11396)=5,2$, $p<0,001$) que quienes consumieron diariamente durante la pandemia manifestaron significativamente mayores niveles de malestar psicológico. De la misma manera, quienes sumaron el uso de nuevas drogas durante la pandemia, reportaron significativamente mayores niveles de malestar psicológico comparado con quienes no lo hicieron ($F(1, 1861)=37,8$, $p<0,001$). Lo mismo sucedió con quienes aumentaron el volumen de la principal droga ($F(1, 1872)=44,2$, $p<0,001$) o de la segunda ($F(1, 1247)=9,5$, $p<0,01$). La prueba de X^2 no encontró efectos del sexo, zona de residencia, franja etaria ni tipo de aislamiento sobre el aumento de la frecuencia de consumo. Las personas residentes en la capital, sin embargo, aumentaron proporcionalmen-

te más el volumen que los residentes en el resto del país ($<0,05$).

Encuesta 2

Sobre el consumo de sustancias

En lo que respecta al alcohol el 81,1% consumió alcohol los últimos dos meses, dentro de los consumidores un 55,2% reportó consumir una vez a la semana o más. Los lunes (promedio de 0,23 medidas de alcohol) y martes (promedio de 0,15 medidas de alcohol) fueron los días con menor volumen de consumo, ascendiendo paulatinamente hasta los viernes (promedio de 1,32 medidas de alcohol) y sábados (promedio de 1,78 medidas de alcohol). La frecuencia de abuso de alcohol (5 tragos o más para hombres y 4 o más para mujeres en una misma ocasión) más común fue de una vez en los dos meses (27,4%), seguida de una vez al mes (23,5%). El 33,4% abusó del alcohol una vez en la semana o más.

Sobre el consumo de marihuana el 33,1% consumió en los últimos dos meses, dentro de los consumidores un 23,1% consumía todos los días. El 56,5% consumió marihuana una vez a la semana o más. En una semana típica, el día de menor consumo fue los martes (promedio de 0,11 gramos), subiendo paulatinamente en la semana hasta los viernes (promedio de 0,25 gramos) y sábados (promedio de 0,3 gramos).

Sobre el consumo de otras drogas; el 28,3% consumió tabaco y la frecuencia más común dentro de los consumidores fue tres o más veces al día, el 5,7% consumió alucinógenos (ej. LSD) y la frecuencia más común fue de una vez en los dos meses, el 4,5% consumió cocaína y la frecuencia más común fue de una vez en dos meses, el 4,3% consumió drogas de diseño (ej. éxtasis) siendo la frecuencia más repetida una

vez en los dos meses consultados. En esta segunda encuesta el 12,8% dijo haber usado tranquilizantes (ej. benzodiacepinas) sin prescripción médica, mientras que el 10,1% declaró haber usado mayor dosis de la recetada. Sobre recaídas y retornos a consumos durante la pandemia el 11% dijo haber vuelto a consumir una droga que había dejado y el 6,8% declaró haber empezado a consumir una droga que nunca había consumido.

Sobre la relación con el malestar psicológico

Se observaron los mismos efectos en función del sexo observados durante la primer encuesta, donde las mujeres manifestaron mayor malestar psicológico que los hombres ($F(1, 1251)=85,1$, $p<0,05$). También se observó una correlación negativa entre la edad y el malestar ($r=-0,28$, $p<0,05$).

Resulta importante resaltar que la media del puntaje de malestar dado por la escala de Kessler para la segunda encuesta fue mayor (25,1 puntos) que para la primer encuesta (21,7 puntos).

El ANOVA para puntajes de malestar en función de la frecuencia de consumo de alcohol arrojó efectos significativos ($F(7, 1245)=2,7$, $p<0,05$) donde aquellos con consumo diario exhibieron mayores puntajes de malestar (27,9 puntos) que sus pares con frecuencias de consumo menores. Lo mismo sucedió con la frecuencia de abuso de alcohol ($F(7, 1245)=2,2$, $p<0,05$). También se pudo ver una correlación positiva significativa ($r=0,06$, $p<0,05$) entre la cantidad de medidas de alcohol tomadas en la semana y los puntajes de malestar (cuanto mayor malestar mayor cantidad de medidas de alcohol consumidas).

La frecuencia de consumo de marihuana afectó significativamente los niveles de malestar ($F(7, 1245)=5,8$, $p<0,05$). El puntaje

de la escala Kessler para quienes no consumieron fue 24,2 y para quienes reportaron consumo a diario 26,7 (el puntaje más alto fue para quienes consumieron una vez al mes: 29,0 puntos). También se pudo ver una correlación positiva significativa entre los puntajes de malestar y los gramos consumidos de marihuana en una semana típica de consumo ($r=0,09$, $p<0,05$).

Sobre la relación del malestar con el consumo de otras drogas, resulta interesante resaltar que quienes no consumieron tranquilizantes manifestaron menores puntajes que quienes lo hicieron sin prescripción médica ($F(8, 1244)=10,6$, $p<0,05$). Sucediendo lo mismo para quienes consumieron más de los prescripto por el médico ($F(8, 1244)=12,8$, $p<0,05$).

Discusión y recomendaciones

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, han ido surgiendo paulatinamente, en distintos países, trabajos sobre consumo de sustancias en este contexto sanitario. La primera encuesta que realizamos en Uruguay fue pionera en nuestro país (Ruiz et al., 2021).

Es importante resaltar que en la primera encuesta (marzo-abril del 2020) el 19% manifestaron niveles altos de malestar psicológico (arriba de 30 puntos) durante el aislamiento, y 31,7% en la segunda encuesta (abril-mayo del 2021). Esto resulta preocupante, dada la asociación entre esta variable y el riesgo de padecer otras patologías mentales, como ansiedad y depresión (Fassaert et al., 2008; Andrews & Slade, 2001). De modo que, representa un desafío para el sistema de salud mental, dado que implica el desarrollo de sistemas de prevención y contención para las personas más afectadas

(particularmente mujeres y jóvenes), en Uruguay durante la pandemia.

A su vez, el malestar psicológico, se encuentra asociado al aumento del volumen de consumo de la principal droga (la droga “preferida” por cada participante), durante el periodo de aplicación de la primera encuesta. Asimismo, las personas que consumieron diariamente manifestaron mayores niveles de malestar, al igual que quienes sumaron durante el aislamiento drogas que antes no consumían. Resulta interesante destacar que en un trabajo realizado durante el periodo prepandemia, observamos una relación entre el malestar psicológico y las consecuencias inducidas por el consumo de alcohol, en jóvenes uruguayos (Ruiz et al., 2020). En dicho trabajo el malestar fue – al igual que en el presente -- mayor en jóvenes y en mujeres. En conjunto, estos resultados indican la importancia del malestar psicológico en tanto predictor del consumo de sustancias, tanto en situaciones sociales regulares, como en las condiciones que resultan en un contexto de pandemia.

Sin embargo, un elemento a destacar respecto del presente trabajo, resulta no contar con una validación local de la escala de Kessler para la población uruguaya. Lo que sí fue posible realizar, fue una comparación descriptiva, entre los puntajes de malestar psicológico de ambas encuestas, observándose como en la segunda -en un contexto sanitario mucho más agravado-- los puntajes fueron mayores. A su vez, esos puntajes de malestar se correlacionaron con un consumo de mayores cantidades de medidas de alcohol y de gramos de marihuana, consumidos en una semana típica.

En relación con el consumo de sustancias en la primera encuesta, los elementos más relevantes a resaltar es que el 30,3% reportó consumir diariamente dicha sustancia de preferencia, el 29% de personas reportaron haber aumentado el volumen de la principal droga que consumen durante el aislamiento, el 17,7% haber aumentado la frecuencia y el 5,6% declaró haber sumado una droga que antes de la pandemia no consumía, siendo las más comunes sumadas la marihuana y los psicofármacos.

A su vez, la principal sustancia consumida durante el aislamiento fue el alcohol (54,6%), resultado coherente con otros artículos que muestran cómo aumentó el consumo de alcohol durante la pandemia en diferentes países (Staton et al., 2020, Wardell et al., 2020). Las drogas que más aumentaron en consumo durante el aislamiento fueron Tabaco (43%), Marihuana (42%), Alcohol (18%) y Psicofármacos (7%). Estos resultados sugieren un posible efecto de automedicación, para paliar los síntomas de ansiedad y stress vinculados al contexto de confinamiento e incertidumbre vividos durante la pandemia (Leeies et al., 2010; Vicario-Merino & Muñoz, 2020). De modo que la recomendación se orienta a la realización de estudios futuros destinados a evaluar empíricamente esta hipótesis. En ese sentido, más del 10% de la muestra de la segunda encuesta, sostienen haber consumido tranquilizantes sin receta médica o haber consumido más de lo indicado por el médico tratante. Estos resultados se tornan relevantes en términos de salud pública, dado el impacto que el consumo tiene sobre la salud y las consecuencias en la salud física y mental que puede implicar dicho consumo.

A nuestro criterio, analizando la respuesta del sistema político-sanitario sobre los impactos de la pandemia por COVID-19 en la Salud Mental, resulta escasa. Se destaca la habilitación de líneas telefónicas públicas para pedido de ayuda, que junto con emprendimientos desde ciertos sindicatos, ofrecieron espacios para consulta ante situaciones de riesgo. Asimismo, es posible identificar un ligero aumento en el presupuesto para el área de Salud Mental y poblaciones vulnerables de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), destinado a reforzar diferentes aspectos como cantidad de camas disponibles para pacientes agudos y recursos humanos (Presidencia de Uruguay 2020). En relación al consumo problemático de sustancias, las autoridades reportan un aumento de consultas al Portal Amarillo (Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Drogas con servicios de información, orientación, asesoramiento y tratamiento del consumo problemático de drogas) (Radio Sarandí, 2021). En conjunto con la información presentada en el presente capítulo, se advierte acerca de la necesidad de reforzar el sistema de atención de salud vinculado con la salud mental y el consumo de sustancias.

Es en función de la cantidad de personas que aumentaron el volumen y frecuencia de

consumo de drogas que ya consumían (aumentando la probabilidad de desarrollo de dependencia), quienes empezaron a consumir drogas nuevas y quienes recayeron volviendo a consumir drogas que habían dejado, que se insiste en la generación de un mayor número de dispositivos específicos de atención y prevención del consumo por parte del Sistema Nacional integrado de salud (SNIS) uruguayo. Cabe destacar la gravedad que el contexto de riesgo en términos de salud mental y consumo de sustancias ha generado esta pandemia. A modo de ejemplo, entre el 14 de abril y 12 de agosto de 2020 la línea de apoyo emocional creada para la atención de situaciones de crisis de salud mental durante la pandemia en Uruguay recibió más de 10.000 llamadas (ASSE, 2020).

En conclusión, los datos derivados de las encuestas que hemos realizado en Uruguay resultan consistentes con la noción que la pandemia impacta en la salud mental de las poblaciones. Diversas investigaciones sobre pandemia y salud mental como la presente, constituyen insumos que contribuyen a la implementación de sistemas de prevención y asistencia vinculados con consecuencias de este tipo, convirtiéndose en la principal recomendación y el principal desafío.

Bibliografía

- Administración de los Servicios de Salud del estado. (9 de octubre de 2020). ASSE potenciará presupuesto de Salud Mental para brindar asistencia oportuna. Recuperado el 26 de enero de 2022 de: <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-potenciara-presupuesto-de-Salud-Mental-para-brindar-asistencia-oportuna-12616>
- Ahmed, S., Khaium, M. O., & Tazmeem, F. (2020). COVID-19 lockdown in India triggers a rapid rise in suicides due to the alcohol withdrawal symptoms: Evidence from media reports. *International Journal of Social Psychiatry*, 20764020938809. doi:10.1177/0020764020938809.
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand journal of public health*, 25(6), 494–497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x>
- Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., & Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 55(9), 1055–1057.
- Burgues, S. (2017). La pandemia de gripe en Uruguay (1918-1919). *America. Revista de Estudios Latinoamericanos*, 6, 167-206.
- Biddle, N., Edwards, B., Gray, M., Sollis, K. (2020). Alcohol consumption during the COVID-19 period: May 2020. Australian National University, Centre for Social Research & Methods. 1.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912- 920.
- Caycho-Rodríguez, T., Tomás, JM., Vilca, LW., Carbajal-León, C., Cervigni, M., Gallegos, M., et al.. (2021). Socio-Demographic Variables, Fear of COVID-19, Anxiety, and Depression: Prevalence, Relationships and Explanatory Model in the General Population of Seven Latin American Countries. *Frontiers*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695989>
- Caycho-Rodríguez, T., Valencia, P. D., Vilca, L. W., Cervigni, M., Gallegos, M., Martino, P., Barés, I., Calandra, M., Rey Anacona, C. A., López-Calle, C., Moreta-Herrera, R., Chacón-Andrade, E. R., Lobos-Rivera, M. E., Del Carpio, P., Quintero, Y., Robles, E., Panza Lombardo, M., Gamarra Recalde, O., Buschiazzi Figares, A., White, M., ... Burgos Videla, C. (2021). Cross-cultural measurement invariance of the fear of COVID-19 scale in seven Latin American countries. *Death studies*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1879318>
- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, Advance online publication.
- Enikolopov, S.N., Boyko, O.M., Medvedeva, T.I., Vorontsova, O.U., Kazmina. (2020). Dynamics of Psychological Reactions at the Start of the Pandemic of COVID-19. *Psychological-Educational Studies*, 12(2), 108–126.
- Fassaert, T., De Wit, M. A., Tuinebreijer, W. C., Wouters, H., Verhoeff, A. P., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2009). Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *International journal of methods in psychiatric research*, 18(3), 159–168. <https://doi.org/10.1002/mpr.288>
- Fei-Ling, W. (2003). Guest Editor's Introduction. *Chinese Law & Government*, 36:4, 3-11.
- Fernández, G., Chirullo, V., Montero, F., Ruiz, P., Selma, H., Paz, V. (2021). Longitudinal changes in depression and anxiety during COVID-19 crisis in Uruguay. *En revisión*.
- Gutiérrez- Hernández, M., Fanjul, L., Díaz- Megolla, A., Reyes- Hurtado, P., Herrera- Rodríguez, J., Enjuto- Castellanos, M. & Peñate, W. (2021). COVID-19 Lockdown and Mental Health in a Sample Population in Spain: The Role of Self-Compassion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7),

1206–1212.

- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954.
- Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., Yang, D., & Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry research*, 286, 112903. Advance online publication.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 27(8), 731–736. <https://doi.org/10.1002/da.20677>
- Lenzo, V., Quattropiani, M., Musetti, A., Zenesini, C., Freda, M., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Plazzi, G., Castelnovo, G., Cattivelli, R., Saita, E. & Franceschini, C. (2020). Resilience Contributes to Low Emotional Impact of the COVID-19 Outbreak Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 3062.
- McKay, D. (2020). COVID-19 stress and substance use: Current issues and future preparations. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102274.
- Michellini, Y., Pilatti, A., Pautassi R.M. (2021) Alteraciones en la distribución del consumo de alcohol y la frecuencia de uso de marihuana durante el aislamiento preventivo por Covid-19 en Argentina. En: *Salud Mental, Pandemia y Políticas Públicas* (pp.151-174). Compilado por Goody J.C. y Paz García Pamela (Coords.). ISBN 978-987-47803-1-7
- Narasimha, V. L., Shukla, L., Mukherjee, D., Menon, J., Huddar, S., Panda, U. K., . . . Murthy, P. (2020). Complicated Alcohol Withdrawal-An Unintended Consequence of COVID-19 Lockdown. *Alcohol Alcohol*, 55(4), 350-353.
- Paz, V., Chirullo, V., Montero, F., Ruiz, P., Selma, H., Fernández, G. (2021). Mental health during the COVID-19 outbreak in Uruguay: the impact of lifestyle behaviors and sociodemographic factors. Aceptado en *Minerva Psychiatry*. 10.31234/osf.io/r8v4f
- Pollero, R. (2020). Similitudes y diferencias entre las epidemias del pasado y la pandemia actual de covid-19 en Uruguay. *Claves. Revista De Historia*, 6(10), 317-326.
- Presidencia de Uruguay. (9 de octubre de 2020). Salud mental contará con más presupuesto para desarrollo de nuevas propuestas terapéuticas. Recuperado el 26 de enero de 2022 de: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/salud-mental-contara-presupuesto-para-desarrollo-nuevas-propuestas>
- Stanton, R., To, Q., Khalesi, S., Williams, S., Alley, S., Thwaite, T., Fenning, A., Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4065.
- Radio Sarandi. (11 de agosto de 2021). En 2020 aumentó un 22% la cantidad de consultas o situaciones de emergencias vinculadas al consumo problemático de drogas en Uruguay. Recuperado el 26 de enero de 2022 de: <https://www.sarandi690.com.uy/2021/08/11/en-2020-aumento-un-22-la-cantidad-de-consultas-o-situaciones-de-emergencias-vinculadas-al-consumo-problematico-de-drogas-en-uruguay/>
- Ruiz, P., Pilatti, A., Pautassi, R. (2020). Consequences of alcohol use, and its association with psychological distress, sensitivity to emotional contagion and age of onset of alcohol use, in uruguayan youth with or without college degree. *Alcohol Journal*, 82, 91-101.
- Ruiz, P., Semblat, F., Pautassi, R. (2021). Psychoactive drug consumption related to psychological distress during the COVID-19 pandemic in Uruguay. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. DOI: <https://doi.org/10.18295/squmj.5.2021.106>

- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International journal of social psychiatry*, 66(4), 317–320.
- Vicario-Merino, A., Muñoz, N. (2020). Analysis of the Stress, Anxiety and Healthy Habits in the Spanish COVID-19 Confinement. *Health Science Journal*, 14(2), 707.
- Verma, S., Mishra, A. (2020). Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. *The International journal of social psychiatry*, 20764020934508. Advance online publication.
- Wardell, J., Kempe, T., Rapinda, K. K., Single, A. N., Bilevicius, E., Frohlich, J. R., ... Keough, M. T. (2020, June 15). Drinking to cope during the COVID-19 pandemic: The role of external and internal stress-related factors in coping motive pathways to alcohol use, solitary drinking, and alcohol problems. <https://doi.org/10.31234/osf.io/8vfp9>
- Warfield, S., Pack, R., Degenhardt, L., Larney, S., Bharat, C., Ashrafioun, L., Marshall, B. & Bossarte, R. (2021). The next wave? mental health comorbidities and patients with substance use disorders in under-resourced and rural areas. *Journal of substance abuse treatment*, 121, 108189.
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43(6), 706–712.

Capítulo 4

Lo que pasó en España: el consumo y tratamiento de las adicciones.

Jorge J. Gil Tadeo

Psicólogo clínico. Psicoterapeuta familiar. Supervisor-docente

Como la vida misma, la realidad de las adicciones es compleja y variable. No podemos englobar toda esta realidad bajo el epígrafe “personas con adicciones”, hemos de diferenciar las distintas realidades que existen en este mundo. Una primera clasificación posible surgiría si ponemos el foco en la relación de la persona con las sustancias:

1. Consumidores de drogas.
2. Personas con trastornos por el consumo de drogas.
3. Personas con problemas psíquicos por consumo de drogas.
4. Problemas por el consumo de drogas legales como el alcohol o tabaco y otros.
5. Problemas por el consumo de drogas no legales como la cocaína, opiáceos, anfetaminas y otros.
6. Adicciones sin sustancia: juego, internet, móviles y otros.

Por tanto, asumamos desde el principio que si hablamos de las personas consumidoras (personas que consumen drogas, personas con trastornos por consumo de drogas y personas con trastornos mentales asociados o concomitantes con el consumo de drogas),

de la sustancia o no sustancia consumida (alcohol, cannabis, hipnosedantes, internet, juegos de azar, etc), de la asistencia que reciben (pública, privada, ambulatoria, comunidades terapéuticas, programas de reducción de daño o programas de alta exigencia), o del aspecto económico de la misma (producción, distribución y venta), la complejidad y variedad es tanta que no podemos aspirar a soluciones generales y simplistas. Más aún se nos complica la realidad si ampliamos la mirada desde lo local a lo internacional. No es lo mismo hablar de adicciones en el contexto español, y concretamente canario, que hablar de consumo en Bolivia, Argentina, Venezuela, etc., por centrarnos en una región del mundo con la que los españoles, y los canarios en particular, nos sentimos vinculados por lazos de sangre.

En este trabajo pretendo revisar en primer lugar las consecuencias, para pasar luego a los abordajes que hemos vivido y realizado durante la pandemia por COVID-19 en el mundo de las adicciones. Iremos de lo macro a lo micro para intentar extraer reflexiones, y quizás algún aprendizaje de lo que hemos vivido y estamos viviendo.

Los datos

Los datos de consumo

Mientras el mundo estaba ocupado tratando de controlar la pandemia por COVID-19, otra pandemia, que había comenzado bastante antes, pasaba desapercibida a pesar de que ha matado y sigue matando a muchas personas, la pandemia de los opioides (Gold 2020). Desde octubre de 2019 hasta septiembre de 2020, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos informó sobre un incremento del 29% en las muertes por sobredosis en comparación con los datos del año anterior (Goodnough, 2021). Las personas que estaban en riesgo o consumían drogas antes de la pandemia, en ella empezaron a consumir de forma más arriesgada. En España, y concretamente en Canarias, sabemos que lo que ocurre en torno al consumo de opioides en Estados Unidos es el preludio de lo que poco tiempo después ocurrirá en nuestro territorio. Hace años que la heroína ha vuelto a hacerse presente (¿dejó de estarlo alguna vez?) entre los consumidores de sustancias, y cada año que pasa su consumo va en aumento. Parece que no aprendimos nada de la epidemia que vivimos entre los años setenta y noventa en Estados Unidos y Europa. Hoy, de la misma forma que ocurre con otras enfermedades, la urgencia que exige la lucha contra el COVID-19 ha desplazado la atención a las adicciones que hasta ese momento veníamos realizando. Abordaremos esta cuestión un poco más adelante.

El inicio o recaída en el uso de sustancias se ha evaluado en distintos estudios epidemiológicos. En España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) (2021) ha constatado un descenso generalizado en el uso de sustancias y en la participación en conductas adictivas entre la población general. La encuesta OEDA-CO-

VID 2020 revela un descenso del consumo de alcohol, tabaco y cannabis durante la pandemia.

Los resultados de la **‘Encuesta web Europea Alcohol y COVID 19’**, liderada por el equipo del Dr. Jürgen Rehm (2020), de la Universidad Politécnica de Dresde (Alemania) con la colaboración del equipo del Dr. Antoni Gual, del Hospital Clínic de Barcelona, indican que la mayoría de las personas encuestadas han reducido el consumo de alcohol o lo han mantenido sin cambios, tanto en relación con la frecuencia del consumo, como con el número de bebidas en cada ocasión o con los episodios de consumo intensivo.

Es una buena noticia, ya que una de las previsiones que hicimos a comienzos de 2020, cuando la pandemia estaba comenzando, es que aumentaría el consumo de sustancias legales e ilegales en la población. Esto tiene su lógica si pensamos que, aunque aumentó la venta de alcohol en tiendas y supermercados, los espacios habituales de mayor frecuencia de consumo (bares, restaurantes y espacios públicos donde celebrar botellones) permanecieron cerrados durante meses debido al confinamiento, y con tiempos reducidos tras el fin de éste.

Sin embargo, el uso de hipnosedantes sin receta aumentó durante la pandemia. Esto lo vemos claramente en el gráfico de la encuesta OEDA-COVID 2020 (Molina 2020):

La encuesta también refleja un aumento del tiempo de uso de internet por diversión:

En sentido contrario, un estudio clínico realizado en España con personas en recuperación por el consumo de alcohol informó de un incremento de aproximadamente el doble en la tasa de positividad por el consumo de alcohol durante la pandemia (Barrio

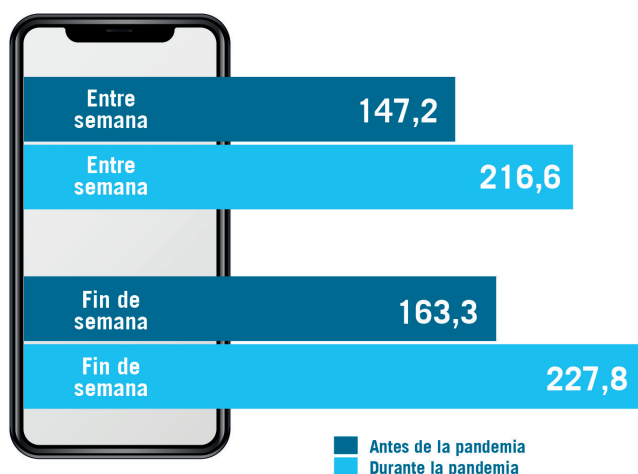
et al, 2021). Una vez más, el impacto psicosocial de la pandemia parece ser mayor en las personas con problemas de adicción preexistente. Hochstatter et al. (2021) informaron de un consumo de alcohol y marihuana continuado, en personas que recibían una intervención preventiva para el consumo de opioides, así como del incremento en 2,09 veces en el riesgo de usar sustancias ilegales durante la pandemia (heroína, opioides, cocaína, metanfetaminas o sedantes).

En adolescentes (edad media de 19,17 años), la desregulación emocional se ha relacionado con el uso de alcohol durante la pandemia (Essau & de la Torre-Luque, 2021). Igualmente, en jóvenes adultos (edad media de 23,3 años) el aislamiento, la soledad y el consumo como forma de afrontar la depresión, parecen ser factores determinantes a la hora de explicar el consumo de cannabis.

las drogas se ceban en la población más desfavorecida, sean personas con adicciones o con una problemática de adicciones y salud mental. Y, por supuesto, no podemos olvidar los contextos individuales, familiares, sociales y políticos. Como veremos más adelante, cuando presentemos a la población con la que venimos trabajando en los últimos 23 años, no es lo mismo abordar procesos de rehabilitación y recuperación en individuos sin daños en su salud mental, en individuos con apoyo familiar del tipo que sea o sin él, o en individuos con o sin contextos sociales positivos y reforzantes que cubran sus necesidades.

Por otro lado, respecto a las nuevas tendencias de consumo de sustancias, distintos trabajos han alertado del incremento en las prácticas sexuales de riesgo, conocidas como chemsex, que incluyen habitualmente el uso de drogas ilegales para mantener rela-

Tiempo medio dedicado al uso de internet antes y durante la pandemia (minutos)



Esta aparente contradicción entre los datos nos lleva a confirmar una vez más que

ciones sexuales. En un estudio realizado en Brasil y Portugal a partir de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con

hombres, un 28,9% informó de la práctica del chemsex durante la COVID-19 (Sousa et al., 2020). En Ámsterdam se ha informado de cifras similares que rondan el 38%, incluso a pesar de las medidas restrictivas y de distanciamiento físico. Esta realidad la hemos vivido, y la venimos viviendo, en nuestro servicio, en el que hemos atendido a algunos hombres practicantes del chemsex. Tenemos que ser conscientes de la complejidad de razones que llevan a realizar estas prácticas de riesgo que ya se venían realizando antes de la pandemia. Pero el aislamiento, la soledad y la angustia existencial que ha generado la COVID-19 son razones que explican en parte el aumento de dichas prácticas sexuales como un acto contrafóbico para conjurar esa soledad, ese aislamiento y esa angustia.

Los datos del narcotráfico

¿Cómo podían tener acceso a las diferentes sustancias ilegales en pleno confinamiento estricto?

Fue algo generalizado en todos los países que la pandemia por COVID-19 paralizó los mercados a nivel global, y el tráfico ilegal de drogas no fue la excepción. Sin embargo, tras una primera fase de bloqueo, el tráfico se ha recuperado rápidamente por medio de diversas formas alternativas de distribución. Los cuatro grandes métodos que proliferaron durante la pandemia, son el envío de cargamentos más grandes (frente a la imposibilidad del micro tráfico mediante mulas), una mayor utilización de aviones privados o de rutas marítimas (ante el cierre de los caminos terrestres) y la implementación de métodos de pago sin contacto con los consumidores. También se han acelerado ciertas dinámicas de digitalización que, aunque ya existían, se han visto más utilizadas en la economía formal: las compras por internet,

el pago con criptomonedas y la entrega sin contacto a domicilio. ¿Estas nuevas formas de acceso a sustancias ilegales han llegado para quedarse como parece ser que está ocurriendo con otros cambios (teletrabajo, etc.) que estamos viviendo con la pandemia?, ¿qué consecuencias tendrán dichos cambios? Estos, y otros interrogantes, deberemos tenerlos presentes en los próximos meses y años para poder dar una respuesta terapéutica lo más eficaz posible.

Los datos socioeconómicos

Una vez más, hemos de señalar las diferencias del impacto mundial de la pandemia. Junto a los estragos que la pandemia ha causado en los sistemas de salud públicos y privados de muchos países, y en concreto en los países de Latinoamérica, debemos considerar el aumento del desempleo, la pobreza y la indigencia a niveles desorbitantes en un lapso de tiempo extremadamente corto. El impacto de este aumento del paro y la pobreza en España se ha visto mitigado, al menos temporalmente, por:

- Un sistema público de salud que, aunque mejorable, ha podido dar una respuesta sanitaria gracias a los ingentes esfuerzos de sus profesionales. Pero a un coste demasiado alto en la salud mental y física de los sanitarios, lo que nos hace preguntarnos hasta cuándo podrán mantenerse en pie.

- Unas políticas de empleo aprobadas por el Gobierno de España para reducir las consecuencias del incremento del desempleo ocasionado por la paralización de los mercados, los comercios y, especialmente en Canarias, del turismo. En concreto estas políticas que no se pusieron en práctica durante la crisis económica del colapso financiero internacional entre 2008 y 2018, se concretan especialmente en los expedientes

reguladores temporales de empleo (ERTE), que han permitido a las familias trabajadoras mantener un mínimo de ingresos en sus economías. Si nos referimos a Canarias, muchas de esas familias dependen del turismo internacional. Todo esto ha permitido que las consecuencias económicas derivadas de la crisis de salud pública no hayan agravado en demasía la realidad de la pobreza en nuestro país. Otra cosa son las consecuencias psicosociales generadas por esta situación hasta ahora jamás vivida, de las que hablaremos un poco más adelante.

La asistencia que dimos

Las personas que consumen drogas, o que padecen un trastorno asociado al consumo de sustancias, pueden encontrarse en diversas condiciones de vida y etapas de su trastorno por ese consumo, lo que ha influido en la forma en que han reaccionado a los riesgos de la pandemia por COVID-19 y en sus demandas de servicios, tratamiento y atención en un momento en el que el sistema de salud se encuentra al límite de su capacidad. Es importante tener en cuenta que las personas que consumen drogas, o que sufren trastornos por consumo de drogas, estaban en distintos momentos de su proceso terapéutico y tenían variadas condiciones personales, laborales o familiares cuando emergió la crisis pandémica:

- Desde usuarios que llevaban mucho tiempo en su proceso de rehabilitación hasta usuarios que empezaban a comienzos de 2020 un trabajo en post de la desintoxicación y deshabituación.
- Desde individuos con sistemas familiares sostenedores y partícipes de su proceso de recuperación, hasta personas cuya adicción les había alejado de sus familias y su entorno social.

A su vez, como hemos dicho, eran usuarios o usuarias de servicios públicos o privados de atención a las adicciones, con sus características y particularidades específicas.

Todo esto nos condicionó, como no podía ser de otra manera, en el abordaje a esos colectivos.

Antes de empezar a exponer las estrategias y el tipo de atención prestada desde el servicio en el que venimos trabajando en los últimos 23 años, mencionemos que desde las entidades públicas que trabajan en el ámbito de las adicciones se dieron diferentes respuestas. Algunas decidieron cerrar los servicios, incluyendo las comunidades terapéuticas, y enviaron a sus usuarios y trabajadores a sus casas; de esta forma, la atención presencial que se prestaba a estas personas pasó a ser a través de teleasistencia. Otras entidades del ámbito de las organizaciones no gubernamentales (ONG) decidieron mantener las comunidades abiertas con una nueva organización laboral de sus profesionales, bien confinándose los profesionales con los propios usuarios en las comunidades terapéuticas, bien organizando turnos de trabajo seguros. En estos casos se llevó a cabo un esfuerzo inmenso para garantizar la atención, tanto en la gestión emocional (miedos, incertidumbre, soledad sobrevenida por el aislamiento de los usuarios de las comunidades terapéuticas y de los profesionales) como en la organización de los recursos para garantizar la eficacia de las medidas de seguridad y control. Desde el primer momento entendieron que las personas que residían en su comunidad terapéutica eran los excluidos dentro de los excluidos. Muchos de ellos no tenían casa a la que volver y padecían patologías duales. Eran personas sin hogar o con alojamiento inestable, per-

sonas que se enfrentaban a situaciones de violencia, etc. Por su compromiso, valentía y esfuerzos, estas entidades no gubernamentales merecen todo nuestro reconocimiento. Al menos todo el mío. Y también para ellos fueron los aplausos que cada día, a las ocho de la tarde, les dedicamos desde nuestras ventanas y terrazas en los días de mayor incertidumbre y de confinamiento estricto.

Quienes no estaban ingresados en comunidades terapéuticas debieron recibir la mejor atención posible considerando las circunstancias. El teléfono y las videoconferencias se convirtieron en unas herramientas de trabajo como hasta ahora nunca lo habían sido.

A modo de presentación diremos que nuestro servicio es una consulta de psicología clínica y terapia familiar que viene prestando atención desde 1998. La trayectoria anterior durante más de catorce años en una de las entidades no gubernamentales de atención a las adicciones en Canarias generó una inercia de la demanda en los albores de este proyecto laboral en el que las adiccio-

nes fueron un eje fundamental del trabajo psicoterapéutico.

El perfil de las personas que venimos atendiendo en la consulta ha variado al pasar de ser atendidos en una entidad pública a ser atendidos en una consulta privada. Estas personas viven todas con sus familias en sus hogares, bien con sus familias de origen o con sus familias constituidas y garantizan elementos mínimos de calidad de vida. Obviamente, el hecho de que estas personas compartan domicilio, para bien o para mal, marca una significativa diferencia respecto a la atención psicoterapéutica que debíamos prestarles.

Tras el impacto inicial del confinamiento riguroso de los primeros días, como servicio clínico en el contexto privado, retomamos inmediatamente la atención ofreciendo alternativas a los diferentes usuarios:

- La atención presencial, con todas las medidas preventivas exigidas.
- La atención telefónica.
- La teleasistencia.

Hipnosedantes sin receta

Prevalencia del consumo antes y durante la pandemia, según sexo (%)



Consumo antes y durante la pandemia

- Durante la pandemia aumenta en ambos sexos, sobre todo en mujeres
- Mayor consumo en mujeres
- Durante la pandemia, mayor consumo de 25 a 54 años

Sabíamos que había que garantizar el contacto lo más asiduo e íntimo posible con todos y cada uno de ellos en el formato que eligieran. El mínimo que nos impusimos fue un día de atención a la semana. Además, durante las primeras semanas, y fruto del miedo y del desconcierto que todos vivimos, tanto usuarios como psicoterapeutas, mantuvimos una línea telefónica abierta que nos permitió contactar semanalmente con cada uno de ellos para interesarnos por su situación. En estos primeros momentos el teléfono fue nuestra principal vía de comunicación. Podíamos tener sesiones completas telefónicas con una duración de una hora, aunque en ocasiones bastaba con un breve contacto telefónico para garantizar el apoyo psicológico necesario. Eran los propios usuarios y sus familias quienes nos indicaban la necesidad y la demanda.

Con el paso del tiempo la mayoría optó por la teleasistencia. La posibilidad de al menos vernos a través de una pantalla aportó un plus de conectividad en dichas sesiones y permitió que varios miembros de la familia participasen simultáneamente. Aquí hemos de señalar el descubrimiento de la importancia de las distintas formas de intervención presencial y de las nuevas posibilidades que se nos abrían: con una parte de la familia o con toda; con parte de la familia que antes estaba excluida de asistir a las sesiones terapéuticas por diferentes razones; con parte de la familia presencial y on line al mismo tiempo, etc.

Así continuamos durante los más de tres meses de estricto confinamiento. Pero, como venimos diciendo, las realidades personales y familiares de cada una de las personas a las que atendíamos comenzaron a generar diferentes tipos de demanda. Aunque nues-

tros usuarios vivían en sus entornos familiares, cada realidad familiar era un mundo, y era un mundo preexistente a la pandemia. Es por ello que la soledad, la angustia, la preocupación y las ansias de consumir, en muchas ocasiones superó al miedo. Poco a poco nuestros usuarios nos solicitaban cada vez más la presencialidad en nuestros encuentros terapéuticos para poder compartir los particulares conflictos familiares que estaban viviendo y los problemas que necesitaban abordar, y que no podían hacerlo por falta de intimidad en sus hogares. A veces, simplemente, necesitaban encontrarse para recuperar la humanidad perdida por aquellas semanas de aislamiento. En este aspecto la recuperación de los encuentros terapéuticos fue gradual. Comenzamos con sesiones individuales y, en cuanto la normativa lo permitió, retomamos las sesiones familiares y grupales poniendo especial cuidado en garantizar en todo momento la seguridad sanitaria. Cabe destacar que dichas sesiones grupales las propusimos de forma telemática, pero en todos los casos fueron rechazadas con distintos y variados argumentos. A modo de hipótesis podemos señalar la posibilidad de que quizás en algunos casos la falta de un histórico grupal suficiente hizo que los usuarios no se sintiesen con la confianza necesaria para esos encuentros telemáticos grupales. Quizás en otros casos, en los grupos con un largo recorrido terapéutico conjunto, la dificultad estribó en compaginar horarios adecuados para todos los miembros del grupo, o simplemente que las condiciones habitacionales no permitían la suficiente y necesaria intimidad respecto a los demás miembros de sus familias para poder compartir con su grupo terapéutico. La necesidad de encuentros, de compartir, de verse, quedó patente desde el primer momento en

que pudieron reencontrarse y retomar las sesiones grupales de manera presencial.

Como dijimos más arriba, básicamente trabajamos con dos grupos de perfiles diferentes:

- Usuarios que comenzaban los procesos terapéuticos (lo que equivale a la fase de deshabitación y primeros estadios de la rehabilitación).
- Usuarios que llevaban mucho tiempo en su proceso de rehabilitación (lo que equivale a la rehabilitación y reinserción).

Con el grupo de los primeros hubo que trabajar sobre significativas recaídas y sobre la idea recurrente de volver al consumo como estrategia para afrontar las nuevas angustias y sufrimientos generados en esta nueva realidad. Para ello se hizo necesaria una mayor frecuencia terapéutica, tanto con las personas con problemas de consumo como con sus familiares. Mientras que con las primeras el trabajo estuvo dirigido a sostener y apoyar dichas vivencias y emociones disfóricas, con sus familiares estuvimos ayudando a entender la lógica interna, aunque insana, de los intentos de sus familiares por resolver dicho malestar, y al mismo tiempo trabajamos la necesidad de darle espacio para que pudiesen elaborar, aunque sólo fuera desahogar, su propio malestar. Muchas fueron las sesiones desde la distancia, obligada por las medidas sanitarias, para sostener las angustias, los miedos y las ansiedades desbordadas. Muchas fueron las sesiones a través del teléfono para apoyar y contener. Y claro está, para garantizar la eficacia de este apoyo no podíamos fijar horarios de atención, por lo que la disponibilidad plena a cualquier hora fue un elemento que ayudó, y mucho, a las familias y a las personas con problemas de adicción. Saber que podían ser atendidos a

cualquier hora del día y cualquier día de la semana fue algo que valoraron como importante para ellos en aquellos días difíciles, y así nos lo hicieron saber. En cuanto fue posible, los citamos a sesiones individuales y familiares para poder dar apoyo y realizar la intervención necesaria para cada caso. Obviamente esta disponibilidad de tiempo y el esfuerzo realizado nos pasó factura, por lo que tuvimos que aprender a afrontar la gestión del coste personal y familiar que demandaba esta dinámica, obligándonos a prestar una atención especial a la tarea de cuidarnos para poder cuidar.

Con el grupo de los que llevaban tiempo en su proceso de rehabilitación, el trabajo estuvo centrado en la forma de afrontar esa nueva realidad en todas sus áreas: desde el posible desempleo real, o con significativas probabilidades de sobrevenir, a las distintas situaciones familiares que estaban viviendo y los sentimientos y emociones generadas por esta nueva realidad que en ocasiones incluía pérdidas familiares o de amigos, pero también el nacimiento de una hija en los primeros días de encierro. En estos casos descubrimos que no era tan urgente la atención presencial por cuanto nos hicieron saber que ellos sintieron como suficiente el sostén terapéutico ofrecido a través de las llamadas telefónicas y las sesiones por videoconferencia que poco a poco fueron haciéndose más cotidianas en nuestras vidas.

Los decesos y los ingresos hospitalarios nos obligaron a abordar otra nueva realidad: el acompañamiento de los duelos desde la distancia. La primera y más terrible de las distancias fue la de los implicados con sus familiares hospitalizados o fallecidos a los que no pudieran ofrecer su acompañamiento personal e íntimo durante la enfermedad y

el desenlace fatal. La segunda de las distancias a las que nos referiremos fue la de nuestro apoyo y sostén terapéutico en aquellos momentos tan difíciles.

No fueron pocos los que tuvieron familiares directos ingresados en los hospitales, incluso en las Unidades de Cuidados Intensivos, en un aislamiento absoluto para preservar los contagios, en una terrible soledad que provocaba el sufrimiento de los enfermos y la angustia en sus familiares. La incertidumbre propia de estas situaciones clínicas se vio agravada por el desconcierto, por no poder tener noticias de los familiares y por la falta del contacto físico que paliase ese dolor en ambas partes. A pesar de todo el esfuerzo que hicieron los profesionales sanitarios, no fue suficiente para evitar que las familias se sintiesen desbordadas por el miedo y el dolor.

En ese contexto tuvimos que acompañar a algunos usuarios del programa de rehabilitación de adicciones que perdieron a algún miembro de su familia por la enfermedad. Las estrictas medidas impuestas para los entierros impidieron un primer afrontamiento adecuado de este duelo, lo que generó en sí mismo un mayor dolor (y culpa en muchos casos).

Todas estas situaciones de pérdida, tanto definitivas como temporales, tuvimos que acompañarlas de la única manera posible en cada momento. Al principio, sólo pudimos hacerlo por medio del teléfono, al tiempo que compaginábamos nuestro estar terapéutico con el respeto de los tiempos de nuestros usuarios y su familia. En ese periodo, a pesar de haberles ofrecido el encuentro telemático de forma discreta, en todos los casos la propuesta fue rechazada. Más tarde, en cuanto hubo posibilidad de un encuentro

personal, su demanda fue inmediata y muy bien recibida. Debíamos generar ese espacio de duelo alternativo a esos espacios normalizados de los que hasta ahora disfrutábamos.

¿Cómo estar ahí sin poder estar? Ésa fue la pregunta que intentamos responder desde nuestras posibilidades. Para ello, además del apoyo hasta ahora expuesto, nos propusimos ayudarles en la elaboración de sencillos rituales de despedida con toda la familia ¡por videoconferencia! En ocasiones fueron rituales elaborados, con lecturas de textos (sagrados o no), con música que ellos mismos elegían (previa sugerencia nuestra), y con invitaciones para participar con algunas palabras de despedida o para expresar cómo se sentían. Otras veces bastó con enviar una simple imagen a la familia para transmitirles nuestras condolencias, como una forma de hacerles saber que seguíamos estando con ellos.

Lo que vivimos en aquellos días desbordó toda previsión sobre la magnitud de las consecuencias que arrastraría esta pandemia. Por esa razón, no podíamos dejar de participar en otros contextos de intervención generados a raíz del confinamiento, ya fuera participando en las redes informales de apoyo económico y alimenticio para las personas incapacitadas, o para aquellas que se vieron privadas del acceso a los recursos, o en servicios más formales y estructurados nacidos de la nueva situación para prestar un apoyo psicológico.

Desde los primeros días nos hicimos presentes en las respuestas públicas y privadas que desde diferentes entidades surgieron para paliar el sufrimiento generado por el aislamiento de aquellos meses. Estas respuestas se dieron en todo el territorio español, y fueron de distinta índole y magnitud.

Nosotros decidimos arrimar el hombro en el servicio de ayuda y apoyo telefónico que organizó el Colegio Oficial de Psicología.

Excede el tema de este capítulo la mirada de lo que ocurrió dentro de los hogares en aquellos días, semanas y meses, pero no podemos dejar de señalar, porque fuimos testigos de ello a través de las solicitudes de apoyo telefónico, el aumento de la conflictividad familiar y de la violencia, muchas veces relacionada con el consumo (o la abstinencia) de sustancias. Éste fue otro espacio de trabajo no formal desde el que intentamos sostener, contener y apoyar a cientos de personas que, vivieran en soledad o en familia, sufrían por todo lo que estaba aconteciendo. A través del teléfono tuvimos que intervenir en casos de violencia familiar, muchos de ellos concomitantes con problemas de consumo de sustancias. Nuestra única posibilidad de intervención en ese contexto era por la vía telefónica, lo que sólo permitía la escucha activa para ofrecer una cantidad muy limitada de consejos psicoterapéuticos que ayudaran a estas personas a gestionar aquellas situaciones de crisis. Pero también tuvimos ocasión de acompañar a personas en soledad que sufrían diferentes niveles de ansiedad y angustia, y a personas con ideas suicidas. Intentamos acompañar durante el confinamiento a aquellas personas y familias hasta que pudimos salir (del confinamiento) y fue posible derivarlas a los profesionales que les correspondían. Ésa fue nuestra misión en esos meses. Sólo cuando estas personas accedieron a otro servicio, dábamos por cerrado el caso que se nos había asignado.

Y tal y como ha ocurrido siempre en nuestra praxis anterior a la pandemia, pero en esta ocasión de forma mucho más exacerbada, nos vimos obligados a aceptar las limita-

ciones de los contextos de intervención que se nos ofrecieron en aquellas condiciones, no sin ciertos niveles de impotencia y frustración por nuestra parte.

¿Y ahora qué?

La pandemia y sus consecuencias no han desaparecido. Aunque mitigados, los efectos de la pandemia por COVID-19, las diferentes olas de contagio, siguen afectando y generando hoy problemas en la población en general, y en este colectivo al que le dedicamos atención en esta obra en particular. Desgraciadamente continúan las defunciones y las hospitalizaciones, con aislamiento incluido (no tan estricto, es verdad, pero la normalidad no se ha restablecido). Las dificultades de gestión emocional continúan pasando factura. La sensación de que no hay un fin cercano aumenta el desánimo y las ansiedades. Las depresiones campan por sus respetos en estos tiempos. Aquel confinamiento fue un factor de protección en los primeros momentos de la pandemia, pero ahora que podemos volver a salir, corremos el riesgo de que algunas personas hagan uso de la libertad recobrada sin haber superado aquellas ansiedades, aquellos miedos y aquellas depresiones, y ese cóctel inestable puede representar un factor de riesgo en los procesos de recaída con los que nos estamos encontrando.

Ante esto, más allá del trabajo para impedir los “nuevos” consumos, desde una intervención más conductual hemos de poner el foco psicoterapéutico en la gestión emocional de la incertidumbre y de la falta de control de muchos aspectos de nuestra vida que la pandemia nos ha recordado de esta forma tan dramática. El apoyo social y grupal se vuelve más necesario que nunca como un espacio para compartir angustias, ideas de

consumo e incluso ideas suicidas. Es ahora cuando debemos poner todo nuestro esfuerzo terapéutico en un trabajo que podríamos llamar preventivo de recaídas. Es necesario retomar, en la medida en que podamos, un espacio de conversaciones en torno a nuestras angustias, nuestros miedos, nuestras ideas de consumo y, por supuesto, nuestras ideas suicidas, si las hubiere.

La pandemia por COVID-19 y las consecuencias generadas siguen siendo emergentes en nuestras terapias grupales. Y así lo tratamos constantemente: una nueva infección de un miembro del grupo o algún familiar, una hospitalización, o incluso un fallecimiento, son temas que siguen estando aquí, y tenemos que estar atentos a explorarlos en la praxis profesional de estos tiempos. La pandemia se ha convertido en un tema transversal con muchas bifurcaciones a las que debemos estar muy atentos para explorarlas, tanto en las sesiones individuales como en las familiares y, por supuesto, en las terapias de grupo. Las conductas de riesgo ya no están centradas sólo en la sustancia consumida, sino que se amplían por las conductas de riesgo de contagio de COVID-19, lo que añade nuevos problemas, nuevos retos y nuevos conflictos en las familias de nuestros usuarios. Es algo que no podemos obviar. A veces nos tocará destapar las posiciones de cada uno de los miembros familiares en torno a la pandemia: culpabilizaciones, enfados, negaciones, sentimientos de culpa, etcétera, para abordar los conflictos que éstas generan.

¿Podemos concluir algo?

A estas alturas no descubrimos nada nuevo si decimos que ahora más que nunca debemos prestar una atención especial a las consecuencias psicológicas de esta crisis

mundial. No basta con estar venciendo, o al menos controlando, al virus con las vacunas y demás medicamentos que se desarrollen. Los efectos psicológicos provocados por la pandemia son de tal magnitud que no podemos limitarnos a pensar que la solución pasa por intervenciones clínicas de profesionales especializados. Siempre, y hoy más que nunca, lo comunitario adquiere una relevancia fundamental para afrontar este estadio en el que nos encontramos. El sostén comunitario y familiar cobra mayor importancia aún si cabe, y adquieren todo su sentido para superar los efectos que nos deja esta pandemia:

- Los contextos formales e informales de encuentro adquieren una nueva dimensión en estos tiempos y deben convertirse en grupos de ayuda mutua y de sostén emocional. Los encuentros familiares, de amigos, deportivos, culturales, políticos y sociales pueden ir más allá de los objetivos que hasta ahora pretendíamos y podrían ser (deberían ser), además, sostén de situaciones vitales personales y comunitarias difíciles.

- Las campañas y el trabajo diario en torno a la prevención de suicidios es otro de los aprendizajes que debemos extraer.

- Otra de las posibles enseñanzas que nos deja esta pandemia mundial es la necesidad de introducir la muerte, la enfermedad y, en definitiva, la vulnerabilidad del ser humano, como una realidad a la que debemos aprender a mirar y de la que debemos aprender a hablar.

Esto, que vale para la población en general, tiene más sentido para los excluidos, los más vulnerables. En nuestro caso, para todas esas personas con problemas de adicciones, muchas de ellas con patologías psiquiátricas.

En los momentos de mayor angustia provocados por la pandemia, cuando ésta nos golpeó con toda su dureza, se alzaron voces para gritar que de esta crisis íbamos a salir reforzados, mejores personas. Más allá del sentido de auto rescate y ánimo que tuvieron esas afirmaciones en aquel momento, sí creo que podemos extraer ciertos aprendizajes que con el tiempo aprenderemos a modelar. Como bien sabemos los psicoterapeutas familiares, una crisis es una oportunidad para el cambio.

Recomendaciones

Tras finalizar este capítulo, lo envié a los coordinadores del libro, quienes me pidieron muy amablemente que añadiese algunas recomendaciones extraídas del trabajo en este largo año de pandemia. Inmediatamente me asaltaron preguntas, dudas que nacían en mi corazón. ¿Realmente puedo yo recomendar algo? La idea me abrumó al recordar las lecturas de los autores que a lo largo de todos estos años me he nutrido y el tener que enfrentarme al hecho de proponer ideas que enriquezcan a otros profesionales. Con toda humildad comparto estas recomendaciones:

El trabajo grupal adquiere un nuevo valor y una nueva dimensión en el trabajo terapéutico con adicciones. La necesidad de apoyo y sustentación en el otro es, desde mi punto de vista, cada vez más necesaria en los procesos de recuperación. “Yo solo no puedo, necesito de ti, de ustedes; y la soledad es un peligro al que temo.” Volver a los trabajos terapéuticos grupales en adicciones es inexcusable en estos momentos.

La integración de las nuevas tecnologías, fundamentalmente las videoconferencias,

en el espacio terapéutico es algo de lo que otros autores han hablado antes que yo. Estos nuevos instrumentos nos permiten acercar a quien, por diferentes razones, no puede estar presente en la terapia presencial, nos abre las puertas a múltiples variaciones y permutaciones en las sesiones familiares. Esta pandemia nos ha develado la importancia de las formas distintas de intervención presencial: con una parte de la familia o con toda, con partes de la familia que antes estaban excluidas, con partes de la familia presencial y on line al mismo tiempo, etc. Pero en ningún caso considero que deba sustituir el trabajo terapéutico in situ. Debe ser siempre una herramienta que nos ayude a ampliar los accesos, no a sustituirlos.

Una nueva mirada a la experiencia de vulnerabilidad y resiliencia es algo que podemos extraer de lo vivido en este tiempo de pandemia. La elaboración y la aceptación de dicha vulnerabilidad que se ha hecho patente en estos tiempos, junto con la capacidad de resiliencia demostrada por muchos de los que se enfrentaron a experiencias difíciles, son realidades que debemos traer al espacio terapéutico.

Por último, y no menos importante, una mayor accesibilidad a nosotros como profesionales, junto a un equilibrio necesario en el cuidado personal del terapeuta, genera nuevos espacios y nuevas formas relacionales que amplían la buena evolución terapéutica. Es un equilibrio complejo al que debemos enfrentarnos: cuidar al mismo tiempo que sabemos cuidarnos.

Bibliografía

- Molina M. (2020). Impacto de la pandemia por Covid-19 durante el año 2020 en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf
- Rehm, J. (2020). The OEDA-COVID 2020 survey Summary Report. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
- RIOD (2020): Recomendaciones de la Sociedad Civil Organizada del Ámbito de Drogas de América Latina, Caribe y España Frente a la Crisis del Covid-19. Recuperado de <https://riod.org/recomendaciones-riod-covid19/>
- Saenz E., Uhl A., Akifyeva E., Ashrafi-Kakhki L., Gui Q. y Fehlinger R. (19/08/2021). Voces Internacionales: COVID-19: La pandemia que cambió el mundo tal y como lo conocemos. REVISTA PROYECTO, (105), páginas 31-36.

Capítulo 5

La telemedicina, la herramienta que llegó para quedarse. Utilidad y aspectos médico-legales.

Dr. Nicolás Oliva,

Médico Psiquiatra, Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional.

Dr. Diego Rafael Cohon,

Médico Psiquiatra, Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional.

Introducción

Nos encontramos frente a la denominada cuarta revolución tecnológica, la misma centrada en las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), que continúa transformando a toda velocidad, nuestra forma de vivir en prácticamente todos los aspectos de la vida individual y social. En el ámbito de la salud, el papel de las nuevas tecnologías es decisivo, hace posible que la población no atendida en zonas remotas de los países reciba servicios médicos, y que estos servicios sean más eficientes. La llamada Cibersalud puede reducir la exclusión de los servicios de salud de personas en la base de la pirámide, pues ayuda a proporcionar a los pacientes comunicación constante, acceso a la información, nuevas interfaces de consulta, acerca el conocimiento de médicos especialistas a zonas remotas a través de la Telesalud (atención médica remota) y genera eficiencia en la provisión de

los servicios relacionados (Mariscal, Rentería, & Arteaga, 2014).

Los orígenes de la telemedicina (TM) moderna se remontan a la creación del telégrafo, el teléfono y la radio. Los médicos comenzaron a comunicarse a distancia para solicitar opinión o discutir casos clínicos con otros colegas. Desde entonces, el advenimiento de internet, los sistemas de videoconferencia, otros desarrollos tecnológicos y la inclusión de los pacientes y su entorno en la cadena de comunicación han perfeccionado lo que actualmente conocemos como Telemedicina.

Ahora bien, ¿cómo se articulan la Telemedicina y la Psiquiatría? Para dar inicio a un intento de respuesta a esta pregunta proponemos observar algunos apuntes epidemiológicos. En lo que respecta a la salud mental en particular, en la Argentina, los trastornos mentales de mayor prevalencia son los trastornos de ansiedad, del estado del ánimo y por consumo de sustancias, siendo las ta-

sas de prevalencia a lo largo de la vida del 16,4 %, 12,3% y 10,4% respectivamente (Stagnaro, 2018). En términos de trastornos individuales los trastornos con mayor prevalencia a lo largo de la vida son el trastorno depresivo mayor (8,7%), seguido por el trastorno por abuso de alcohol (8,1%). Tampoco debemos omitir que el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida, luego del alcohol, con una prevalencia de consumo que varía según los estudios del 21 al 30 % de la población general. (SEDRONAR, 2016). En nuestro país, según el trabajo de Vigo y colaboradores, los trastornos mentales causan más de un tercio de la discapacidad total (AVDs) y alrededor del 20% de toda la discapacidad combinada con la mortalidad (AVADs). Ningún otro grupo de enfermedades (o sub-grupo de enfermedades no transmisibles) es tan discapacitante como los trastornos mentales, en términos de AVDs y AVADs (Vigo, 2018).

Al mismo tiempo, los recursos relacionados al acceso al tratamiento y los relativos con la continuidad del mismo, son francamente insuficientes. Casi la mitad de las personas con un cuadro de trastorno por consumo de sustancias no inicia un tratamiento y el acceso a un tratamiento temprano es excepcional (2,6%) (Stagnaro, 2018).

Sobre esta realidad epidemiológica se asienta la utilidad de la telemedicina y la posibilidad de utilizarla como una herramienta para mejorar el acceso al tratamiento y permitir su continuidad en el tiempo. La pandemia por Covid-19 y las medidas sanitarias de cuidados indicados y restricciones decretadas, funcionaron como catalizadores del proceso de implementación de tecnologías de la información y la comunicación en

la medicina en general y la psiquiatría en particular.

Algunas definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Telemedicina como “la prestación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para el intercambio de la información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para educación continua de proveedores de atención de salud, para la promoción de salud de los individuos y sus comunidades”. La Telemedicina permitiría un fortalecimiento de las prácticas sanitarias existentes mediante tecnologías, técnicas y métodos para mejorar la atención tradicional, no como una especialidad médica que debe reemplazar la práctica médica actual.

La Telesalud es un concepto más amplio que incluiría la gestión de la salud pública, la medicina, la educación en salud y la investigación, todo ello facilitado por las tecnologías de la información y la comunicación.

Denominamos e-consulta a la asistencia médica a pacientes ofrecida mediante las nuevas tecnologías (NNTT) o sistemas de comunicación, sea en tiempo real o de forma diferida. Las herramientas de comunicación utilizadas van desde las más sencillas y asincrónicas como el correo electrónico, aplicaciones de mensajería, chat y foros web, hasta la conversación telefónica, la videollamada y otros recursos de colaboración en tiempo real más sofisticados que integran en la misma aplicación videoconferencia, escritorio compartido, presentaciones, chat

y envío de registros de datos médicos. Todas ellas se completan con el acceso remoto seguro a los sistemas de información médica como la historia clínica informatizada, la imagen médica digital y la prescripción electrónica (Ezpeleta, 2022).

Marco normativo de la telemedicina en argentina

La telemedicina como constructo más reciente dentro del ejercicio de salud, no deja de estar interpelada por leyes de origen como Ley 17.132 del ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, la Ley 25.326 de protección de datos de personas y la Ley 26.529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, como así también por la Constitución Nacional, el Código Civil de la Nación y los tratados internacionales con jerarquía constitucional.

Un primer documento de la OMS en políticas en telesalud de 1998 consideraba que es tan importante la educación como la salud y quienes sepan usar los recursos de tecnologías podrán utilizarlo (OMS/OPS, 1998). En aquel documento se interrogaban sobre potenciales beneficios y potenciales riesgos de aplicación de medios telemáticos. Dentro de los beneficios en lo asistencial mencionaban la posibilidad de permitir un monitoreo remoto de pacientes con enfermedades crónicas y así la resultante de poder reducir los días de hospitalización, disminuir el tiempo de espera en los sistemas de atención y también superar el aislamiento. También fue pensado como una oportunidad de educación en salud y de accesibilidad a la información, tanto de pacientes como de profesionales. Otros beneficios mencionados podrían relacionarse con la promoción de la participación comunitaria de la salud, la

eliminación de barreras de comunicación y el aumento de la cobertura de salud. Señalan que: los recursos que generalmente son escasos pueden ser compartidos en mayor medida logrando así una mayor equidad, se facilita la vigilancia epidemiológica y se posibilitaría el abordaje y la comunicación en catástrofes y emergencias. Para mencionar en relación a los potenciales riesgos se pueden destacar aspectos como la violación del secreto profesional (a través de una intrusión o ataque informático, de esta problemática se deriva la importancia de protocolos de seguridad como veremos más adelante), el riesgo de la automedicación o del ejercicio ilegal de la medicina (a través de la falsificación digital de recetas o de la identidad profesional).

Desde el año 2012 se empezó a trabajar desde el Estado Nacional en Cibersalud, con el fin de promover una política pública destinada a mejorar la calidad de atención de la salud e igualar las condiciones del derecho universal de acceso a la salud de toda la población. En el año 2014, se desarrolla una estrategia de despliegue federal de tecnologías de la información y la comunicación que conforman los nodos de la red de colaboración. Mediante una Resolución se aprobó (2016) el Programa de Modernización del entonces Ministerio de Salud, incluyendo dentro de los proyectos sustantivos para el avance de dicho programa, el de Telesalud y en octubre de 2018 se aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024, por la cual se establece la necesidad de aprobar el Plan Nacional de Telesalud. La Estrategia Nacional de Salud Digital tiene como uno de sus objetivos que se implementen redes de Telesalud, que permitan la atención a distancia del paciente y las consultas de segunda

opinión, mejorando la accesibilidad, evitando traslados y compensando las diferencias regionales de especialidades y recursos. Así mismo resulta necesario que el Plan Nacional de Telesalud sea polivalente, priorizando en un principio a la atención primaria de la salud y ampliándose conforme a los requerimientos y necesidades que se presenten en la salud. Finalmente, a través de la resolución 21/2019, se aprueba el Plan Nacional de Telesalud que señala cómo desarrollar una consulta síncrona entre un profesional de la salud y un paciente, de manera segura, eficiente, ética y centrada en la persona. En el “Anexo 1” se despliegan recomendaciones a través de un sistema de matriz FODA de un grupo de asesores, recomendaciones con mayor grado de consenso y sugerencias.

De éstas últimas recomendaciones podemos mencionar:

- Que el paciente pueda elegir la modalidad de preferencia y al profesional tratante mejora las posibilidades de un buen vínculo terapéutico y una mejor utilización de la Telemedicina, para dichas elecciones sugiere acompañar de material de apoyo explicativo sobre los pros y contras de las distintas modalidades de tecnologías de la comunicación disponibles.
- En el caso de áreas rurales o de difícil acceso, incluso áreas urbanas que no cuentan con profesionales o especialistas de la salud, se recomienda la teleconsulta síncrona para aumentar la accesibilidad a servicios sanitarios generales o especializados y se recomienda utilizar sistemas de teleconsulta síncrona mediante video llamada, fundamentalmente para aquellos pacientes que carecen o tienen dificultado el acceso a la consulta presencial con los integrantes del equipo de salud.

- Deja claro que es el paciente quien tiene el derecho de aceptar o rechazar la modalidad en base al consentimiento informado. Los profesionales son quienes evalúan la posibilidad de la utilización de TICs para un paciente en un contexto determinado y la decisión resulta ser bidireccional, el profesional ofrece basado en la evidencia y el paciente acepta o rechaza dicho ofrecimiento.

- Recomienda contemplar los medios para implementar lo dispuesto por la ley 26529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

- Enfatiza en que cada institución cuente con el procedimiento necesario que garantice el total entendimiento de beneficios y potenciales riesgos del uso de tecnologías para su atención a distancia dispuesto por la ley 26529 y el Código Civil de la Nación (art. 59).

- Recomienda manuales de uso y estrategias de sensibilización y capacitación para ciudadanos, que se desarrollen los mecanismos y procedimientos necesarios para que tanto el paciente como el profesional pueda convertir a la tele-consulta virtual y elegir la consulta presencial.

- Finalizado el encuentro síncrono se recomienda que se registre en la historia clínica sea digital o en papel, por tratarse de un acto médico.

Surgieron de este comité asesor una serie de consideraciones, por ejemplo: los estándares de la tecnología utilizada deben estar sometidas a regulaciones técnicas, éticas, protocolos de seguridad para la inviolabilidad de la información con cifrado y encriptado; sobre la capacitación al personal de salud y de investigación para la utilización de nuevas tecnologías; en relación a la remuneración en telemedicina y la necesidad

de un reembolso y se recomienda introducir a la telemedicina como una prestación de los sistemas y servicios de salud.

En el contexto del inicio de la Pandemia por Covid-19 se publica la Resolución 696/2020 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social que habilita la receta digital con la incorporación de cambios en la prescripción de medicamentos psicotrópicos, con la posibilidad de prescribir tanto para pacientes con tratamientos crónicos como agudos.

La Ley 27.553 de recetas electrónicas o digitales de agosto del 2020 establece modificaciones a leyes previas y habilita las prácticas de teleasistencia. Aumenta su jerarquía de resolución al ser una ley. Establece que la prescripción y dispensación de medicamentos, y toda otra prescripción, pueden ser redactadas y firmadas a través de firmas manuscritas, electrónicas o digitales en recetas electrónicas o digitales en todo el territorio nacional. También establece que puedan utilizarse plataformas de teleasistencia en salud en todo el territorio nacional, de conformidad con las leyes 25.326, de datos personales, y, la ya mencionada, 26.529. Los medicamentos prescritos en recetas electrónicas o digitales deben ser

dispensados en cualquier farmacia del territorio nacional, servicios de farmacia de establecimiento de salud y establecimientos del sector salud habilitados para tal fin, acorde a disposiciones vigentes. Asimismo, se aplica para toda plataforma de teleasistencia en salud que se utilice en el país. Introduce modificaciones en la Ley 17.132 como por ejemplo: “Se habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas, garantizando los derechos establecidos en la ley 26.529 de derechos del paciente. La teleasistencia puede desarrollarse solo para prácticas autorizadas a tal fin, de acuerdo a protocolos y plataformas aprobadas para la misma por la autoridad de aplicación”.

Aspectos generales de la telemedicina

El desarrollo de la Telemedicina puede ser a través de diferentes modalidades: audio, visual, texto, datos médicos, etc. Los tipos de Telemedicina pueden ser: teleconsulta, teleeducación, telemonitoreo, telecirugía, etc. Al mirar la aplicación de las telecomunicaciones a la prestación de asistencia sanitaria, existen claras ventajas y desventajas (limitaciones) en comparación con los tradicionales cara a cara de la medicina.

Tabla 1
Principales normativas de salud digital en Argentina

NORMATIVAS	AÑO	RESEÑA
Ley Nacional 23.236	2000	Regula la protección de datos personales.
Ley Nacional 26.529	2009	Ley sobre los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.
Decreto N° 1089	2012	Reglamenta Ley 26.529.
Resolución N° 1048	2014	Creación del sistema integrado de información sanitaria argentino (SISA).
Resolución N° 1638	2015	Creación de la unidad coordinadora del Plan Nacional Cibersalud.
Resolución N° 3-E	2016	Aprobación del plan de modernización del Ministerio de Salud.
Resolución N° 278-E	2017	Renombra Cibersalud a la nominación Telesalud.
Resolución N° 1013	2018	Se aprobó la Estrategia de Implementación de la Cobertura Universal de Salud.
Resolución N° 189	2018	Se aprueba la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024.
Resolución N° 21	2019	Se aprueba el Plan Nacional de Telesalud.
Resolución N° 696	2020	Sobre la receta digital con la incorporación de cambios en la prescripción de medicamentos psicotrópicos en el marco de la pandemia.
Ley Nacional 27.553	2020	Modifica leyes previas y habilita prácticas de teleasistencia.

Fuente: ITU (2018)

Centrándose primero en las limitaciones generales de la telemedicina, a veces surgen dificultades tecnológicas al usar computadoras, tabletas o teléfonos inteligentes. Estas fallas restan valor a la consulta clínica y puede causar ineficiencias en el cuidado de la salud. Al mismo tiempo, es importante reconocer que muchos pacientes no tienen acceso a la infraestructura necesaria (por ejemplo, dispositivos habilitados para video o alta velocidad internet) para participar en telemedicina. Por otro lado, aumenta el acceso a la atención, provee la posibilidad de ver la cara del paciente, algunos pacientes pueden sentirse más relajados y ser más comunicativos.

La relación profesional-paciente está asentada en establecer un fuerte vínculo

y conexión humana que finalmente genera confianza. Es posible que la telemedicina, por fallas de imagen, mensajería en línea o videoconferencia, pueda obstaculizar la relación por la que todo médico se esfuerza.

Otras cuestiones tienen relación con una posible percepción de intrusión, dificultades para lograr una conexión afectiva y establecer confianza, dificultades para observar claves no verbales, falta de privacidad, aislamiento profesional, distractores ambientales y distanciamiento del paciente.

Frecuentemente, la telemedicina hace uso de imágenes generadas por el paciente, que varían en relación con la claridad, la iluminación, la posición, el fondo y la calidad de la cámara. Si las imágenes son de muy mala calidad para su uso, estas pueden obstacu-

lizar el desempeño clínico del profesional y la toma de decisiones. Además, los profesionales que asisten a través de telemedicina son responsables de la protección de datos de pacientes y tienen la responsabilidad y el requisito de contar con un seguro de praxis profesional. Sin embargo, la telemedicina es en gran parte un territorio desconocido, con poco marco legal o jurisprudencia para guiar el estándar de atención en la prestación de servicios de salud a distancia. Por esta razón, las preocupaciones por negligencia y responsabilidad por médicos y enfermeras siguen sin despejarse con claridad. Otros desafíos planteados por las prácticas emergentes de telemedicina incluyen los reembolsos de seguros por visitas de telemedicina, registros virtuales y visitas electrónicas. Antes de la pandemia por COVID-19, se estipulaba que la cobertura de telemedicina era solo para pacientes que vivían en áreas rurales designadas, que es sólo un pequeño porcentaje de la población. La advertencia final general es en relación con la regulación de los profesionales, ya que los mismos deben tener licencia en el territorio donde el paciente se encuentra físicamente en el momento de la cita virtual (Mills et al., 2020).

Aspectos de la telepsiquiatría y telepsiquiatría forense

El Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional (2020) desarrolló a partir de un grupo de trabajo una “Guía de buenas prácticas en telemedicina, medicina legal y forense” con el objetivo de desplegar en las prácticas de la medicina legal pericial habitual del CMF los aportes del campo de la telemedicina y Telesalud con el fin de mejorar y agilizar el servicio de justicia en el marco de nuestras especificidades médico periciales, brindando mejores estándares de excelencia, ética, calidad y seguridad.

De sus principales recomendaciones surgen las siguientes premisas que creemos importante considerar y que se pueden extender a toda práctica de Telepsiquiatría: 1. La telemedicina como herramienta de gran valor como complemento en la práctica médica que no reemplaza al acto médico presencial. 2. En ciertas circunstancias y en casos adecuadamente seleccionados puede resultar de inestimable valor en la práctica pericial médico legal. 3. Varias áreas donde la telemedicina puede desplegarse en la práctica médico forense pericial cotidiana y contribuye al mejoramiento del servicio de justicia. 4. La modalidad pericial a distancia puede desarrollarse frente a requerimientos de diferentes fueros. 5. La experiencia a nivel penitenciario ha obtenido buenos resultados. La guía no recomienda el uso de la telemedicina en los siguientes casos: A. Negativa de la persona o representante legal. B. Falta de sistemas con cifrado y encriptado, vigentes, actualizados y que aseguren los estándares de mayor calidad y seguridad posibles. C. Mala conectividad. D. Ausencia de profesional de la salud que asista en el sitio remoto y/o que se encuentre insuficientemente capacitado en cuanto a la / las especialidades médicas o psicológicas que cada caso en particular requiera para el examen pericial a los efectos de lograr transmitir en forma precisa la información necesaria.

Conclusiones

La telemedicina preexiste a la pandemia, se ha estado desarrollando desde hace más de 20 años. Existe un marco normativo y regulatorio en constante cambio y adaptación y la crisis sanitaria por covid-19 aceleró los mismos.

La telepsiquiatría, permitiendo sortear barreras geográficas, económicas y de trans-

porte, puede ser una herramienta que facilita la accesibilidad y permite la continuidad de cuidados en casos específicos (Caballeria, 2022). Un recurso que debe utilizarse dentro del marco de las leyes vigentes como la ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado y la ley de protección de datos personales, y cuya condición necesaria es la equidad en el derecho a la conectividad.

Un aspecto para no soslayar es la implementación de protocolos ante posibles situaciones de caída de la conectividad. Es decir, tener previstas modalidades alternativas.

Cabe mencionar que aún es necesario reunir una mejor experiencia de las prácticas de telemedicina en el campo de las adicciones y sus tratamientos (Uhl, 2022). Una mejor calidad en la atención debe de estar presente, dentro de un marco claro de resguardo del secreto profesional y del respeto irrestricto de los derechos del paciente.

Recomendaciones

Es de relevancia tener conocimiento pleno del marco normativo-jurídico de la actividad profesional a desarrollar, teniendo presente que cada país, provincia, estado o ciudad tiene legislaciones que pueden ser diferentes. También es importante no utilizar el recurso de la Telemedicina en forma indiscriminada ya que, como toda práctica, tiene sus ventajas y desventajas, así como sus indicaciones y contraindicaciones. Las recomendaciones pueden tener varios ejes a desarrollar:

Aspectos Médico-Legales: estos aspectos ya mencionados en el texto, tienen relación con el esqueleto normativo sobre el que se asienta la telemedicina, partiendo desde la Constitución Nacional, Código Civil y Comercial, Tratados internacionales, Ley 17.132,

Ley 25.326 y Ley 26.529, hasta las resoluciones y leyes más recientes. Es importante tener en cuenta las legislaciones vigentes en el territorio de atención y los convenios internacionales.

Aspectos Clínicos-Psicopatológicos: en relación a la investigación y experiencia acerca de los cuadros psicopatológicos que son plausibles de tratamiento con estas nuevas modalidades, aún hay mucho por explorar y no está del todo delimitado, aunque puede manifestarse a priori que los cuadros agudos ameritarían un abordaje presencial y la telemedicina podría agilizar un primer contacto que indique su concurrencia a un servicio de urgencias. Cuadros psicopatológicos descompensados también tendrían indicación de la presencialidad, por lo menos hasta su estabilización, evaluándose cada caso en particular.

Aspectos Socio-Económicos: este aspecto tiene que ver con el acceso a la tecnología digital, la posibilidad de contar con dispositivos electrónicos que permitan la consulta, de acceder a internet de calidad y poseer un espacio físico donde se desarrolle la teleconsulta que priorice comodidad, privacidad y un ambiente amigable.

Aspectos Demográficos: por un lado los servicios de telecomunicaciones no tienen una distribución igualitaria a lo largo del territorio y esto trae como consecuencia una disparidad en el acceso a las tecnologías y comunicaciones. Por otra parte, las distancias a recorrer también son significativas, implicando pérdida de tiempo y dinero. Al evaluar la mejor modalidad de tratamiento para un paciente, este punto debe ser valorado.

Bibliografía

- American Psychological Association (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology [Archivo PDF]
- <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
- American Psychiatric Association (1998). Telepsychiatry Via Videoconferencing. APA Document Reference No 980021. Washington, DC.
- <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
- American Telemedicine Association (2020). ATA'S Quick-Start Guide to Telehealth during a Health Crisis, 2020.
- https://cdn2.hubspot.net/hubfs/5096139/Files/Resources/ATA_QuickStart_Guide_to_Telehealth_4-10-20.pdf
- Caballeria, E.; López-Pelayo, H.; Matrai, S.; Gual, A (2016). Telemedicine in the treatment of addictions. Current Opinion in Psychiatry. Volume 35 - Issue 4 - p 227-236 doi: 10.1097/YCO.0000000000000795.
- Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional (2020). Guía de buenas prácticas en telemedicina, medicina legal y forense [Archivo PDF].
- <https://www.csjn.gov.ar/cmfcfs/files/Guias%20Telemedicina%20GBP-TMD.pdf>
- Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM (2019). Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. Mayo Clin Proc. 2019;94(12):2510 - 2523. doi:10.1016/j.mayocp.2019.04.018.
- Donelan, Karen & Barreto, Esteban & Sossong, Sarah & Michael, Carie & Estrada, Juan & Cohen, Adam & Wozniak, Janet & Schwamm, Lee. (2019). Patient and Clinician Experiences With Telehealth for Patient Follow-up Care. The American Journal of Managed Care. 25. 40-44.
- Grady B, Myers KM, Nelson EL, Belz N, Bennett L, Carnahan L, Decker VB, Holden D, Perry G, Rosenthal L, Rowe N, Spaulding R, Turvey CL, White R, Voyles D; (2011). American Telemedicine Association Telemental Health Standards and Guidelines Working Group. Evidence-based practice for telemental health. Telemed J E Health. (2):131-48. doi: 10.1089/tmj.2010.0158. PMID: 21385026.
- Hubley, S., Lynch, S. B., Schneck, C., Thomas, M., & Shore, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. World journal of psychiatry, 6(2), 269–282.
- Hubley S, Lynch SB, Schneck C, Thomas M, Shore J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. World J Psychiatry. 2016;6(2):269 - 282. 22.doi:10.5498/wjp.v6.i2.269).
- ITU (2018). Estudio sobre TIC y salud pública en América Latina: la perspectiva de e-salud y m-salud [Archivo PDF]
- https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.13-2018-PDF-S.pdf
- Ley Protección de Datos personales (25.326/2000).
- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>
- Ley 26.529. (20 de noviembre de 2009). Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.
- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>.
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041. Derecho a la protección de la salud mental.
- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley Recetas electrónicas o digitales (27553/2020).
- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/340000-344999/340919/norma.htm>
- Mills EC, Savage E, Lieder J, Chiu ES (2020). Telemedicine and the COVID-19 Pandemic: Are We Ready to Go Live? Adv Skin Wound Care. 33(8):410-417. doi: 10.1097/01.ASW.0000669916.01793.93. PMID: 32701252; PMCID: PMC7342801.
- Ministerio de Salud de Chile (2020).Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile: Guía

de Buenas Prácticas y Recomendaciones. Teleconsulta en tiempos de pandemia [Archivo PDF]

- <file:///D:/Descargas/cens-gua-teleconsulta-en-tiempos-de-pandemia.pdf>
- Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic-Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. *JAMA Psychiatry*. 2020 Dec 1;77(12):1211-1212. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1643. PMID: 32391861.
- Sociedad Española de Neurología (2022). Telemedicina en neurología. Ediciones SEN [Archivo PDF]
- <https://www.sen.es/pdf/guias/TelemedicinayNeurologia2022.pdf>
- OMS/OPS (1999). El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud. Guía para el análisis de requisitos, especificación de las aplicaciones y adquisición. [Archivo PDF]
- https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/HealthcareInformationSystems_Spa.pdf
- Siegel, A; Zuo, Y; Moghaddamcharkari, N.; McIntyre, R.; Rosenblat, J. (2021). Barriers, benefits and interventions for improving the delivery of telemental health services during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review. *Current Opinion in Psychiatry: Volume 34 - Issue 4 - p 434-443*.
- doi: 10.1097/YCO.0000000000000714.
- Stagnaro JC, Cía A, Vázquez N, Vommaro H, Nemirovsky M, Serfaty E, Sustas SE, Medina Mora ME, Benjet C, Aguilar-Gaxiola S, Kessler R (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina [Epidemiological study of mental health in the general population of Argentina]. *Vertex*. XXIX(142):275-299. Spanish. PMID: 30785970.
- SEDRONAR (2016). Informe epidemiológico sobre el CONSUMO DE TABACO en la Argentina. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, Presidencia de la Nación.
- https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2016._informe_epidemiologico_sobre_el_consumo_de_tabaco_en_la_argentina.pdf
- Uhl S, Blossichak A, Moran A, McShea K, Nunemaker MS, McKay JR, D'Anci KE (2022). Telehealth for Substance Use Disorders: A Rapid Review for the 2021 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Guidelines for Management of Substance Use Disorders. *Ann Intern Med*. 175(5):691-700. doi: 10.7326/M21-3931. Epub 2022 Mar 22. PMID: 35313116.
- Vigo D., Jones L., Maidana D., Krausz M., Kestel D. (2018). The burden of mental disorders, neurological, substance use and suicide: Report on mental health priorities in Argentina. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina). XXIX(142):304-312. PMID: 30785972.

Capítulo 6

La incertidumbre como protagonista: Abordaje desde la Escuela Sistémica Argentina

Dr. Horacio Serebrinsky.

Psicólogo social. Lic. en Psicología. Dr. en Psicología social. Director de la Escuela Sistémica Argentina. Docente universitario. Psicólogo clínico.

Lic. Héctor M. Murillo.

Psicólogo, docente de la Universidad del Salvador, Técnicas psicoterapéuticas II, Psicología Organizacional e Institucional Y Psicología de la interacción social y pequeños grupos. Docente de ESA. Psicólogo clínico. Presidente de ASIBA.

Lic. Sergio Serebrinsky, psicólogo,

Docente de la Universidad de Maimónides, Epistemología sistémica y Modelos sistémicos, Docente en ESA, Clínica individual, parejas y familias.

Introducción

Desde la escuela sistémica venimos abordando la problemática de las adicciones hace más de 15 años, en el área específica de “adicciones y casos complejos”.

Nuestro equipo se encuentra sólidamente formado en un marco teórico y una supervisión semanal que permite que podamos generar los cambios que consideramos pertinentes, sin necesidad de demorar las diferentes intervenciones que se realizan. El equipo se encuentra constituido por psicólogos, psiquiatra y desde el mes de abril, a noviembre tenemos la posibilidad de mostrar nuestro trabajo a los alumnos que se encuentran formando en esta querida casa de altos estudios.

Desde marzo del 2019 esta pandemia, ha generado diversos desafíos y el área de adic-

ciones no ha sido la excepción. Sabemos que los desórdenes cognitivos, conductuales y emocionales que generan y refuerzan las adicciones, son complejos de por sí, y es por eso que desde nuestro modelo abordamos de manera interdisciplinaria la complejidad de estos casos.

No se puede negar el aumento desmedido en el uso de alcohol, psicofármacos y otras drogas (legales e ilegales); es algo que nos debe preocupar y ocupar a escala mundial. Estos temas de salud pública seguramente serán abordados luego de que la vacuna genere los cambios que tanto anhelamos: volver a tener una vida parecida a la de años anteriores.

En nuestro país, existen algunos estudios al respecto, aunque posiblemente no sean suficientes del incremento de personas que

consumen sustancias, pero desde hace meses sabemos que las cifras serán señales de alarma luego de que el COVID deje ser el emergente. Deberemos abordar las diferentes problemáticas que emergieron de esta pandemia, o postpandemia.

Lo que podemos aportar hasta el momento en términos generales y a modo de muestra, es lo que manifiestan la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, en conjunto con “Intercambios, Asociación Civil”. Estas organizaciones realizaron un estudio del gobierno de la ciudad de Buenos Aires (2020), que reflejó la práctica y la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas y sus variaciones durante la cuarentena, su antes y después.

El estudio cuanti-cualitativo se basó en dos estrategias de recolección de datos, con muestras no probabilísticas. Por una parte, se realizó un seguimiento de tres medicio-

nes (mayo, junio y julio/agosto de 2020), a las que respondieron 66, 42 y 33 personas respectivamente, mediante un cuestionario online. La segunda estrategia consistió en la recolección de datos a partir de las cuentas de Instagram de seguidores (que se autodefinen como usuarios y usuarias de sustancias psicoactivas en forma recreativa) del “Programa PAF” de la asociación “Intercambios, Asociación Civil”, obteniéndose entre 1200 y 2200 respuestas según el punto de medición (en abril, mayo, junio, julio y agosto); de cada una de las cuentas participantes se obtuvo una única participación a través de una encuesta.

Entre los principales resultados se destaca que los participantes respondieron que su consumo de sustancias disminuyó o no varió durante la cuarentena, en parte por el cierre de los espacios de ocio, donde ocurren la mayoría de los consumos recreativos, y por el autocontrol del consumo en el ámbito privado.

Tabla 1
Algunas ventajas y desventajas en el uso de Telemedicina

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Disminución de los costos de atención médica.	Claridad y calidad inconsistentes de las imágenes transmitidas.
Evitar el viaje del paciente.	Dificultades tecnológicas.
Ahorro de tiempo para los pacientes.	Inquietudes sobre el cumplimiento de la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos y protección de datos.
Alta satisfacción del proveedor de atención médica.	Las preocupaciones por negligencia y responsabilidad siguen sin estar claras.
Potencial de avance tecnológico.	Los médicos deben tener licencia en el estado donde se encuentra físicamente el paciente en el momento de la visita.
Ventajas en algunos perfiles de pacientes	Cobertura solo para pacientes que viven en áreas rurales designadas.

Extraído de: Mills Et al., (2020)

Las sustancias más reportadas son el alcohol, la marihuana y el tabaco; con su ingesta -dicen los usuarios- se busca el relajamiento o reducir la ansiedad provocada por el aislamiento. No obstante, en la investigación se exhibe que ha aumentado el consumo de alcohol y marihuana, y disminuido el de estimulantes y drogas psicodélicas. Según las estadísticas arrojadas por el gobierno de la ciudad Buenos Aires (2020). En términos generales, la marihuana es la sustancia más consumida durante todo el periodo de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

Entre las prácticas de cuidado más frecuentes se reportaron: la planificación del consumo de sustancias, la ingesta de agua (en el caso del uso de alcohol) y la alimentación previa al consumo. La búsqueda de información arrojó valores sustancialmente más bajos, según el mismo estudio.

El estudio concluyó que un porcentaje cercano al 65% de los encuestados realizó prácticas de consumo controladas, que disminuyen los riesgos inherentes a la ingesta de sustancias psicoactivas. Este es un escenario que se viene constatando y consolidando con la aplicación de estrategias de reducción de riesgos y daños.

Esto responde a que el cambio de hábitos y las restricciones en las actividades de ocio, marcaron un territorio más “controlado” en cuanto a la demanda de consumo.

Desde el 2019 los sistemas familiares han tenido que reinventarse, ajustándose a cambios y reformulaciones constantes. Los hábitos familiares cambiaron nuestra forma de trabajar. Exceptuando los que se encuentran en el marco de la esencialidad, el cambio fue abrupto y repentino. Si bien es transitorio, dicha transitoriedad no ha terminado aún.

Entendiendo que el contexto es una matriz de significado desde el paradigma de la complejidad y alimenta la problemática singular de cada paciente y de cada sistema familiar inserto en una crisis mundial que vulnera emocional, social y económicamente a todo el concierto mundial”.

Las adicciones desde el 2020

Antes de adentrarnos en los conceptos de las adicciones, nos parece pertinente hablar del contexto. Para eso vamos a usar algunos de los términos que utiliza Ceberio (2020). “...Entendido el contexto como el sistema donde habitamos y el entorno de personas con quienes interactuamos, constituye una matriz relacional que le otorga significado a las acciones. Así como una letra sólo es comprensible en el contexto de una palabra y ésta a su vez en el de una frase, y ésta en una situación de enunciación y una relación entre personas comunicantes, también un individuo sólo puede ser comprendido cabalmente en el contexto de una sociedad y ésta en el de un ecosistema determinado”.

El contexto, entonces, cambia la manera que tenemos de relacionarnos con los otros y entonces requiere un proceso de adaptación a este nuevo orden o desorden, que genera crisis, en el sentido de variable imperativa de cambio. Desde afuera y desde un discurso global se solicitaron, de un día para otro, cambios que a todos nos generaron dificultades, ansiedades, miedos, y principalmente incertidumbre.

Además, hay que agregarle no solo el emergente de una crisis macro que entendemos que es la pandemia, y las pérdidas significativas (muertes de seres queridos), conocidos, allegados que se encuentran lentamente recuperándose de las secuelas post

COVID. Problemáticas económicas, laborales y también una merma en las relaciones e interacciones sociales e interpersonales con amigos, y entretenimientos que formaban parte de la dinámica de la vida cotidiana, generaron una amplia y abigorrada serie de síntomas y nuevas conductas. Dichos cambios han generado en cada uno de nosotros diferentes cambios cognitivos, emocionales y pragmáticos.

En nuestra clínica, la problemática de adicciones es entendida desde nuestro modelo como un emergente de disfunciones tanto en la estructura familiar (entendida como un conjunto de demandas), como en la dinámica comunicacional que juega recursivamente.

En nuestro país (desde antes de la irrupción del COVID-19) nos encontramos con un contexto vulnerable, entendiendo la vulnerabilidad como la capacidad disminuida para anticiparse, hacer frente y resistir a un peligro natural o causado por factores sociales y/o familiares, y lograr recuperarse de los mismo. La vulnerabilidad no solo compete a un ámbito contextual si no a lo que cada paciente trae a la consulta como atribución de significado.

La familia y el paciente que tiene una problemática de adicciones, han sumado la inestabilidad alentada por órdenes gubernamentales de encierro y sensación de vulnerabilidad permanente. Esto, además, es amplificado por los medios de comunicación que permanentemente foguean una situación caótica, peligrosa e incierta. Debemos tener en cuenta la realidad de 2do orden, es decir la atribución causal que cada persona le da al evento crítico que vivió el año pasado y que aún sigue generando una realidad diferente a la de Enero del 2020.

Durante este tiempo no solo nos enfrentamos a un contexto diferente, a mayor vulnerabilidad de la sociedad y de nuestro paciente, sino que el estrés también juega como otra gran variable.

Estrés (del inglés stress, 'tensión') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa, para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción". Visto así, el estrés no debiera ser un problema. Al contrario, sería una suerte de estímulo, una alerta. Pero se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras, se perciben inconscientemente como amenazas (Velásquez et al, 1999) que provocan reacciones defensivas en la persona, tornándola irritable y sufriendo consecuencias nocivas en su organismo, por períodos prolongados.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que éste mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes, en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud.

Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo humano y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el nor-

mal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. Algunos ejemplos son los olvidos (incipientes problemas de memoria), alteraciones en el ánimo y nerviosismo, y falta de concentración, en las mujeres puede producir cambios hormonales importantes que pueden inducir hinchazón de mamas, dolores en los músculos abdominales inferiores, entre otros síntomas.

Es una patología emergente en el área laboral, que tiene una especial incidencia en el sector servicios, siendo el riesgo mayor en las tareas en puestos jerárquicos que requieren mayor exigencia y dedicación.

El estrés crónico está relacionado con los trastornos de ansiedad frente a diversas situaciones de la vida, pero cuando se presenta en forma excesiva o crónica constituye una enfermedad que puede alterar la vida de las personas, siendo aconsejable en este caso consultar a un especialista.

Existe el estrés bueno (eutrés) y estrés malo (distrés). El estrés bueno, es aquel que ayuda a mantenernos alerta y en condiciones de enfrentar desafíos, y cuyo nivel de acción no genera trastornos en el organismo. Por el contrario, en el estrés malo, la intensidad y perdurabilidad de la activación originan un sin número de alteraciones físicas y psicológicas.

Hoy nos encontramos con un contexto que nos genera incertidumbre y reflexiones particulares de esta pandemia. A esto le adosamos una problemática precedente, compleja como el consumo de sustancias, que suma variables de vulnerabilidad a un sistema herido por el dolor, la tristeza, el enojo y las culpas que suelen aparecer en las familias psicotóxicas, como las denomina (Kalina et al., 1988), Adolescencia drogadicción y su

tratamiento) uno de los grandes referentes que tenemos en el campo de las adicciones.

Con esto queremos decir que no hay un estereotipo de familia del adicto, sino que hay varios modelos. Como dice el Dr. Claude Olievenstein existe la familia dolorosa, en la cual alguno de los progenitores llora cada vez que viene a la institución, por el hijo que se droga; la familia resignada, aquella que ha pasado por cientos de instituciones y lleva años tratando de que su hijo cambie, pero siguen sin ver cambios; la familia científica, que conoce tanto las nomenclaturas del DSM IV, como lo que significa adicción y hasta qué efectos tiene cada sustancia; la familia culpable, aquella que siente que tuvo la culpa por no haber puesto límites la primera vez, pero que en el aquí y ahora no puede tampoco; la familia cómplice, deja que el adicto se drogue y entra en alianza con el enfermo, sin decirle nada a la institución; la familia falsamente dura, que tiene soluciones preparadas; aquella que parece saber qué cambios debe realizar pero solamente es para el afuera, ya que en la intimidad no se ven cambios; la familia ausente, es aquella a la que se puede llamar todas las semanas, pero que nunca pueden concurrir, manifestando tener muchas obligaciones; y la familia paternalista, la que no deja crecer al hijo porque es chico todavía.

Resulta difícil establecer qué estrategia específica se debe utilizar, pero como dice el Dr. Olievenstein, "...la mayoría tiene un punto en común, ese punto en común es que sus hijos son ángeles antes de iniciarse en la droga y son demonios más tarde. Y han sido todos contaminados por malos elementos, entonces el primer trabajo es individualizar cada caso, y hacer tomar conciencia a la familia que los problemas anteriores per-

sistían, ese es el trabajo de base, si no existe ese trabajo de investigación no se puede avanzar...". Es por eso la importancia de las reuniones de padres y las multifamiliares, a pesar de ser espacios que los residentes al comienzo no desean utilizar. Además, las familias por sus comentarios, como por el lenguaje analógico manifiestan incomodidad al comienzo (resistencia al cambio, o incomodidad de los nuevos espacios propuestos).

Mauricio Colletti y colaboradores (1990) en su artículo: Teoría y epistemología del tratamiento relacional de la toxicodependencia se pregunta: ...“¿cómo explicar la función de un síntoma como la toxicodependencia?...” Para hacerlo, recurrió a la aportación teórica de Jay Haley que ha trabajado sobre el llamado Ciclo vital de la Familia. La idea nace de la observación según la cual la aparición de un comportamiento sintomático coincide, generalmente, con algunos períodos particulares de la vida de las personas. Estos períodos son aquellos en los que es mayor el esfuerzo para adecuarse a condiciones cambiantes de vida. Jay Haley (1980) define como momentos de mayor riesgo:

1. El matrimonio o el cambio en el status de la persona.
2. El nacimiento de un hijo.
3. El período en el que el hijo inicia una vida de autonomía.
4. La salida de casa del hijo.
5. La jubilación.

Como se puede observar, cada uno de esos momentos presupone un fuerte cambio en las reglas de funcionamiento del sistema familiar y exige el abandono de costumbres, esquemas, roles y funciones. Un sistema familiar puede no soportar tal “estrés” y el

síntoma que surge en uno de sus miembros permite no afrontar el cambio (léase: cambio para el no cambio).

En particular, el síntoma “toxicodependencia” parece claramente referirse a las dificultades ligadas a la búsqueda de autonomía y de independencia del joven adulto con respecto a los padres y de los padres con respecto al joven adulto. La dependencia de sustancias bloquea de forma clara un proceso de diferenciación. El joven se muestra viviendo todo ese período para construir su vida de adulto inmerso en un estilo de vida que le impide dicha construcción y mientras, ni siquiera la familia consigue afrontar los cambios necesarios, absorbida como está por la gestión de ese grave problema. Es lo que ha sido llamado “la función del síntoma”: la toxicodependencia en realidad permite al núcleo familiar el no modificar excesivamente su funcionamiento: la madre continuará siendo y sintiéndose la más sacrificada y afectada; el padre se sentirá cada vez más periférico y extraño; el hijo toxicómano continuará viviendo como “desafiante” a la familia.

La familia disfuncional no es, en otras palabras, capaz de realizar sus funciones de sustento y apoyo al crecimiento. Sin embargo, es bastante claro que el enfoque relacional considera prioritario el aspecto de la disfuncionalidad del núcleo familiar con respecto a la especificidad del síntoma toxicodependencia. En este sentido pueden explicarse las analogías entre las reglas de funcionamiento de la familia con un miembro toxicodependiente con las de otras familias con pacientes designados portadores de anorexia, o familias con miembros afectados por trastornos psicopatológicos o psicóticos. Dicho de otro modo, la elección del síntoma

ma con el que la familia se expresa tiene un valor secundario respecto a las reglas, a las redundancias, a la completa organización del sistema familiar. De ahí se extrae una consecuencia de enorme importancia: el enfoque clínico tendrá muy poco que ver con la toxicodependencia en sentido estricto.

Según G. Bateson (1975), la forma en que un sistema se organiza no puede definirse como “predeterminada”; es escasa la posibilidad de prever con precisión que aquel sistema tendrá un determinado futuro. Todo esto se define como proceso estocástico que es: “un ocurrir de los acontecimientos de modo parcialmente casual, puesto que algunos de ellos tienen una mayor probabilidad de darse. Si una sucesión de acontecimientos combina un componente casual con un proceso selectivo, de tal modo que sólo ciertos resultados del azar puedan perdurar, tal sucesión se puede definir como “estocástica”.

El objetivo de la intervención, desde dicha perspectiva, se focalizará sobre la formación del sistema terapéutico prescindiendo del hábito del abuso de droga o sobre el intento de introducción de cambios en la estructura misma de la familia en términos de la jerarquía, de alianzas, de coaliciones, de comportamientos individuales y colectivos.

Una ulterior consecuencia de este modo de proceder se refiere a la imposibilidad de codificar una intervención única que pueda funcionar en situaciones consideradas como “únicas” y que requieren por tanto soluciones originales y diversas. La intervención se codificará una vez más, no solo sobre el uso (como adicción) de droga, sino sobre las características de los sistemas.

Por lo tanto, el trabajo con adictos, es un trabajo en donde se debe estar alerta, no sólo implica trabajar con la problemática

que el paciente trae, sino también con el subsistema familiar. Es supervisar y contener a psicólogos, algunos carentes de experiencia y formación en adicciones. Y como broche de oro, es contemplar y cumplimentar con todos los requisitos que las diferentes prepagas u obras sociales solicitan para que determinado paciente realice tal o cual tratamiento.

A partir del inicio de la pandemia nuestro equipo (como la gran mayoría de los equipos de trabajo) experimentó cambios de segundo orden. Esto implicó una reformulación en el modo de acompañar a los profesionales (supervisiones online) y también en el abordaje del paciente (adicto) y la familia.

Uso de la telepsicología

La Telepsicología es la práctica de la psicología a través de dispositivos electrónicos que van desde el simple teléfono (casi en extinción) hasta el uso de cámaras web y smartphone. Es un ámbito que permite a los clínicos conducir sesiones de manera remota, suplementar las sesiones presenciales haciendo seguimientos, recolectando y almacenando información sobre el paciente (Campbell et al., 2018, citado en Traverso y Martínez, 2020). La Telepsicología puede ser considerada una rama de la telemedicina, la cual es una modalidad de atención en la que se brinda servicios de salud en tiempo real por videollamada a través de plataformas virtuales como Zoom, WhatsApp y Meet. También se utiliza el término Telesalud mental refiriéndose a diferentes intervenciones como consultas psiquiátricas, psicológicas, familiares y psicoterapéuticas (Sharma et al., 2020).

Un estudio realizado en mayo de 2020 en Estados Unidos evaluó si el uso de la teleterapia por parte de terapeutas familiares

se había incrementado a partir de la aparición de la pandemia (McKee et al., 2021). Se utilizó una muestra de 626 terapeutas de sistemas familiares (el 58.6 % mujeres, el 40.6 % hombres, edad promedio=57.4 años; promedio de años en ejercicio de la profesión= 25.5). Los resultados sugirieron que los terapeutas familiares realizaban el 7.92 % de su trabajo clínico usando teleterapia antes de la pandemia, aumentando su uso al 88.17% durante la pandemia. Incluso pronosticaron que harían un 36.57 % de su trabajo clínico usando la telepsicología después de la pandemia. La adopción de la teleterapia no estuvo relacionada con el ámbito de práctica principal, ni con la edad, el género, la raza o la etnia de los profesionales, ni tampoco con el lugar de práctica (urbano o suburbano frente a rural), pero fue mayor entre los terapeutas de sistemas familiares que informaron un aumento de las políticas de apoyo hacia la teleterapia y de la capacitación en su ámbito de práctica.

Las ventajas del uso de teleterapia para consultantes adolescentes (Smith et al, 2020, citado por Valdivieso y Cambero 2021) giran en torno a que no es necesario que salgan de su casas; ayuda a que el riesgo de contagio se reduzca; podrían tener mayor comodidad y seguridad encontrándose en su propio ambiente (por ejemplo el hogar); el acercamiento geográfico en caso de que viva en alguna ciudad lejana a la del terapeuta; el sentimiento de familiaridad con el uso de herramientas virtuales para la realización de teleconferencias (por ejemplo, computadora, laptop, smartphone, tablet, playstation etc.); la adaptabilidad a horarios en los que el paciente esté libre de actividades diarias como clases online, o del trabajo; la posibilidad de compartir material de forma dinámica con las herramientas disponibles de las

plataformas online. Algunas de las desventajas posibles son: la falta de un ambiente adecuado para llevar a cabo las sesiones de psicoterapia (espacios donde el adolescente y /o adulto no cuenta con la privacidad necesaria); problemas de conexión que limitan la visibilidad del video, o generan mala calidad de audio; y/o el uso inadecuado de las aplicaciones de videollamada. Desde nuestra escasa casuística consideramos que esto ha ido mejorando en los últimos meses, a medida que se va naturalizando la forma de comunicación y trabajo actual.

En cuanto a las ventajas del uso de teleterapia para el terapeuta pueden considerarse (Smith et al, 2020): la comodidad y seguridad de espacio en su propio ambiente (por ejemplo: hogar, oficina o consultorio) y la adaptabilidad a horarios en los que no se dificulte su participación en otras actividades clínicas o académicas. Hemos tenido que ir generando intervenciones diferentes, nos fuimos redefiniendo en estos casi dos años, hemos tenido que buscar nuevos espacios para nuestras intervenciones, algunos de nosotros nos hemos tenido que comprar auriculares que tengan determinadas prestaciones específicas (como cancelación de ruido) para poder escuchar a nuestros pacientes, y también hemos tenido que invertir en sillas que nos permitan estar horas frente a la pantalla. Tenemos la posibilidad de “entrar” en las casas de nuestros pacientes, ver cómo viven, qué lugares eligen para tener su propia terapia, la posibilidad de grabar las sesiones para uso personal académico o de supervisión de caso, siempre y cuando se cuente con un consentimiento informado por el consultante y/o apoderados (si hablamos de menores); y por último, la posibilidad de compartir material en tiempo real

con las herramientas virtuales disponibles de la plataforma online.

Por otro lado, a través de las videollamadas, aparece información que antes no se incluía dentro del sistema terapéutico, como son los detalles de la casa tanto del terapeuta como del paciente, la aparición de familiares, mascotas, etc. Si bien estos aspectos pueden ser aprovechados por el terapeuta para favorecer la alianza terapéutica, también pueden aparecer algunas dificultades en el uso de esta información por parte del consultante en torno a los límites y estándares básicos de profesionalismo (Burgoyne y Cohn, 2020, citado por Traverso y Martínez, 2020). Continuando con el análisis de las desventajas, una de las principales dificultades es la pérdida de calidad de la retroalimentación (verbal y paraverbal, además del cuerpo).

Como señalamos, algunos profesionales hemos resuelto estas problemáticas de diversas maneras, por ejemplo, invitando a los consultantes a expresar verbalmente sus sensaciones físicas y emocionales en determinados momentos de la sesión, no sólo con el fin de proveernos información (a nosotros como profesionales), sino también con la intención de que el paciente genere el insight sobre lo que le está sucediendo.

El terapeuta que trabaja desde el marco teórico sistémico se interesa más por la pauta que conecta los intercambios comunicacionales que por las características intrínsecas del emisor o del receptor. Como sabemos, la terapia sistémica se enfoca en el mundo de las interacciones y las influencias interpersonales, atendiendo a las propiedades emergentes que surgen en el proceso de la psicoterapia. Si aplicamos estas ideas al abordaje de las adicciones, el tratamiento implica no solo sesiones de terapia familiar,

sino también sesiones con varios integrantes de los subsistemas de la familia y la red más amplia, incluidos los jóvenes, sus padres, y otros profesionales involucrados (Carr, 2020).

Hoy tenemos un equipo terapéutico híbrido (trabajo mixto de forma remota y/o de forma presencial). Algunos profesionales solo emplean la videollamada con el paciente y con la familia. La asistencia a los grupos es de forma digital, por la plataforma Zoom. Otros profesionales, después de los primeros meses de confinamiento, empezaron a trabajar de forma presencial. Este movimiento comenzó a fines del 2020 y en los primeros meses del 2021, que coincide con la primera etapa de vacunación en Argentina. Las entrevistas presenciales se llevan a cabo con los protocolos de seguridad y con una reformulación en el contacto con el paciente.

Quienes llevamos tiempo trabajando y abordando dicha problemática, sabemos de la importancia de acompañar a nuestros queridos pacientes en el área corporal. ¿A que nos referimos? A los abrazos, una de las grandes intervenciones sistémicas, que debimos reemplazar de manera creativa. El abrazo implicaba calidez, contención, afecto, que sucedía en esos breves segundos en los que llegaba el paciente o se retiraba, o en el medio de una sesión en donde creíamos que era pertinente dicha intervención. Otras veces, no solo ayudaba al paciente, sino que nos brindaba a los profesionales una energía, un plus para seguir trabajando.

Hoy, vemos a muchos pacientes de forma presencial, en ambientes destemplados, escondidos detrás de los tapabocas que restringen la expresividad y nos obligan a enfocarnos en la mirada, para encontrar ese maravilloso lenguaje no verbal, el lenguaje

de los microgestos que se encuentran en las diferentes facciones.

La pandemia no solo ha generado dificultades y problemas en el área de salud. También incentivó nuestra creatividad e innovación para generar intervenciones que logren que el paciente se sienta contenido y acompañado, y que logre el insight necesario para transitar la problemática de las adicciones.

Los doce pacientes que concurrían de forma presencial lograron sostener su tratamiento hasta principios de noviembre. A partir de ese mes, cuando se empezaron a liberar ciertas restricciones del confinamiento obligatorio, algunos de los pacientes abandonaron el tratamiento.

Nuestras hipótesis sobre la alta adherencia al tratamiento son varias. En principio, como terapeutas sistémicos, consideramos que cuando se generan cambios de segundo orden, los sistemas necesitan un tiempo de readaptación.

Un porcentaje alto de estos pacientes (80%) que concurría al grupo de nuestra institución, tuvieron sensaciones de alivio al sentir que no podían salir de sus hogares. Lo interesante de esta limitación, es que no era impuesta por un profesional y/o un familiar. Fue impuesta desde el estado, “El Señor Estado”. Y era una consigna (imposición) que en principio no fue cuestionada, y la cual todos debíamos acatar. Durante las primeras semanas, debimos abordar las ansiedades e incertidumbres. Y se reformularon un montón de cambios y variables con respecto al encuadre.

En los primeros cuatro o cinco meses observamos que los pacientes en su gran mayoría, no tuvieron recaídas y estaban muy receptivos al dispositivo y al espacio grupal.

Podemos decir que durante esos meses los pacientes estuvieron en una suerte de “Internación domiciliaria obligatoria”. Podríamos inferir que la casa se transformó en el lugar de descanso, pudiendo encontrar ahí la paz que no podían encontrar antes.

Dentro del dispositivo de adicciones tenemos pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas y pacientes con ludopatía. Este grupo mostró grandes cambios principalmente porque solían jugar en casinos y bingos, que estuvieron cerrados desde marzo hasta fines del 2020 (léase noviembre) y porque no migraron a los juegos virtuales (apuestas online).

Estos pacientes se vieron doblemente beneficiados ya que lograron comprometerse con el tratamiento y pudieron generar cambios importantes para poder pagar sus deudas y solucionar los problemas económicos que acarreaban por la propia adicción.

Conclusiones

Esta pandemia no solo trajo incertidumbre y cambios de segundo orden. También nos obligó a generar procesos creativos, y puso a prueba nuestra capacidad de cambiar nuestros estilos terapéuticos y nuestras formas de abordar y acompañar a nuestros pacientes.

Generamos una desfronterización de la clínica. Los profesionales más hábiles en el uso de la tecnología (herramienta fundamental en nuestro trabajo terapéutico y docente), han sido los grandes ganadores en este nuevo proceso de psicoterapia. Parecería que en el futuro la práctica psicoterapéutica será híbrida (presencial y remota).

El 2020 no ha sido fácil y el 2021 se presentó con mayor demanda hacia el área de salud mental, exigiéndonos a morigerar los niveles de ansiedad de los consultantes.

Entendemos al paciente como un ser integral que debe ser abordado de forma interdisciplinaria, generando espacios de contención, reflexión y psicoeducación. Es nuestra tarea comprender y acompañar a nuestros pacientes en sus duelos por pérdidas originadas por el COVID-19, separaciones producto del encierro, aumento considerado de abuso de sustancias legales e ilegales, y tantas otras situaciones que nos desafían en la práctica clínica.

En estos últimos meses, gracias a la vacunación y a las nuevas variantes, tenemos diferentes miradas en relación a la pandemia; ingresamos a una realidad diferente, en la que trataremos de co-construir nuevas herramientas para acompañar al paciente y su familia.

Recomendaciones

Finalizando, desde el equipo consideramos que es de suma importancia el auto cuidado como profesionales y agentes de salud.

En Argentina el aumento y la demanda por un espacio de psicoterapia ha crecido de forma vertiginosa. La mayoría de los profesionales que nos dedicamos a la salud hemos sentido y vivido el impacto de esta pandemia, que aún no termina, alta manda de un espacio terapéutico, momentos dentro del espacio de sesión de una angustia que por momentos cuesta contener, y un senti-

miento de incertidumbre pocas veces visto en la clínica.

Es importante, como agentes de salud, que tengamos nuestros espacios de psicoterapia, en donde cada uno trabajara, lo que le sucede en el ciclo vital que se encuentre atravesando tanto a nivel profesional como personal.

También resulta de gran importancia trabajar en equipo, y supervisar cuando abordamos pacientes adictos. Es de suma importancia el abordaje interdisciplinario ya que los pacientes adictos difícilmente puedan superar sus dificultades solamente con un espacio de psicoterapia individual. Trabajar en equipo y con el sistema es de suma importancia.

Contar con un equipo de trabajo sólido nos ayuda a acompañar a nuestros paciente y a su familias de una forma más segura, y nos brinda la tranquilidad de estar acompañados por otros profesionales en nuestro crecimiento. Resulta fundamental el respaldo institucional que otorga una organización que lleva más de 25 años formando profesionales.

Por último, y no menos importante, son la investigación y la lectura, que aportan a nuestra solidez como profesionales.

Bibliografía

- Burgoyne, N., y Cohn, A. S. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID 19. *Family Process*, 59(3), 974-988. <https://doi.org/10.1111/famp.12589>.
- Carr, A. (2020). Evidence for the efficacy and effectiveness of systemic family therapy. *The Handbook of Systemic Family Therapy*, 1, 119-146.
- Ceberio M. (2020) Jornadas de Relates.
- Ceberio, M. (2002) Cuerpo espacio y movimiento en psicoterapia.
- Ceberio, M. (2020) Los Barbijos Emocionales Crisis e impacto psicológico en época del covid -19.
- Colletti, M. publicado en la web de perspectiva Sistémica. Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencia. Y perspectiva sistémica N14.
- Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones e Intercambios Asociación Civil (2020). Consumos, juventudes y pandemia: Desandando mitos para la intervención. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Consumos-juventudes-y-pandemia-Desandando-mitos-para-la-intervencion.pdf>
- Haley J. (1980). Terapia para resolver problemas. Cap 6: La terapia del matrimonio vista como un triángulo.
- Kalin, E.(1988). “Adolescencia, Drogadicción y su Tratamiento” en *Adolescencia y Drogadicción*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Olievenstein, C. (1986). *Jornadas Sobre Tratamiento y Prevención de la Drogadicción* Ediciones Hebraica página 24.
- Roseetti, Daniel (2005) *Epidemia del siglo XXI Estrés* Edición Lumen.
- Sharma, A., Sasser, T., Schoenfelder Gonzalez, E., Vander Stoep, A. & Myers, K. (2020). Implementation of Home-Based Telemental Health in a Large Child Psychiatry Department during the COVID-19 Crisis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(7), 404– 413. <https://doi.org/10.1089/cap.2020.0062>
- Smith, K., Ostinelli, E., Macdonald, O. & Cipriani, A. (2020). COVID-19 and telepsychiatry: Development of evidence-based guidance for clinicians. *JMIR Mental Health*, 7(8), 1–27. <https://doi.org/10.2196/21108>
- Traverso, G. y Martínez, T. S. (2020). Telepsicología durante la pandemia. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, Año 36 – N°1.

Capítulo 7

Impacto de la pandemia y cambios originados en la asistencia de personas con enfermedad adictiva

Waisman Campos Marcela

Cambios generales por COVID-19

La pandemia por COVID-19 constituye la crisis de salud pública más grave desde el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud. Al 1° de noviembre de 2021, la pandemia por COVID-19 provocó más de 247 millones de infecciones y más de 5,01 millones de muertes en todo el mundo (Johns Hopkins University, 2021).

Las adicciones, pese a su morbimortalidad, se nombran o se miden sin que eso se refleje en la toma de decisiones. Por ejemplo: cada año se producen 3 millones de muertes debido al consumo de alcohol (6 por minuto) y es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Comparado con la población general, los trabajadores de la salud pública de primera línea tienen un nivel relativamente más alto de riesgo de infección debido a su estrecha participación en los esfuerzos para contener

la pandemia por COVID-19 (Nguyen, 2020) y de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (Serano -Ripoll, 2020).

El coronavirus 2019 (COVID-19) ha impactado profundamente en el bienestar de la sociedad y en la práctica de la medicina, en todos los sistemas de atención. Algunas de las manifestaciones observadas fueron: la paralización de los países con medidas de distanciamiento social y los consecuentes cambios sociales, el temor a lo desconocido, los desafíos tecnológicos, la suspensión de las actividades, el aumento del estrés, incertidumbre, sedentarismo, y la ausencia de chequeos y seguimiento de otras enfermedades crónicas.

La dificultad para llevar a cabo actividades de diversión activa ha hecho que se exageren o potencien las conductas de diversión pasiva (uso de sustancias psicoactivas o conductas sin esfuerzo donde se obtiene la sensación de recompensa a corto plazo). Como esta recompensa es breve y no se sostiene en el tiempo, el individuo debe subir la dosis o combinar distintos tipos de “diversión pasiva”: comer, tomar, jugar por internet, comprar a través de internet y fumar, para sentir el nivel de “diversión” buscada.

La nueva virtualidad ha creado una nueva realidad inmaterial, fenómeno que podría asemejarse a la idea filosófica de Platón en la metáfora de la caverna. El ser humano de tanto ver virtualidad, termina creyendo que esa es la realidad (Olego, 2021).

La telemedicina se afianzó como herramienta para la evaluación y el manejo de la gran mayoría de los pacientes atendidos. Los desarrollos positivos incluyeron la capacidad de iniciar tratamientos en zonas alejadas de la ciudad, el mantenimiento de la continuidad de la atención, así como nuevas oportunidades educativas y de investigación. Por otro lado, algunos de los desafíos son: la necesidad de adaptar el examen del estado mental al entorno de la telemedicina, la dificultad para realizar exámenes neurológicos motores, apreciar las señales no verbales, manejar la seguridad aguda y llevar a cabo la indicación de una internación a través de la telemedicina (Perez et al., 2020).

La falta de datos en nuestro país se traduce en la ausencia de diagnósticos y la falta de planificación eficaz. En las redes sociales, al hablar de salud mental, abundan términos y expresiones como los que se describen a continuación: “subjetividad”, “derechos”, “reuniones para elaborar convenios”, “proyecto político”, “fortalecer la tarea de jerarquizar”, “amplia jornada de debate”, “transformación del modelo”, “poner en valor”, “balance de acciones”, “de manera articulada”, “implementar acciones comunitarias”, “unificamos acciones”, “promover y garantizar”, “disminuir las barreras de acceso al sistema sanitario”, “contemplamos las dimensiones de la salud mental”, “la interdisciplina”, y otros tantos. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos términos parecen estar vacíos de conteni-

do: faltan estadísticas, investigaciones (por falta de financiación), implementación de programas validados internacionalmente y medidas de protección sanitaria. Todo esto resulta en un nivel cada vez mayor de desinformación respecto de la salud. Aparecen como referentes en materia de salud mental los youtubers, coaches y motivadores, quienes no tienen formación para afrontar los desafíos a los que se enfrenta el sistema de salud diariamente (cada vez con menos recursos) y solo logran influenciar personas necesitadas de certezas.

En este contexto, resulta importante señalar que las personas con trastornos por uso de sustancias (TUS) tienen un mayor riesgo de infección por COVID-19 y de sufrir resultados adversos de la infección (Wang et al., 2021). Aunque las vacunas son altamente efectivas contra el COVID-19, su efectividad en individuos con TUS puede verse limitada por un estado inmunológico comprometido y una mayor probabilidad de exposición. En el consultorio surgen muchas preguntas sobre las vacunas, atribuibles a la poca información que tienen los pacientes, que dificulta la toma de decisiones. Un estudio de cohorte reciente realizado por Wang y colaboradores (2021) evaluó riesgos a partir de los 14 días después de la vacunación. El riesgo de infección irruptiva (personas que se infectan después de la vacunación, cuando el virus rompe la barrera protectora que proporciona la vacuna) fue mayor en los pacientes con TUS que recibieron la vacuna de Pfizer, en comparación con los que recibieron la vacuna de Moderna (HR = 1,49, IC del 95%: 1,31-1,69). En la población con TUS que fue vacunada, el riesgo de hospitalización fue de 22,5% para la cohorte que presentó infección irruptiva y 1,6% para la cohorte que no lo presentó (razón de riesgo, RR = 14,4, IC del 95%: 10,19-20,42), mientras

que el riesgo de muerte fue de 1,7% y 0,5% respectivamente (RR = 3,5, IC del 95%: 1,74-7,05). Estos datos sugieren que los individuos con TUS (aun con el esquema completo de vacunación) tienen mayor riesgo de infección por COVID-19 que los individuos sin TUS, y esto es en gran parte debido a la mayor prevalencia de comorbilidades y determinantes socioeconómicos adversos a la salud.

Cambios en los modelos de consumo de sustancias y su tratamiento

La adicción es una condición crónica o recurrente para muchos pacientes. Sin embargo, el modelo de tratamiento tradicional para las adicciones ha enfatizado el tratamiento intensivo episódico para la abstinencia y/o la estabilización del consumo de sustancias supervisada médicamente, seguido de atención ambulatoria por tiempo limitado. En los últimos años, los sistemas de atención médica públicos y privados, y los médicos, están reconociendo que la adicción es una enfermedad crónica o recurrente, como la diabetes o la hipertensión, y por ende generalmente requiere atención continua a largo plazo.

Los modelos de consumo variaron durante la pandemia por los siguientes motivos: la ausencia de prevención, la facilitación y promoción del consumo con publicidades engañosas para la población vulnerable, los cambios producidos por la necesidad de permanecer en el hogar y buscar satisfacción en esas condiciones, y la dificultad de gestión de las emociones en la incertidumbre.

En 2018, se estima que 269 millones (rango: 166–373 millones) de personas habían consumido una droga al menos una vez durante el año anterior, equivalente al 5,4 % (rango: 3,3 a 7,5 por ciento) de la población mundial, de 15 a 64 años. Suponiendo que no haya cambios en la prevalencia mundial

del consumo de drogas, y considerando únicamente el aumento proyectado de la población global, eso resultaría en un aumento del 11 % de las personas que consumen drogas (299 millones de personas para el 2030) (UNODC, 2021).

En la población general y entre los pacientes en particular, aumentó el uso de depresores del SNC (alcohol, marihuana y benzodiazepinas). Según refieren los propios pacientes este aumento pretende ayudarlos a “relajarse”, “no preocuparse” y “dormir”. Esto también se observa en las referencias internacionales (ver tabla 1).

Esto condice con algunas de las razones descritas a nivel internacional en referencia al incremento en el consumo de cannabis, luego del inicio de la pandemia (UNODC, 2021):

- Tengo más tiempo para usarla
- Estoy más aburrido
- Invierto más tiempo con mi pareja o conviviente en el consumo
- Estoy más estresado por lo que ocurre
- Me siento más solo
- Me siento más deprimido
- Incrementé levemente pero no es relevante
- Tengo más cantidad de droga por que acumulé
 - La uso como recompensa por lo que está ocurriendo
 - La uso para lidiar con la convivencia con mi pareja o conviviente
- Tengo más dinero para el consumo
- Es más fácil el acceso
- Estoy en más eventos sociales online
- Tengo más dificultad para acceder a otras drogas o alcohol

Sin embargo, hay un grupo de pacientes que describen razones por las cuales disminuyó su consumo de sustancias (UNODC, 2021):

-Se redujo el contacto con otras personas que consumen

- Las medidas de la cuarentena restringieron las posibilidades de comprar droga de un dealer
- Reducción de acceso a espacios recreacionales
- Menores ingresos
- Se redujo la disponibilidad de drogas
- El desafío de vivir acompañado
- Reducción de oportunidades para consumo social de drogas
- Disminución en la calidad de la droga

Innovación en servicios de tratamiento

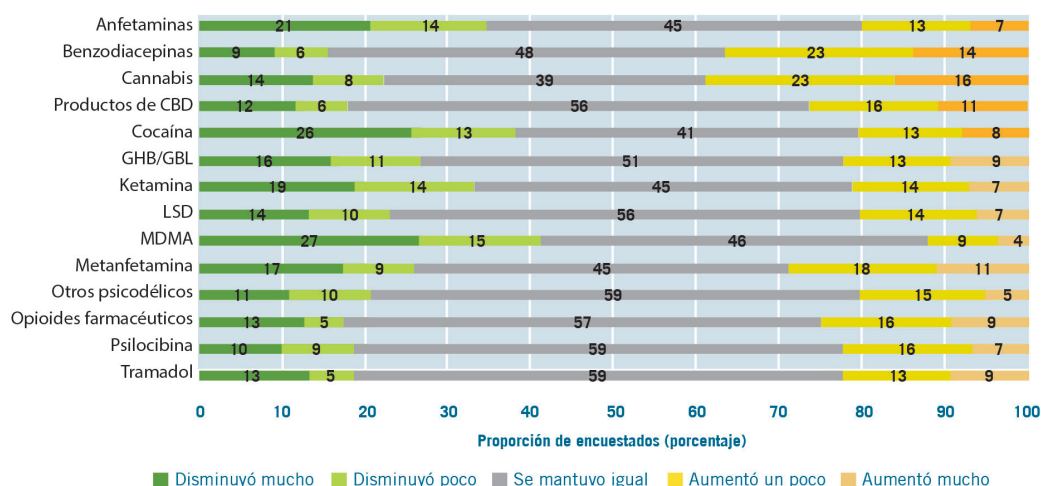
El COVID-19 ha motivado la implementación de nuevas tecnologías para el acto de la asistencia profesional. Fue necesario aumentar las consultas virtuales e implementar las recetas electrónicas.

Los grupos de ayuda mutua, como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocaína Anónimos (CA), estuvieron entre los primeros dispositivos en implementar el sistema virtual (de manera independiente o adjunto al tratamiento profesional), todos ellos basados en el modelo de los 12 pasos. Estos grupos pueden ser especialmente útiles durante la recuperación, ya que ofrecen apoyo comunitario, lo que ayuda a las personas a conseguir y mantener la abstinencia y un estilo de vida más saludable con el paso del tiempo.

En el sistema privado, donde trabajo, se implementó inmediatamente el seguimiento virtual, aunque la asistencia presencial nunca se suspendió (en aquellos casos que así lo requerían). Algunos ejemplos: son pacientes de primera vez, pacientes que no tenían un ambiente privado para la entrevista y aquellos con síntomas paranoides relacionados al uso de la tecnología.

Figura 1

Tendencias mundiales en la frecuencia de consumo de drogas entre personas que reportaron haber consumido drogas recientemente, en comparación con el período previo al inicio de la pandemia de COVID-19, mayo-junio de 2020.



Global Drug Survey 2020.

En nuestro dispositivo se evidenciaron amplias dificultades de la población en el acceso a la tecnología, en la agilidad de la adaptación y el conocimiento de su uso. De modo que la secretaria adquirió un rol esencial que requirió de mucha paciencia y destreza en la enseñanza del uso de las nuevas tecnologías. Luego, en el momento de la entrevista, los profesionales debían repetir las consignas para lograr concretar la consulta. En algunos casos hubo necesidad de combinar el uso de la telefonía celular y fija para lograr la entrevista, ya que algunos pacientes no lograban encender el micrófono de la computadora.

Con respecto a las recetas electrónicas, dado que al principio no existían programas adecuados, las recetas debían realizarse de manera manual para luego ser enviadas por mail. Hubo falsificación de recetas que requirió la denuncia a “delitos electrónicos” (aún en proceso). En uno de los casos, la farmacia se dio cuenta de la falsificación y nos puso en conocimiento, hecho que colaboró a detener la falsificación del documento médico. En el último tiempo, pude acceder a un modelo de receta electrónica numerada que llega directo a la farmacia y una vez usada se elimina del sistema. Pero los pacientes refieren poder acceder fácilmente a sustancias controladas, como los psicofármacos, sin receta incluso. El sistema público aún no implementó medidas necesarias para evitar y controlar la dispensación de psicofármacos sin receta médica.

Cambios en el concepto de estigma

La presencia de estrés, incertidumbre, malestar general, ansiedad y miedo, inducidos por la pandemia, produjo alteraciones en la salud mental, incluso en personas sin antecedentes.

Los pacientes y sus familiares suelen ocultar la presencia de adicciones en la familia, por el estigma, que es una creencia estereotipada y negativa sobre la enfermedad mental que implica discriminación (Cetkovich, 2018). El estigma hacia la enfermedad mental se extiende a la figura del psiquiatra y las personas con trastornos por uso de sustancias, y se manifiesta en forma de pensamientos inexactos o infundados como: “son peligrosos, incapaces de manejar el tratamiento o culpables de su condición”. Sentirse estigmatizado puede hacer que las personas con TUS estén menos dispuestas a buscar tratamiento. Los estereotipos negativos sobre las personas con TUS pueden hacer que otros sientan lástima, miedo e incluso ira.

El desconocimiento es uno de los facilitadores del estigma. La difusión que se le dio en los medios de comunicación masiva a algunos casos de personas famosas que sufren de adicciones o se vieron afectadas por el estrés asociado a la pandemia (como Simone Biles, la deportista que se negó a participar de las instancias finales de los juegos olímpicos) puso el tema sobre la mesa de discusiones. Esto contribuyó a disminuir el estigma asociado a las enfermedades psiquiátricas y favoreció algunas consultas tempranas. Las personas que acudieron a consultas por adicciones en esa época dijeron frases como estas: “No quiero quedar como..., por eso vine”, “No estoy tan grave como... pero quiero salir de esto”.

La educación progresiva acerca del COVID permitió avanzar desde el miedo a la aceptación y comprensión de la enfermedad, sin embargo esto no sucedió en el ámbito de las adicciones. La terminología empleada por los medios de comunicación masiva al re-

ferirse a la enfermedad adictiva, dificultan el desarrollo de empatía hacia las personas con esta enfermedad. Es frecuente el uso de términos estigmatizantes como: “ex adicto, adicto, alcohólico, comprador, jugador, problemático”, etc.

Si bien el estigma se considera un constructo multidimensional (Goffman, 1963) una arista importante que contribuye al estigma en los TUS es el lenguaje utilizado para describir e identificar a los individuos con TUS activos o en recuperación (Kelly, Saitz y Wakeman, 2016). Es frecuente el empleo del término “limpio” para referirse a alguien en abstinencia, lo que sugiere que alguien que está en consumo es “sucio”. Los términos médicos evitan las asociaciones negativas, actitudes punitivas y culpabilización individual, por lo tanto es recomendable usar terminología médicamente precisa, de la misma manera que se utilizaría para hablar de otras afecciones médicas (Yngvild et al., 2014).

Algunas instituciones norteamericanas intentaron sustituir los términos peyorativos. El ejemplo más notable fue la exclusión del término “abuso” del DSM-V. Al mismo tiempo, otras instituciones continúan propagando el uso de terminología estigmatizante (White, 2004; White & Kelly, 2011; Kelly, Saitz, & Wakeman, 2016).

El principal resultado adverso de utilizar lenguaje estigmatizante es el impacto negativo que eso tiene en la búsqueda de tratamiento. Por este motivo es importante buscar un lenguaje no estigmatizante e inculcar su uso tanto entre los profesionales como entre los no profesionales.

Cambios en el concepto de los psicofármacos

Tanto los pacientes, como algunos profesionales de la salud no médicos, e incluso los familiares de personas con enfermedad adictiva, suelen tener creencias erróneas sobre los psicofármacos: sobreestiman sus efectos negativos y relativizan sus beneficios. Suelen creer que todos los psicofármacos son adictivos, que los médicos “drogamos” a los pacientes (“los sedan”, “los duermen”) y que los psicofármacos no modifican el curso de la enfermedad. Cuando un médico clínico o neurólogo indican sedar un paciente, esa medida generalmente es tomada de buena manera, la familia cree que lo están ayudando, pero si lo hace un psiquiatra se percibe como que el médico “lo droga”. En resumen, no se juzga el acto médico con la misma vara.

La presencia del virus COVID-19 motivó en la población la búsqueda de información sobre conceptos médicos: la afectación sistémica, el riesgo de vida, la necesidad de tratamientos y de vacunas. También facilitó la psicoeducación en enfermedad mental: la aceptación de que a veces los tratamientos instaurados no son suficientes y por ende no siempre resultan exitosos, pero así y todo lo que más daña es la enfermedad y no el tratamiento.

No obstante, en ciertas poblaciones como los “antivacunas” y los “antipsiquiatría”, predominan los criterios ideológicos por sobre la evidencia. La abundancia de información no calificada en las redes sociales nos obliga a los profesionales a destinar parte de la consulta médica para clarificar los datos recabados por los pacientes a través de internet. Algunas de las preguntas que escuchamos frecuentemente son: “¿sirve el aceite de cannabis?”, “¿si hago un té de floripondio, tendré más energía?”. La difusión

de las neurociencias en TIK TOK, Facebook e Instagram es interesante como fenómeno sociológico, pero no aporta información fundamentada ni avances científicos, y suele asemejarse a una receta de cocina. Tener un episodio asmático no nos convierte en expertos en asma, así como un episodio de psicosis por adicciones no nos convierte en expertos en salud mental.

La necesidad de buscar “tranquilidad y relajación” en la pandemia, y de aliviar el sufrimiento, llevó a muchas personas a usar depresores como el cannabis, alcohol y benzodiacepinas. Gran parte de mis consultas se centraron en aclarar la diferencia entre “relajación” y “depresión del SNC”, que finalmente fue el motivo de la consulta. Fue llamativa la ausencia de campañas de prevención en salud mental, por ejemplo respecto de la automedicación tendrían que haber recomendado “consultar en caso de síntomas de ansiedad y depresión”. Ya en mayo de 2020 las Naciones Unidas advertían que la pandemia por COVID originaría una crisis de salud mental (UN, 2020), sin embargo, esto no fue abordado de manera suficiente.

Cambios en las adicciones conductuales

Los trastornos por abuso o dependencia de sustancias o los trastornos por adicciones comportamentales pertenecen a la categoría global de Trastornos del Control de los Impulsos, pero a efectos clasificatorios se estimó la conveniencia de incluirlos en una categoría independiente. Desde el 2013, cuando el juego patológico pasó de la categoría de trastornos del control de los impulsos a la categoría de las adicciones, las adicciones conductuales tomaron mayor relevancia. La clasificación de Trastorno por

uso de videojuegos abriría la puerta a la validación de otras adicciones: adicción a las compras, al sexo, al amor, a la comida, al teléfono celular, vigorexia, al trabajo, etc. El CIE-11 clasificó al trastorno por videojuego (juegos digitales o de video) como un patrón de 12 meses con control deficiente sobre sus hábitos, a pesar de las consecuencias negativas (WHO, 2018).

El interés en detectar, conocer y tratar estos trastornos, radica en su frecuente impacto negativo sobre la calidad de vida, provocando trastornos en la salud en general y en la salud mental en particular. Rara vez se presentan aislados, siendo frecuente la coexistencia con otras categorías psicopatológicas, habitualmente trastornos de la personalidad y del estado de ánimo. La dificultad para controlar los impulsos frecuentemente lleva a desarrollar adicciones múltiples, tanto con sustancias como sin ellas.

En el contexto de la pandemia el uso de los dispositivos electrónicos como: computadoras, teléfonos móviles y videojuegos, pasó a tener mayor relevancia en nuestra vida cotidiana. Internet se ha convertido en un medio esencial para realizar diversas actividades; trabajar, investigar, leer, comprar, operar en los bancos, entretenernos e interactuar a través de las redes sociales, cumpliendo así una importante función social, comunicativa y emocional en nuestros días. La relación que establecemos con las nuevas tecnologías podría ser abusiva, lo cual nos lleva a reflexionar sobre la importancia de delimitar su impacto ya que podrían afectar de manera perjudicial las rutinas diarias, con impacto negativo en la salud, particularmente de las nuevas generaciones (Tam, 2016) y más aún en pandemia.

Este novedoso conjunto de patrones de comportamiento de refuerzo, hacen que algunos usuarios de tecnología sean más susceptibles a las respuestas de recompensa ante estos estímulos, incluso con disminución del control volitivo.

Young, ya en el año 1998 describió 5 subtipos de adicción a Internet: cibersexual (una necesidad compulsiva de acceder a sitios web virtuales de sexo y pornografía), ciberrelaciones (implicación excesiva en las relaciones que surgen en la red), compulsión de red (comportamientos compulsivos relacionados a actividades en línea como juegos de azar, compras y comercio electrónico), sobrecarga de información (una búsqueda obsesiva de noticias en la Web) y adicción a la computadora (una tendencia a la participación excesiva en juegos virtuales y juegos de rol) (Young, 1998). El anonimato juega un papel crucial: se crea un mundo virtual de personas idealizadas llenas de emoticones. En pandemia se potenciaron las consultas por adicción al sexo, a las compras, a videojuegos, a la comida, al celular y el craving que presentaban si intentaban detener esas conductas (Waisman Campos & Hernandez, 2021).

Los motivos de consulta no siempre fueron directos (sobre la adicción), sino que predominaron las quejas sintomáticas sobre: alteraciones del ritmo sueño-vigilia, fatiga crónica (debido a la preferencia común por la conexión nocturna), eficiencia reducida del sistema inmune, consumo alterado de alimentos y líquidos, poco cuidado personal, dolor de cabeza, problemas visuales, dolor de espalda y síndrome del túnel carpiano debido al prolongado uso del mouse.

Tanto la adicción a Internet como el trastorno de juego (en línea y fuera de línea) se

han asociado a una mayor aparición de síntomas psiquiátricos y con trastornos psiquiátricos específicos (Nicholson & cols, 2019), lo cual implica la necesidad de realizar varias consultas para lograr la valoración adecuada e integral del paciente.

El concepto de teléfono inteligente pone en jaque al reinado de los humanos inteligentes. La adicción a los teléfonos inteligentes podría predecir depresión y ansiedad (Mi et al., 2014; Rozgonjuk et al., 2018) y viceversa. Hay estudios que avalan que la depresión y la ansiedad podrían predecir la adicción a los teléfonos inteligentes (Kimy Koh, 2018; Chiu, 2014). En tercer lugar, algunos investigadores sugirieron que habría una relación bidireccional entre ambos fenómenos (Elhaïet al., 2017; Stankov et al., 2021). Se acentuaron las quejas sobre la procrastinación a la hora de acostarse, como mediador entre la adicción a los teléfonos inteligentes y el intento de manejar la depresión y la ansiedad. El resultado fue insuficiencia en el sueño y corta duración del mismo, que se consideraron predictores de depresión y ansiedad (Kimet al., 2019; Strine y Chapman, 2005; Sullivan y Ordiah, 2018). Además, Guo y colaboradores (2020) realizaron una investigación en los estudiantes de medicina chinos y descubrieron que la postergación de la hora de acostarse a dormir, contribuiría de forma independiente a la prevalencia de los síntomas de depresión.

Existen importantes similitudes neurocognitivas entre los trastornos adictivos conductuales y por uso de sustancias, por ejemplo: el debilitamiento de los mecanismos ejecutivos y de control descendente, la alteración del procesamiento y la sensibilidad de la recompensa, los sesgos de atención y la reac-

tividad de las señales, y la desregulación de las emociones (Perales et al., 2020).

Es actualmente insuficiente la información acerca de tratamientos farmacológicos para estas problemáticas. Han sido propuestos los antidepresivos, estabilizadores del ánimo y la naltrexona. Lo importante es evaluar las comorbilidades y tratarlas. Las asociaciones más frecuentes son: Síndrome de Asperger, TDAH, ansiedad social y trastornos depresivos (Marazziti y Cols, 2014).

Otro tema que requiere mayor investigación sería la influencia de los cambios tecnológicos en los comportamientos sexuales humanos, facilitados a través de aplicaciones de Internet y teléfonos inteligentes. Por ejemplo: la masturbación compulsiva, pornografía en Internet o salas de chat de sexo y participación en conductas sexuales de riesgo (sexo sin condón, múltiples parejas sexuales en una ocasión, etc.) (Politis et al., 2013).

Resulta pertinente explorar la coexistencia del abuso de drogas con otras conductas adictivas/desreguladas: según algunos estudios las mujeres con trastornos alimentarios y compras compulsivas tienen más probabilidades de haber consumido y abusado de sustancias. Y también parece existir cierto nivel de coocurrencia de uso problemático de videojuegos y uso de sustancias, especialmente en hombres jóvenes (Perales et al., 2021).

Cada nueva creación-estímulo suprafisiológico implicará un desafío para nuestro cerebro: algunas personas podrán superar este desafío y otras sucumbirán, requiriendo en algún momento asistencia.

Conclusiones

El COVID-19 ha impactado profundamente en el bienestar de la sociedad y la práctica de la medicina en todos los sistemas de atención.

La telemedicina se afianzó pero la tecnología aún no está ampliamente disponible para toda la población.

El riesgo general de infección por COVID-19 entre pacientes con TUS vacunados fue bajo, destacando la efectividad y la necesidad de una vacunación completa en esta población. Sin embargo, este grupo sigue siendo vulnerable, incluso después de la vacunación, lo que confirma la importancia de la vacunación en los pacientes con TUS. El acceso a tratamientos validados para esta población, dada su vulnerabilidad, continúa pendiente en la salud pública.

Hace años que no existe una campaña de prevención de adicciones (de las que están validadas y sabemos que benefician a la población), pero sí hay campañas de marketing para promover el consumo de alcohol, tabaco, cannabis, comida, uso de redes sociales, videojuegos, etc. de modo que se plantea una situación preocupantemente desigual. Las empresas que comercializan productos potencialmente adictivos cuentan con recursos suficientes para contratar los servicios de las mejores empresas de marketing. Resulta ingenuo pretender diseñar campañas de prevención que compitan con estas empresas sin contar con el apoyo profesional correspondiente.

No alcanza con creer en la salud mental, hay que crearla.

Recomendaciones

1) Dado el aumento en la prevalencia de los trastornos adictivos, investigar e innovar en tratamientos eficaces es el camino.

Por ejemplo: la neuromodulación, la estimulación magnética transcraneal repetitiva excitadora de la corteza prefrontal dorso-lateral parece tener un efecto agudo en la reducción de la ansiedad y el consumo de sustancias en pacientes con dependencia de sustancias. El efecto anti-craving puede estar asociado con la dosis de estimulación magnética transcraneal (Zhang, 2019). El entrenamiento físico de alta intensidad para individuos con dependencias ha ido ganando evidencia como una alternativa novedosa en los tratamientos (Menglu, 2021), sumados a la psicoterapia individual, grupal y a la psicofarmacología especializada en adicciones.

2) Desde la invención del telégrafo (1844), el teléfono (1876) y la radio (1899), y hasta el presente, se fueron desarrollando la comunicación y las prácticas médicas a distancia. Luego vinieron la computadora personal (1962), internet (1966), la telefonía móvil (1973), el primer SMS (1992), las tabletas (2001), Facebook (2004), WhatsApp (2009) que llevaron a que la OMS definiera (en 1999) la telemedicina como “la acción mediada por tecnología de la comunicación

e información (TIC) sin contacto físico, destinada a mejorar la salud y aportar servicios” (WHO, 2010). Podemos decir que la tecnología ha cambiado la vida del hombre en los últimos 100 años pero es importante considerar aspectos referidos a la seguridad y la eficacia de dichas tecnologías, haciendo hincapié en los aspectos éticos (Rabadan, 2021).

3) La desinformación y los prejuicios conspiran a favor del uso de sustancias psicoactivas y conductas adictivas. Debería plantearse un debate ético entre la libertad de expresión y el derecho a contar con información precisa, más cuando hablamos de enfermedades. Una opción es proponer una “dieta informática” a los pacientes e implementar seriamente campañas de psicoeducación para cada enfermedad. Es importante recalcar que a tal fin debemos contar con la ayuda profesional de expertos en marketing.

4) Estimular a través de campañas, beneficios, educación y/o programas de bienestar, la diversión activa como camino potenciador biopsicosocial.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Cetkovich M (2018). El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría. Ed Paidós.
- Global Drug Survey: GDS covid 19, 2020.
- Goffman E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Organización Panamericana de la Salud; 2019. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: (OPS/NMH/19-012). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Johns Hopkins University (2021). Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Retrieved from <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Kelly JF, Saitz R, & Wakeman S (2016). Language, substance use disorders, and policy: The need to reach consensus on an “Addictionary.” *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34, 116–123. 10.1080/07347324.2016.1113103.
- Marazziti d, Presta S, Baroni S. (2014). Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *Cns Spectr*, 19(6):486-95.
- Menglu S, Suyong Y, Xiaoyan W et al. (2021) Cognitive effectiveness of high-intensity interval training for individuals with methamphetamine dependence: a study protocol for randomised controlled trial. *Trials* 22, 650. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05615-9>
- Nguyen LH, Drew DA, Graham M. S.et al. (2020). Coronavirus Pandemic Epidemiology Consortium. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet. Public health*, 5(9), e475–e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
- Nicholson R, Mackenzie c, Afifi T (2019). An examination of comorb psychiatric disordered gamblers versus other substance-related disorders. *J Gambl Stud*, 35(3):829-47.
- Olego O. Nuevos paradigmas sociales y su impacto en adicciones (2021) en Waisman Campos M, Calero S. Adicciones: juego patológico y otras adicciones conductuales. Ed Panamericana.
- Perales J, Maldonado A, López-Quirantes E, López-Torrecillas F (2021). Association patterns of cannabis abuse and dependence with risk of problematic non-substance-related dysregulated and addictive behaviors. *PLoS One*, 16(8): e0255872.
- Perales JC, King DL, Navas JF, Schimmenti A, Sescousse G, Starcevic V, et al. Learning to lose control: A process-based account of behavioral addiction. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;108: 771–780. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.12.025.
- Perez, David L. MD, MMSc; Biffi, Alessandro MD; Camprodon, Joan A.; Caplan, David N. (2020) Telemedicine in Behavioral Neurology–Neuropsychiatry: Opportunities and Challenges Catalyzed by COVID-19. *Cognitive and Behavioral Neurology*: 33: 226-229.
- Politis M, Loane C, Wu K, O’Sullivan SS, Woodhead Z, Kiferle L (2013). Neural response to visual sexual cues in dopamine treatment-linked hypersexuality in Parkinson’s disease. *Brain*, 136:400–411.
- Rabadan A. (2021). Desafíos bioéticos en neurociencias del siglo XXI. Ediciones Journal.
- Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277: 347-357.
- Tam PG (2016). Problematic Internet Use in Youth: An Outline and Overview for Health Professionals. *Australian Clinical Psychologist*, 2(1), 1–14.
- United Nations Policy Brief and the need for action on Mental Health. UN 2020.

- Waisman Campos M, Hernández M. Adicciones a Nuevas Tecnologías (2021). Capítulo 21 – INTER-NET en: Waisman Campos M, Calero S. Adicciones: juego patológico y otras adicciones conductuales. Ed Panamericana.
- Wang L, Wang Q, Davis PB, Volkow ND and Xu R (2021). Increased risk for COVID-19 breakthrough infection in fully vaccinated patients with substance use disorders in the United States between December 2020 and August 2021. *World Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/wps.20921>.
- White W (2004). The lessons of language: Historical perspectives on the rhetoric of addiction In Tracy S & Acker S (Eds.). *Altering American consciousness: Essays on the history of alcohol and drug use in the United States, 1800–2000* (pp. 33–60).
- White WL, & Kelly JF (2011). Alcohol/Drug/Substance “Abuse”: The History and (Hopeful) Demise of a Pernicious Label. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(3), 317–321.
- UNODOC (2021). World drug report.
- <https://wdr.unodc.org/>
- World Health Organization (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).
- Yngvild Olsen, MD, MPH1; Joshua M. Sharfstein, MD (2014). Confronting the Stigma of Opioid Use Disorder—and Its Treatment. *JAMA* 11(14):1393-1394. doi:10.1001/jama.2014.2147.
- Young K. Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder (1998). *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 1, 237-44.
- Zhang J, Fong K, Ouyang R, Siu A, Kranz G. (2019). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on craving and substance consumption in patients with substance dependence: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 114, 2137-2149.

Capítulo 8

Coronavirus, aislamiento, cuidado y salud mental

Autores: Dr. Carlos Miguel Mussi. Lic. Osvaldo Chiarlo

“Debemos aprender a vivir en la incertidumbre, es decir, tener el coraje de afrontar, estar preparados para resistir las fuerzas negativas que puedan surgir.”

Edgar Morin

Vivimos tiempos de pandemia: el reinado del coronavirus se ha esparcido por toda la faz de la tierra. Como un tsunami emocional arremete, sin piedad, contra la humanidad en su conjunto, sembrando angustia, miedo, incertidumbre, paranoia y enorme alarma social. Su naturaleza invisible, paradójicamente, visibiliza la fragilidad humana y la vulnerabilidad de casi todos los sistemas políticos y sanitarios a escala planetaria. Así pues, pone en evidencia que ningún poder o ideología contiene los anticuerpos específicos para hacer frente a este enemigo invisible. ¿Cuán conscientes estamos de este nuevo escenario? ¿Cómo nos preservamos? ¿Qué hacemos?

Pero tal vez la pregunta que más nos incumbe en este escrito es la siguiente: ¿Qué impacto tendrá la pandemia sobre la salud mental de los individuos y los equipos de salud, como consecuencia de tener que atravesar un verdadero trauma social colectivo?

Durante la primera ola del coronavirus, cuando todavía no disponíamos de un plan

de vacunación efectivo, se nos impuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio que debimos acatar como exigencia de una responsabilidad ética, social y legal, al servicio del bien común. ¿Tendremos efectos adversos o colaterales como consecuencias del encierro forzado y los cambios de rutinas y hábitos bajo coacción externa e interna? ¿Qué impacto tendrán sobre nuestra salud mental las transformaciones bruscas en la cotidianidad de los colectivos sociales? Aquellos que estamos en contacto permanente con el padecimiento mental podemos percibir un incremento inquietante de problemas psicosociales: conflictos conyugales y familiares, aumento del número de femicidios, descompensaciones de cuadros psiquiátricos graves, suicidios, síntomas de ansiedad y depresión, mayor consumo de psicofármacos, alcohol u otras sustancias, cuadros de abstinencia a sustancias psicoactivas, y la lista continúa. Y debiéramos advertir que las personas que presentan fragilidades psicológicas preexistentes a la aparición de la pandemia son las que probablemente conlleven un riesgo más

elevado; por lo tanto, desde la perspectiva sanitaria, les asiste el derecho a una ayuda preferencial.

En cuanto al cuidado, postulamos que emerge como la categoría central de un nuevo paradigma de humanización y convivencia social. Y se impone como máxima kantiana o imperativo categórico: “El cuidado no es una opción, es una obligación, política, ética, legal y de responsabilidad social y ciudadana. El acto de cuidar a otros es ante todo el cuidado de sí”. Ahora bien, ¿Qué se entiende por cuidado? ¿Cuántos tipos de cuidados existen? Se postula, que a nivel institucional, el cuidado constituye una herramienta política de protección y preservación del recurso humano que tiene a cargo la responsabilidad de darle sustentabilidad a la tarea asignada. En el plano individual, el cuidado es un proceso consciente, decisional y conductual, proactivo, de auto-preservación o auto-protección por parte del ciudadano, al servicio de obtener el mayor grado de bienestar, calidad de vida y seguridad personal y colectiva. Cabe señalar que la pandemia adviene en una oportunidad para la práctica del buen cuidado, que no sólo disminuye per se el riesgo de contagio virulento, sino, que, además, funciona como una vacuna psicosocial para la prevención y contención de alteraciones de la salud mental. Y, que desde luego, nos propone una serie de tareas o responsabilidades, las cuales resultan extremadamente desafiantes llevarlas a cabo todas al mismo tiempo, en virtud de que el cuidado engloba diferentes modalidades. Ellas son: el cuidarse a sí mismo, el cuidarse de sí mismo, el cuidarse con otros y el cuidarse de otros. Examinemos brevemente las diferentes modalidades del cuidado.

Foucault entiende el cuidarse a sí mismo como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación se constituye en sujeto de sus propias acciones. “Se trata de hacer de la propia vida una obra de arte, de liberarse del pegajoso contagio que secretan unas estructuras sociales en las que rige la ley del sálvese quien pueda” (Sossa, Alexis, 2010). El sujeto ético es aquel que pretende hacerse a sí mismo. Aquel que busca forjarse un sentido cautivador a su existencia. Se postula la ética del cuidado a sí mismo como un acto de libertad.

El cuidarse de sí mismo, a sabiendas de que muchas veces nos convertimos en nuestros peores detractores, es una modalidad del cuidado que nos invita a la introspección e indagación subjetiva, crítica y consciente, a los fines de vislumbrar rincones de inconsciencia de nuestro psiquismo que muchas veces nos compelen hacia acciones autodestructivas o de autoboicot que nos alejan de nuestros verdaderos deseos y valores.

El cuidado con otros ha hecho posible la supervivencia de la especie y, que, como seres gregarios, se edifica sobre la base de una ética de la solidaridad compartida en el escenario social, por medio de la cual todos nos cuidamos entre todos. Exige un vínculo de reciprocidad, un “quid pro quo”, que se traduce en bienestar, respeto y seguridad en los colectivos sociales.

El cuidarse de otros consiste en una actitud alerta para anticipar posibles consecuencias destructivas en la interacción con sujetos potencialmente destructivos, ya que su accionar puede resultar más virulento que el mismo microbio. Si alguien consciente y voluntariamente pone en peligro la salud o la

vida de una persona, asumiendo una práctica de descuido, más que un acto negligente reprochable ética y legalmente, en tiempos de pandemia por el coronavirus es un verdadero homicidio social.

Proporcionar cuidado a un otro necesita ser un verdadero acto de amor altruista. Cuando cuidamos, amamos, y cuando amamos, cuidamos. Cuidar a otros supone una conexión empática de corazón a corazón que aviva latidos de optimismo y esperanza y prodiga un trato de humanidad.

Todos estamos convocados a esta nueva y desafiante empresa social de la que no debiéramos sustraernos: humanizarnos y humanizar para salvar vidas y preservar la salud mental individual y colectiva.

Por otro lado, la pandemia ha tenido un impacto muy disruptivo y devastador sobre el sistema de salud en general y en salud mental en particular, ya que ha acentuado el desgaste del personal sanitario a límites inimaginables y limitado el acceso de los colectivos sociales a nuevos tratamientos. Asimismo, ha interferido en la continuidad de los procesos terapéuticos en curso por problemas relacionados con el consumo problemático de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas.

¿Cómo afectó la pandemia de COVID-19 en los tratamientos de la Asociación Civil ABRA y cuáles fueron las estrategias implementadas?

ABRA es un centro especializado que aborda el problema del consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas desde diferentes perspectivas: prevención, asistencia, capacitación e investigación. Se fundamenta en el paradigma de la complejidad y en la construcción constante de inter-

venciones innovadoras, destacando el contexto como matriz psicosocial de análisis e intervención, en la cual se encuentra inmersa la persona. Se fundamenta en la libertad de acción y la autonomía reflexiva de cada uno de sus trabajadores en la búsqueda de un espacio conversacional y emocional, tendiente a la acción ética y creativa. La cultura organizacional de la Asociación, además, se desarrolla sobre la base de los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, los Derechos Civiles y el modelo de valores que la identifican, siendo éstos humanidad, integridad, neurodiversidad, pasión y justicia social.

Desde el abordaje asistencial, ABRA se caracteriza por la personalización de los tratamientos y prioriza la modalidad ambulatoria, sin desestimar la instancia residencial, de corta estadía, en situaciones clínicas más complejas, crónicas y severas asociadas a un contexto caótico o inconsistente. En los casos clínicos donde se requiera un dispositivo de internación, y teniendo en cuenta que la Asociación no cuenta todavía con esa modalidad asistencial, se gestiona la misma, con otras instituciones con las que se ha establecido previamente los convenios respectivos.

Además, este modelo permite comprender el proceso de construcción de una adicción o consumo problemático, tomando en cuenta la intrincada red de dimensiones que en ella interactúan como sistemas abiertos. Estas son: la dimensión neurobiológica, la psicológica-emocional, la familiar, la social y la del “objeto” u objetal. En su lectura se debe tener en cuenta que la valoración de cada dimensión por separado no provee una descripción detallada del fenómeno como sí lo hace la vinculación entre cada una de ellas. Esto permite orientar acciones tam-

bién complejas para su abordaje de manera de incrementar el índice de adherencia y efectividad de los tratamientos.

Se plantea que desde la perspectiva más global, el fenómeno de las adicciones emerge en la actualidad como una verdadera pandemia social (Nizama Valladolid, 2015) que afecta de manera negativa tanto a los individuos como a sus referentes más cercanos y significativos del contexto familiar.

Desde esta lógica pandémica se podría afirmar que estamos frente a la concurrencia de tres fenómenos pandémicos: coronavirus, consumo de sustancias psicoactivas y el desgaste de los profesionales del sistema sanitario.

A comienzos del año 2020, la pandemia del COVID-19 generó un estado de incertidumbre a nivel mundial por ser una enfermedad novedosa y sin cura alguna. Por consiguiente, y a la espera del descubrimiento de una vacuna efectiva contra el virus, se utilizó a nivel global como estrategia provisoria para frenar el avance de la enfermedad, el aislamiento obligatorio sanitario que en Argentina duró aproximadamente un año.

Esta medida que cercenó los derechos y libertades de los colectivos sociales y que impactó negativamente en nuestra salud mental de un modo sorpresivo e intempestivo como se mencionó anteriormente, se acompañó de una sensación de desconcierto, contribuyendo a modificar nuestras rutinas y actividades de la vida diaria, incluyendo el clima y funcionamiento familiar.

La modificación de la burbuja familiar devino en la necesidad de re-adaptarse ante el cambio de contexto, producto del estrés psicosocial dentro del sistema global, al ser éstos (sociedad y familia), sistemas semi

abiertos que se retroalimentan con la finalidad de acomodarse a los cambios o mantener el statu quo.

Para describir a la burbuja familiar podríamos decir a grandes rasgos que su funcionamiento y clima emocional se encuentran condicionados por la presencia o ausencia de sus miembros. Y que cada uno cumple una tarea determinada de acuerdo al rol atribuido por el propio sistema familiar. Por consiguiente, el funcionamiento y el clima emocional dependerán de la presencia o ausencia de cada uno de los miembros dentro del sistema. Así pues, y luego de la implementación del aislamiento social, preventivo y obligatorio como política sanitaria debido a la pandemia del COVID, se hizo evidente el cambio forzado dentro de la dinámica familiar, ya que obligó a que todos los miembros de un sistema familiar convivan en el mismo momento y durante largos periodos de tiempo. Paralelamente a este proceso se hace evidente el surgimiento de otra pandemia social relacionada con los consumo problemático. Y uno de los indicadores que nos lleva a caracterizar al consumo problemático como un verdadero fenómeno pandémico, es el incremento alarmante de los índices de incidencia y el impacto negativo de la enfermedad del consumo en el funcionamiento y clima familiar a escala global.

Conforme el proceso avanza sobre la base de la convivencia simultánea de todos los miembros familiares, y por largos periodos de tiempo, pone en tensión el funcionamiento del sistema, condiciones que hacen más propicia la aparición de crisis inesperadas e inevitables, por lo cual, es de esperar que frente a esta realidad, el estrés familiar se incremente notablemente. Frente a esta situación, podríamos servirnos como modelo

explicativo, del constructo de la Emoción Expresada-EE- (Becerra, J. A., 2009; Becerra García, J. A., 2009; O'Farrell, 1998), ya que nos permite comprender e intervenir sobre el nivel de estrés familiar, incrementado como consecuencia del aislamiento obligatorio sanitario. La Emoción Expresada (EE), es un constructo multidimensional que inicialmente fue investigado en el campo de la Esquizofrenia, y se constituyó en uno de los predictores con mayor rigor científico para predecir nuevos episodios psicóticos en función del grado de estrés familiar predominante. Posteriormente, el estudio fue extrapolado al campo de las conductas adictivas con el propósito de predecir las recaídas. La EE se encuentra compuesta por cinco dimensiones, a saber: criticismo, hostilidad, y sobre involucración y demostración de afecto y comentarios positivos. En función de cuál sean las dimensiones predominantes se dividen las familias en alto o bajo índice de emoción expresada.

En el marco de la Pandemia de COVID y en plena vigencia del aislamiento social preventivo y obligatorio durante el transcurso de Marzo 2020 y Marzo 2021, se realizaron en la Asociación Civil ABRA, un total de aproximadamente 150 consultas familiares debido a problemas de consumo. El trabajo clínico permitió constatar que las familias tenían un nivel aceptable de consciencia sobre el estado de crisis que se encontraban transitando y de la necesidad de modificar sus funciones y organización, a los efectos de restablecer el equilibrio perdido. También se puso en evidencia que en ciertas familias el consumo emerge como estrategia para reducir el nivel de estrés y regular el malestar emocional como un recurso de autoterapia. Cabe mencionar que la atribución de significado por parte de la persona a un determinado

objeto, como la droga, no es inocuo, ya que esas expectativas acerca de los efectos del consumo de la sustancia puede constituirse en un factor predisponente para desarrollar un consumo problemático.

Conclusión

De acuerdo a la experiencia clínica institucional, se evidenció durante el transcurso de la pandemia un incremento de sentimientos de frustración e intolerancia ante las crisis, utilizando el consumo de sustancias como estilo de afrontamiento por parte de los usuarios. Frente a esta situación, comentarios críticos y actitudes hostiles, estuvieron presentes como realidades clínicas durante el desarrollo de las entrevistas. También se observó la presencia de sentimientos de culpa e incertidumbre como respuesta a comentarios y actitudes de sobre involucración.

En cuanto al consumo, se evidenció un incremento notable de consultas por consumo de alcohol, y se pudo constatar también el aumento de la ingesta de psicofármacos sin prescripción profesional. En tanto que se redujo el consumo de cocaína y las consultas por juego patológico. Empero, en grupos minoritarios hubo un incremento del consumo de cocaína. Respecto al consumo de la marihuana no hubo cambios significativos en jóvenes, población en la que sí se evidenció un incremento en el uso de internet.

Asimismo, el aislamiento social, preventivo y obligatorio contribuyó a una reducción en los índices de adherencia a los tratamientos, y en algunos casos, condujo a un abandono prematuro y unilateral del tratamiento. Es de esperar que estas “pérdidas” de consultantes se traduzcan en una activación de la enfermedad o a la aparición de las recaídas, asociadas a un incremento de la emoción expresada a nivel familiar.

En ABRA, se realizan grupos de supervisiones que tienen el objetivo de perfeccionar el trabajo terapéutico y a su vez, brindar un espacio de contención y guía para el trabajador de la salud. En estos espacios, pudimos vincular el impacto de la pandemia con la práctica de los equipos de profesionales, evidenciándose una serie de indicadores, los cuales fueron divididos en dos grupos, a saber: 1. Indicadores emocionales: caracterizados por una sensación de incertidumbre, desesperanza y desmotivación vinculada a la continuidad de los tratamientos y al impacto que la pandemia tendría en la evolución de los pacientes. 2- indicadores instrumentales (conductuales): vinculados con el desafío de reorganizar las tareas profesionales desde el ámbito hogareño y a brindar tratamiento a través de las intervenciones basadas en internet.

Recomendaciones

De acuerdo a la experiencia recogida en ABRA, podemos proporcionar dos recomendaciones para los equipos terapéuticos. En primer lugar, a los fines de sostener los vín-

culos terapéuticos con los sistemas consultantes, es necesario flexibilizar los encuadres terapéuticos, utilizando la modalidad virtual (Botella Arbona, 2009) por parte de los diversos equipos interdisciplinarios. Los objetivos de trabajo establecidos se enfocaron primordialmente a reducir el nivel de EE (Emoción Expresada) del contexto familiar y promover el mayor grado de adaptabilidad y flexibilidad en la creación e implementación de nuevas reglas de funcionamiento para hacer frente al desafiante cambio de las rutinas y hábitos en el marco de una nueva convivencia. En segundo lugar, resulta imprescindible comprender que la pandemia como fenómeno macrosocial, impactó de forma directa sobre las esferas micro sociales, por lo que el proceso de aceptación al cambio como actores en salud se convierte en un imperativo ineludible y requiere del mayor grado de apertura y flexibilidad posible para estar a la altura de las nuevas demandas y exigencias de cuidado y de una buena calidad de asistencia.

Bibliografía

- Becerra, J. A. (2009). Evaluación de la emoción expresada: descripción de algunos de los instrumentos utilizados para su medida. 10º Congreso virtual de psiquiatría. Psiquiatría. Com. Disponible en <https://www.psiquiatria.com/psicologia/evaluacion-de-la-emocion-expresada-descripcion-de-algunos-de-los-instrumentos-utilizados-para-su-medida/>
- Becerra García, J. A. (2009). Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. Revista Salud y Drogas. Vol. 9, núm. 2, p. 209-221. Instituto de investigación de drogodependencias. Alicante. España.
- Botella Arbona C. (2009). Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Lección inaugural del curso. Universitat Jaume I.
- O'Farrell, TJ, Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, HSG (1998). Expresó emoción y recaída en pacientes alcohólicos. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66 (5), 744-752.
- Nizama Valladolid (2015). Innovación conceptual en adicciones. Artículo especial. Mexico.
- Sossa Rojas, A. (2010)., Michael Foucault y el cuidado de sí. Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico, Vol. 6, No. 2.

Capítulo 9

Impacto de la pandemia en un dispositivo ambulatorio para el abordaje de la patología dual

Débora Serebrisky

La pandemia

La pandemia por COVID-19, conocida también como pandemia de coronavirus, es una pandemia mundial, actualmente en curso, derivada de la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (Gorbalenya, A. E. et al 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020 y la reconoció como una pandemia el 11 de marzo de 2020, cuando informó que había 4291 muertos y 118000 casos en 114 países (OMS 2020). Para evitar la expansión del virus, los gobiernos impusieron restricciones de viajes, cuarentenas, confinamientos, cancelación de eventos y el cierre de establecimientos.

La pandemia ha tenido un efecto socioeconómico disruptivo (The Editorial Board, The NY Times, 2020). Durante 2020 y parte de 2021, aproximadamente un tercio de la población mundial fue confinada y se impusieron fuertes restricciones a la libertad de circulación (El Periódico de Extremadura, 2020), lo cual condujo a una reducción

drástica de la actividad económica (Heraldo de Aragón, 2020) y a un aumento paralelo del desempleo (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

Nuestro dispositivo

Muchos postulan que estamos viviendo en la era posterior a la modernidad, conocida como posmodernidad, caracterizada por el fin de las utopías junto a la caída de las esperanzas. Nos enfrentamos al cada vez más complejo desarrollo de las tecnologías de la información, la sobrevaloración de lo estético en detrimento del contenido, y el consumo desmedido, que conjuntamente van determinando la conducta del hombre.

En este contexto, las adicciones, la obesidad, la depresión, los episodios de angustia y los ataques de pánico, dan cuenta de la fragmentación del ser y la pérdida de su individualidad en una época que paradójicamente fomenta el individualismo.

No poder responder a las demandas que exige el mundo contemporáneo es una lucha entre incluidos y excluidos, en la que las fuerzas puestas en tensión ceden en perjuicio

cio de quienes no logran asistir al privilegio de pertenecer.

Para hacer frente a estas demandas, se han diseñado enfoques terapéuticos alternativos y de impacto a corto plazo, que, junto con los avances farmacológicos, intentan combatir las afecciones mentales de la actualidad.

El dispositivo que fundé y dirigí durante 15 años se llama NET21 (Nuevos Enfoques Terapéuticos para el siglo XXI); es un dispositivo ambulatorio, situado en el barrio de Almagro en CABA, que cuenta con un equipo interdisciplinario que incluye médicos, psicólogos, arte-terapeutas, consejeros en dependencias químicas, terapistas ocupacionales y acompañantes terapéuticos, trabajando en conjunto para ofrecer un abordaje complejo para personas con patología dual (la coexistencia de patología adictiva y otra patología psiquiátrica). Los abordajes complejos apuntan a brindar la mejor atención y contención posible para un paciente con problemas psiquiátricos, en el ámbito menos restrictivo posible, considerando las condiciones del paciente y su entorno.

Resulta importante destacar que la mayoría de nuestro equipo trabaja de manera conjunta en la institución hace muchos años, formando un grupo de trabajo consolidado, con comunicación fluida y fuertes lazos afectivos.

Consideramos que uno de los pilares de nuestro tratamiento es la comunicación entre los miembros del equipo, con el paciente y con la familia. Los miembros del equipo se reúnen semanalmente y entre esas reuniones hay comunicación de temas urgentes mediante un grupo de WhatsApp e informes de las consultas por mail. Todos los inte-

grantes del equipo tienen acceso a la historia clínica digitalizada.

Nuestro abordaje se ha desarrollado en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental (2010), que determina el “derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”.

Es importante tener en cuenta que el consumo repetido de sustancias psicoactivas afecta también las funciones ejecutivas, aquellas que permiten la autorregulación, la toma de decisiones o la planificación de posibles consecuencias. Esto hace que la persona con una adicción tenga dificultades para resistirse al deseo de consumir o para mantener la decisión de mantener la abstinencia, a pesar de las consecuencias negativas asociadas. De modo que hay casos en los cuales la mejor alternativa terapéutica es la internación (en clínica psiquiátrica o en comunidad terapéutica, según sea el caso), pero si el paciente reúne las condiciones necesarias para poder realizar un tratamiento ambulatorio intensivo, su pronóstico será mejor.

El rol de la familia en las etapas iniciales del tratamiento

Es frecuente que la familia consulte antes que la persona que tiene una adicción, posiblemente porque la negación de la problemática forma parte de la patología. En esos casos se trabaja con la familia para lograr que el paciente llegue a la consulta. No es raro que con la intención de ayudar a su familiar adicto ellos desarrollen comportamientos que en definitiva ayudan a mantener la adicción, evitando que el sujeto con adicción sufra las consecuencias de sus acciones. La modificación de esas conductas

puede hacer que el paciente acuda a un tratamiento. A veces se requiere de la intervención judicial para alcanzar dicho objetivo. Resulta imprescindible la participación del núcleo familiar en el proceso terapéutico, de modo que se toma en tratamiento a toda la familia, no sólo al paciente designado.

Todos los integrantes de la familia consultante deben ser atendidos por miembros de nuestro equipo terapéutico. El hecho de que algún miembro de la familia realice psicoterapia en forma independiente, no lo exime de su participación en nuestros dispositivos vinculares individuales o grupales. Estos pacientes suelen llegar al tratamiento en etapas avanzadas de su adicción, lo cual implica que la familia viene sufriendo las consecuencias de este cuadro durante largos años. Cuando el paciente empieza el tratamiento y se muestra más predispuesto al diálogo, los familiares aprovechan para plantearle todas sus quejas acumuladas, en un momento en el cual el paciente no puede lidiar aún con todo eso. Resulta de suma importancia nuestra intervención como equipo tratante para mediar entre el paciente y su familia, y evitar que estas quejas causen abandono del tratamiento.

Luego de una primera etapa de evaluación que suele durar entre 4 y 6 semanas se le entrega una devolución al paciente y a la familia, junto con una propuesta de tratamiento. En los casos que requieren una internación, nuestro equipo ofrece acompañar al paciente durante ese período para luego comenzar un tratamiento ambulatorio en nuestra institución. Si el paciente y la familia aceptan nuestra propuesta se firma un “contrato de tratamiento” a corto plazo, renovable. El contrato especifica los derechos y las obligaciones de cada una de las partes.

Uno de los aspectos contemplados en dicho contrato son las normas de convivencia para padres e hijos, cónyuges y otros convivientes. En el contrato se establecen claramente las consecuencias de su incumplimiento. Si no se llega a un acuerdo en esta etapa inicial, el tratamiento no comenzará.

Perfil de la población atendida

Nuestro dispositivo se especializa en el abordaje de personas con patología dual, lo cual implica un alto grado de complejidad. Los trastornos por uso de sustancias (TUS) entran en la categoría de trastorno mental grave (TMG).

La definición más consensuada de TMG es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (NIMH, 1987), e incluye tres dimensiones:

- 1. Diagnóstico
- 2. Duración
- 3. Discapacidad

1. Diagnóstico: Hay 3 categorías diagnósticas contempladas en esta definición.

1.a. Trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos y aquellas psicosis que aparecen en mayores de 65 años, al considerar que podrían recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos de Salud Mental).

1.b. Algunos trastornos de personalidad (la inclusión de los trastornos de personalidad sigue siendo objeto de controversia, aunque algunos de ellos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales que pueden persistir toda la vida).

1.c. Abuso de sustancias.

2. Duración de la enfermedad y el tratamiento mayor a 2 años. La gran mayoría de nuestros pacientes, por no decir todos, tie-

nen una duración de la enfermedad muy superior a los 2 años. Esto implica largos años de convivencia con síntomas difíciles de sobrellevar, y un gran desgaste del entorno.

3. Discapacidad: Se define como disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Estos pacientes suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

La gravedad de la patología dual está íntimamente relacionada con que la prevalencia de los TMG es más del doble en población que usó una droga ilícita durante el último año, que en la población que no utilizó (17.1% vs. 6.9%). Estos cuadros frecuentemente tienen mayor cronicidad y mayor complejidad, por lo que requieren tratamientos específicos y más prolongados.

Impacto del COVID-19 y el aislamiento social en el uso de sustancias

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se fue ajustando a una nueva realidad caracterizada por el COVID-19, la emergencia sanitaria y el aislamiento social obligatorio.

En ese contexto, el Observatorio de Adicciones y Consumos Problemáticos de la Defensoría del Pueblo bonaerense realizó un estudio cuantitativo y cualitativo para analizar algunos de los cambios en torno al uso de sustancias. El estudio se realizó a través de una plataforma online durante la primera semana de abril de 2020 y abarcó a 506 personas mayores de 18 años residentes en la provincia de Buenos Aires. En el mismo

mes se publicaron los resultados preliminares del estudio sobre consumo de alcohol, tabaco y estupefacientes durante la emergencia sanitaria por el COVID-19. Sus principales conclusiones fueron las siguientes:

- Casi el 21% de los encuestados que consumen sustancias -tabaco, alcohol, estupefacientes legales e ilegales- desde antes del aislamiento obligatorio, reconoce haber aumentado su consumo durante la cuarentena.
- Entre los que reconocen haber incrementado el consumo, los indicadores más elevados se dan entre quienes beben alcohol (36,5%) y fuman tabaco (40%), y le siguen quienes consumen antidepresivos o ansiolíticos.
- Si bien parece ser menor el porcentaje de personas que dicen haber experimentado con nuevas sustancias durante el período de aislamiento, creemos que es un dato que no debe pasar desapercibido: estamos hablando de 23 personas sobre un total de 506 que participaron del estudio. Nos está dando la pauta de una problemática que empezó a aparecer de forma incipiente.
- Casi la mitad de quienes experimentaron con nuevas sustancias (48%) reconocen que se le hará muy difícil dejar este consumo que, en la mayoría de los casos, está vinculado al alcohol, al tabaco y a los antidepresivos.
- Otro dato a tener en cuenta es que una enorme mayoría de quienes recurren a las sustancias reconocen que ese consumo impacta negativamente en sus relaciones interpersonales, en un contexto donde resulta de vital importancia poder mantener la tolerancia y la convivencia pacífica dentro de los hogares.

Un grupo de investigadores del CONICET en el Instituto de Investigaciones Gino Ger-

mani (IIGG), realizaron un relevamiento para conocer cuánto alcohol se bebía antes y cuánto durante la cuarentena. La encuesta, que circuló de manera online entre el 4 y el 8 de mayo, llegó a casi cinco mil personas de 18 años o más que cumplían entre 45 y 50 días de cuarentena en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Los investigadores informaron que durante la cuarentena crecieron los dos polos de la frecuencia de consumo: se duplicó el número de quienes no toman bebidas alcohólicas y se triplicó la cantidad de personas que toma todos los días. Esa multiplicación del número de personas que afirman consumir bebidas alcohólicas se registró, con mayor énfasis, en el grupo de 35 a 44 años, entre quienes casi se cuadruplicó (de 4.6% a 18.1%). Quienes consumieron alcohol durante la cuarentena dieron cuenta del aumento en ciertas bebidas, especialmente el vino (el 40% de estas personas aumentó el volumen consumido) y la cerveza (en el 25% de los casos). Entre las razones para tomar más alcohol, prevalecen las que suponen una desorganización del tiempo (42.2% porque tienen más tiempo libre y 29.4% por la falta de una rutina estable) y la afectación emocional provocada por la cuarentena (33.6%). Y quienes afirmaron estar consumiendo menos alcohol durante la cuarentena (los jóvenes), señalaron mayoritariamente la falta de salidas o eventos sociales (70%).

Nuestra experiencia

En nuestra institución, la mayoría de los pacientes que habían comenzado a realizar un tratamiento ambulatorio por sus adicciones antes de la pandemia, aceptaron pasar al formato virtual cuando comenzó la cuarentena y lograron continuar con su tratamiento a pesar de las circunstancias.

La situación fue distinta en el dispositivo especial que tenemos para médicos con adicciones. Ese grupo, que fue uno de los más vulnerables en esa época, tuvo especiales dificultades para continuar con su tratamiento durante la pandemia.

Cuando empezó la pandemia, tras el desconcierto inicial, no tardaron en aparecer las secuelas emocionales entre los equipos de salud. La necesidad de enfrentarse desde la primera línea a una enfermedad desconocida y devastadora los afectó especialmente. Muchos pasaban días sin dormir. Solían llorar antes de la guardia, durante y después. Era frecuente que experimentaran una sensación de terror y desesperanza.

Más de un tercio de los médicos ha contemplado la idea de colgar la bata a raíz de su experiencia durante la pandemia. Así lo corrobora el estudio “Repercusiones del Covid-19 sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos de España”, realizado por la Fundación Galatea (2021), la Organización Médica Colegial (OMC), el Colegio de Médicos de Barcelona, Mutual Médica y las profesoras Núria Mas, de IESE Business School, y Judit Vall, del Institut d’Economia de Barcelona (IEB-UB).

El estudio, que contó con la participación de 4.515 médicos españoles, ofrece una fotografía detallada del problema: el 51% de los facultativos afirmó sentirse “sobrepasado”, 6 de cada 10 sufrieron el síndrome de burnout o del trabajador quemado y un 29,4% admitió consumir tranquilizantes o hipnóticos para tratar aflicciones psicológicas como el estrés, la ansiedad, el insomnio o la depresión. Un 27% dormía menos de seis horas, el doble de profesionales que antes de la pandemia, y un 23% creía que ahora su salud es mala o regular.

En general, entre los médicos que estaban en la primera línea de la atención sanitaria durante la pandemia, se pudo constatar un empeoramiento importante de diversos indicadores de la salud entre el momento previo a la crisis ocasionada por la aparición del coronavirus y los meses de la primera ola de la pandemia o de la segunda. Una vez superados estos momentos de sobrecarga de trabajo, los indicadores de salud de los médicos mejoraron respecto al peor momento de la crisis, pero no volvieron a los valores anteriores, de manera que los profesionales tuvieron que afrontar cada nueva ola sin haberse recuperado de la anterior, o sea que esta población padeció de empeoramientos que se fueron acumulando de oleada en oleada.

Estos profesionales, al mismo tiempo que se sentían abrumados también se sentían muy necesitados. Esto los llevaba a sobreexigirse aún más y generaba un círculo vicioso. Ya hace tiempo fue descripto “el síndrome del superhéroe”:

1. Sentimientos de grandiosidad u omnipotencia: la idea de poder con todo y tener una capacidad superior a la de cualquier ser humano en el afrontamiento de situaciones vinculadas a su trabajo.

2. Creencia de ser imprescindible, lo que genera estrés y una imposibilidad para delegar en los demás, derivando en una elevada asunción de tareas y responsabilidades.

3. Irritabilidad y enojo producto de pensamientos irracionales que los llevan a creer que todo el peso acaba recayendo siempre sobre él/ella, ya que los demás no saben hacer bien su trabajo.

4. Agotamiento físico y emocional.

Nuestros pacientes médicos que padecen adicciones se sintieron convocados a “salvar

el mundo” en detrimento de su propia salud. Los grupos más afectados por este problema han sido las mujeres, los interinos y los profesionales de primera línea, que además son los que menos se recuperaron después del pico.

Según el estudio español, los hábitos de vida de los médicos españoles han experimentado una evolución negativa a lo largo del 2020 tanto en el consumo de alcohol, que ha aumentado, como en la realización de actividad física, que ha descendido. Un 14% de los profesionales son fumadores habituales u ocasionales (menos de un cigarrillo al día), cifra que no ha variado a lo largo del último año. El consumo excesivo de alcohol por parte de los médicos es bajo. Afecta en estos momentos al 7% de los profesionales y ha aumentado entre el momento previo a la crisis (4,1%) y el posterior. Y esto es así en todos los grupos sociales (sexo, edad y territorio). La realización de actividad física experimentó un descenso importante entre el momento previo al coronavirus, cuando casi la mitad (48,5%) practicaba bastante o mucho ejercicio, y el posterior, momento en que sólo un 28,4% lo hacía. Esto fue así en hombres y mujeres, en todos los grupos de edad y en todos los territorios considerados.

En nuestra experiencia, los médicos de CABA han sido afectados de manera similar. Esto, sumado al frecuente abandono de los tratamientos, ha afectado de manera muy negativa su salud.

Consideramos que esta población debe ser cuidada especialmente, ya que son los más vulnerables y quienes cuidan de la salud de los demás.

Conclusiones

Los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad en todo

el mundo, sin que haya evidencia de una disminución de esta carga desde 1990. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental sigue siendo una prioridad. Resulta fundamental comprender cómo ha impactado la pandemia en la prevalencia y carga de los trastornos mentales a partir de 2022 para que los diferentes países puedan adaptar su respuesta de salud mental en consecuencia.

En el mes de cierre de este libro (diciembre de 2022) la Organización Mundial de la Salud señaló que espera que el COVID-19 deje de ser emergencia de salud pública en 2023, ya que ha dejado atrás su fase más peligrosa.

Los sistemas de salud prepandémicos funcionaban mal en términos de calidad de la atención, eficiencia y equidad. Muchos también presentaban deficiencias estructurales y poca resiliencia ante las crisis, como se pudo evidenciar. Los efectos de la pandemia sobre la salud han sido sustanciales y tendrán repercusiones a largo plazo. La mortalidad y morbilidad relacionada con el COVID-19 fueron considerables y distribuidas de manera desigual, afectando más a los más vulnerables, dentro de los cuales se encuentran los pacientes con enfermedades psiquiátricas y por supuesto, quienes padecen de patología dual.

Se calcula que la pandemia ha incrementado entre un 25 % y un 27 % la prevalencia de la depresión y la ansiedad a escala mundial. Los tratamientos y cuidados siguen siendo escasos, inadecuados, inaccesibles o demasiado caros, y la estigmatización extendida disuade a las personas de buscar ayuda.

Recomendaciones

1. Resulta fundamental realizar relevamientos de datos en la población de los profesionales de la salud para poder conocer su situación y así brindarles tratamientos específicos.

2. En el caso de profesionales sintomáticos, debería considerarse el otorgamiento de jornada laboral reducida o de licencias médicas para disminuir los niveles de estrés y permitir el abordaje de la problemática en cuestión.

3. Sería de gran ayuda la implementación de “Grupos Balint” (u otros grupos terapéuticos) en los hospitales y clínicas. Los grupos Balint, creados por Michael y Enid Balint en Inglaterra en 1953, tienen como objetivo estudiar las relaciones médico-paciente. Se trata de grupos de médicos y otros profesionales sanitarios (8-12 personas) que se reúnen regularmente durante un tiempo de 2-3 años, para discutir problemas que se encuentran con sus pacientes, en particular durante los seguimientos a largo plazo y frente a síndromes médicamente inexplicables.

Bibliografía

- Gorbalenya, A. E.; Baker, S. C.; Baric, R. S.; de Groot, R. J.; Drosten, C.; Gulyaeva, A. A.; Haagmans, B. L.; Lauber, C.; Leontovich, A. M.; Neuman, B. M.; Penzar, D.; Poon, L. L. M.; Samborskiy, D.; Sidorov, I. A.; Sola, I.; Ziebuhr, J. (2020) «Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses - a statement of the Coronavirus Study Group». bioRxiv (en inglés). doi:10.1101/2020.02.07.937862. Consultado el 11 de febrero de 2020.
- Ley 26657 de 2010. Ley nacional de salud mental. 25 de noviembre de 2010. B.O. No 32041.
- OMS (2020), «Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020». Organización Mundial de la Salud (OMS). 11 de marzo de 2020. Consultado el 27 de marzo de 2021.
- The Editorial Board of The NY Times, 2020. «Here Comes the Coronavirus Pandemic: Now, after many fire drills, the world may be facing a real fire». Editorial. The New York Times. 29 de febrero de 2020. Consultado el 1 de marzo de 2020.
- El Periódico de Extremadura, 2020. «Un tercio de la población mundial, confinada por coronavirus». El Periódico de Extremadura. 24 de marzo de 2020. Consultado el 28 de marzo de 2020.
- Heraldo de Aragón, 2020. «El FMI alerta que el covid-19 llevará al mundo a una recesión como la de 1930». Heraldo de Aragón. Consultado el 24 de abril de 2020.
- Organización Internacional del Trabajo, 2020. «El COVID-19 podría cobrarse casi 25 millones de empleos en el mundo, afirma la OIT». Organización Internacional del Trabajo. 18 de marzo de 2020. Consultado el 24 de abril de 2020.
- <https://defensorba.org.ar/pdfs//informes-tecnicos-upload-2019/consumo-de-alcohol-informe-final.pdf>
- Fundación Galatea (2021), Repercusiones de la COVID sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos y médicas de España. Febrero 2021. <https://www.fgalatea.org/Upload/Documents/9/2/9242.PDF>

Capítulo 10

Un tiempo conmovedor

Lic. Silvia Smazanovich

La pandemia fue el acontecimiento inesperado. Espacio y tiempo se vieron brutalmente alterados. El encierro en las casas se impuso. La pandemia y el necesario confinamiento resultaron un impacto conmovedor. Nada se sabía. Diversas teorías fueron surgiendo como defensa ante ese real sin medida. Algunas conspirativas, otras de orden místico.

El tiempo de salida era una promesa que se postergaba cada mes. Los mensajes de las autoridades políticas y sanitarias se hacían presentes en los medios, con cierta frecuencia, dando cuenta del estado de situación. Las medidas de seguridad variaban de acuerdo a los vaivenes. Predominaba el desconcierto. La pandemia fue un acontecimiento que nos encontró viendo a diario estadísticas de contagios y muertes. Lo mortificante se presentaba en una propagación sin límites. Las problemáticas de las personas se redujeron, casi en su totalidad, al sacudimiento del coronavirus. La vacuna era un sueño no palpable a corto plazo.

Se trató de un tiempo con empuje a la normalidad, es decir, a sostener, del modo que sea, los planes previstos. Fue notable la dificultad para dar lugar a la elaboración del trauma, a dejar pasar por el cuerpo,

cada uno a su tiempo, los efectos de ese imprevisto de dimensiones inimaginables. El encuentro con ese real que significó la presencia del virus y sus consecuencias, fue dando lugar a entramados sostenidos en la lógica del discurso amo, o sea, un discurso segregativo, que se erige portador del saber, rechazando al otro con sus diferencias. Un nuevo argumento para un tema, el de la segregación, propio de las políticas de masas.

Se trató de un tiempo que dio lugar a la invención de nuevos lazos sociales, poniéndose de manifiesto conmovedores actos solidarios en agradecimiento al personal de salud por la tarea que estaban llevando a cabo, manifestado en aplausos, cantos, carteles, etc. Y su contracara, el rechazo que sufría ese mismo personal por parte de los vecinos, no aceptando la convivencia por temor al contagio. Aplausos para los “héroes”, a condición de que se mantuvieran lejos.

Las redes sociales tomaron protagonismo a la hora de compartir cómo cada quien se las arreglaba en ese tiempo de confinamiento. Sin duda, la tecnología tomó la delantera.

Se trató de un tiempo donde las fotografías de una ciudad deshabitada transmitían una extraña belleza.

Se trató de un tiempo donde las celebraciones y encuentros sociales empezaron a organizarse en el zoom y algunas otras plataformas que fueron apareciendo. Además de esos inimaginables poco tiempo atrás, se dio lugar a otro tipo de intercambios virtuales.

Se trató de un tiempo donde las propuestas de cursos y clases en la web empezaron a crecer, a abundar, a abrumar. Ya no solo se podía acceder a las propuestas nacionales sino a las internacionales también. La vida frente a la pantalla tomó preponderancia.

En el inicio del confinamiento, la práctica en el consultorio fue interrumpida. Nadie podía salir de sus casas. Eso incluía a los profesionales de la salud. No tardaron en otorgarse permisos a lo que se consideraba esencial, lista que se fue ampliando a medida que la sociedad se ponía en movimiento.

Pero antes de que esos permisos llegaran, el consultorio había sido cuestionado. ¿Podía llamarse consultorio solo al espacio físico en el que solíamos atender, o empezaba a tratarse del espacio posible donde se desplegaba una consulta? Los tratamientos fueron retomando sus cursos de modo remoto, a través de llamados telefónicos, mensajes escritos, video llamadas, zoom y otras opciones que en la virtualidad se fueron desarrollando.

Explorar y extraer las consecuencias de esta práctica novedosa sigue siendo el desafío. Entre otras razones, ese es el esfuerzo que este libro propone: el de dar cuenta de la práctica y sus consecuencias en tiempos de pandemia.

Una primera orientación fue la decisión de no consentir al imperativo de “no perder”: no perder clases, espacios de formación, tratamientos, etc. En tanto la transferencia

con esos espacios existiera, el impasse sería entonces una experiencia a la que era conveniente darle lugar. Aposté al poder hacer con el trauma que golpeó. Me orienté por lo real, dando lugar a esa irrupción, totalmente singular, del golpe del trauma y sus efectos. Operé desde allí, acompañando las soluciones singulares, por más insipientes que se presentaran, esas posibles de pescar en la escucha y lectura de cada caso.

Me propuse esperar, con paciencia, el llamado de cada paciente, en una apuesta por acompañar la elaboración de cada quien. De ese modo, con prudencia, fue posible ir localizando aquello que hace a la diferencia absoluta del modo de acceso y reacción al traumatismo.

Para el psicoanálisis no hay trauma común, sino que se trata de cómo cada sujeto responde al trauma social y de cómo, en cada uno, eso agita el trauma original y singular, y su propia respuesta subjetiva.

El trauma es siempre dos tiempos: Un primer tiempo donde se produce el topetazo con el agujero, el de la no relación sexual, el de la falta de complementariedad, el agujero de lo que no se sabe. Y un segundo tiempo, el del encuentro con un goce inasimilable; un goce no asimilable por el significante en tanto sentido. Excedente que, activado a posteriori, orienta sobre la marca del encuentro traumático acontecida en el primer tiempo.

Entonces la pandemia se trató de un tiempo en el que, a partir de esta contingencia, fue necesario estar atentos a no aplanar el trauma de los sujetos al sentido común del trauma. Las respuestas fueron llegando, también las de los pacientes que no llamaron. Otros demoraron en hacerlo. Estuvieron quienes se asomaron a través de mensajes

o audios, para asegurar la permanencia del lazo terapéutico. Ciertos pacientes retomaron las sesiones con imagen. Otros sin imagen. A otros fue conveniente convocarlos, manifestar un acto de presencia. Las transferencias se pusieron a prueba. Algunos, los menos, no se volvieron a comunicar. Otros, pacientes de otros tiempos, que habían concluido sus tratamientos o que lo habían interrumpido por diversas razones, hicieron su reaparición, preguntado por la posibilidad de retomarlo. La transferencia orienta. La pandemia nos enseñó algo más al respecto.

Transferencia es un concepto que retoma Lacan de la enseñanza de Freud, dándole algunas vueltas más a lo largo de su obra. No me voy a detener en ese desarrollo pero sí en señalar que, ya en su Seminario 1, nos plantea la transferencia como una presencia que se experimenta (Lacan, 1954). El analista testimonia, con su presencia de carne y hueso, aquello no simbolizable del goce.

Cómo tocar ese goce fijado, por dónde sorprender el cuerpo y conmover en él algo distinto al sentido, es el gran desafío que nos fuerza a los analistas a traspasar las pantallas, ya no las de las defensas simbólicas - imaginarias sino las que, paradójicamente, hacen posible los tratamientos.

Lo que antes era una excepción, me refiero a los tratamientos en forma remota, a partir del confinamiento se volvió un recurso con el que poder contar. Contar y cortar. Los cortes también cortaron con su lógica. Al pasar de la excepción a estos otros modos de tratamiento posibles, se hizo necesario incorporar, en las intervenciones, las malas señales de wi fi, las interrupciones en la comunicación, etc. O sea, fue necesario pensar cómo hacer de las fallas, medios posibles, varia-

ciones en la comunicación que sean viables para el surgimiento de algo nuevo. Refiriéndonos al corte, la dificultad en los cortes, límites, distancias, fue una problemática insistente en los tratamientos. La convivencia forzada, la de las parejas, la de los padres con sus hijos, la de la intimidad y el trabajo, la del colegio y la dinámica familiar, esa complicación en la distancia, se impuso. Un continuum que incorporó una novedad, la de tener que resolver separaciones que anteriormente se lograban en las distancias físicas, los espacios, los horarios. Esta novedad nos proporcionó un campo de interés a la hora de operar sobre el armado de los lazos, tema central en la problemática que nos convoca.

Nos encontramos en la clínica con casos donde el confinamiento, a solas, fue un alivio. Las complicaciones propias de los lazos sociales, de lo que no funciona en ellos, de lo que no encaja y desencaja, fue quedando de lado. Y sabemos que, en gran medida, las adicciones son una problemática de lazos. Es conocido el aforismo de Jacques Lacan (1974), "No hay relación sexual". Esta tesis, formulada en su Seminario, refiere a la imposibilidad natural de complementar con el otro, a partir de la inmersión en el lenguaje. El lenguaje parasita al ser vivo y lo vuelve absolutamente singular. En esa torre de babel en la que estamos, es posible construir puentes, entre unos y otros, formando lazos sociales, comunidades de intereses, etc. Pero esto solo es posible a condición de soportar las diferencias. Que el otro no dé lo que se espera de él, que no esté donde se lo quiere encontrar, que pueda faltar, poder fallar, en fin, el encuentro con el desencuentro, con el desajuste estructural, si no se lo soporta, desencadena las pasiones y los con-

sumos que buscan como efecto hacer existir la relación sexual.

Ante la perplejidad de lo que estaba sucediendo, la salida que encontramos algunos psicoanalistas fue pensar con otros y escribir. Así surgió en la Escuela de la Orientación Lacaniana un boletín llamado Discontinuidad, donde los colegas intercambiamos las experiencias novedosas en las que estábamos sumergidos, un espacio donde fue posible formular interrogantes y ensayar articulaciones. Otras escuelas e instituciones también hicieron lo suyo, inventando dispositivos que permitieran sostener el hacer profesional y la conversación con colegas.

Sobre el tema de la práctica en pandemia se formaron varios carteles. Un cartel es un dispositivo inventado por Lacan, definido en el Acta de Fundación de la Escuela francesa de Psicoanálisis. Se trata del trabajo de investigación sostenido en pequeños grupos, de tres a cinco personas, “Mas Una encargada de la selección, de la discusión y del destino que se reservará al trabajo de cada uno.” Así, entre los encuentros grupales, es esperable la producción escrita a solas.

Tuve el gusto de formar parte de uno de ellos en esos tiempos de cruda pandemia, cuyo tema a trabajar fue la presencia del analista, qué amistad existe entre la presencia en carne y hueso, y la virtual. De ese cartel surgieron algunos textos, uno de los cuales presenté en una jornada. Lo titulé Una construcción en pandemia. A continuación, retomaré de allí algunos puntos.

- Conceptos cruciales de nuestra práctica volvieron a ser investigados: presencia del analista, cuerpo real, objeto, dispositivo, silencios, cortes, en fin, hasta lo que nombramos como consultorio fue vuelto a pensar.

- Con el confinamiento, los andamiajes en los que sostuvimos nuestra práctica sufrieron un simbronazo. Se impuso un momento de detención. Los dispositivos de la tecnología tomaron protagonismo como recursos con los cuales contar. Hubo que decidir cómo retomar la práctica, cómo sostener las transferencias. Las diferencias se hicieron notables.

- Dónde ubicarse para intervenir es una pregunta siempre viva en un analista, que aviva. Dejarse tomar, soportarse como objeto en el fantasma del paciente, permite reintegrar, con alguna diferencia, algo de la relación que el sujeto establece con el mundo.

- La Tercera es un escrito clave en la enseñanza de Lacan. Allí plantea que cuando el analista está bien ubicado, le puede ofrecer al paciente lo que constituye la causa de su deseo. Lo dice así: “Si lo atrapas bien- al objeto del cual uno es soporte- podrás responder a lo que constituye tu función: ofrecérselo a tu analizante como causa de su deseo” (Lacan, 1974).

- ¿Por qué es importante esta cuestión del objeto a la que vengo haciendo referencia? Sencillamente puedo decir, porque es el objeto con el cual el sujeto se relaciona. Conocidos son los freudianos: oral, anal, fálico. Y otros dos fueron incorporados por Lacan: voz y mirada. Objeto puesto en juego en el partenaire, ya se trate de una pareja, trabajo, en fin, los objetos que arman la vida de las personas. Objetos con los cuales, en esta clínica del vacío que nos convoca, se intenta llenar el agujero estructural. Y es allí, en esa relación siempre fallida, que radican las dificultades en los lazos. El toxicómano guarda ese objeto en el bolsillo, la droga, haciendo uso de él para taponar el agujero que las dificultades en la vida le dejan expuesto. Esa es su solución, a un costo altísimo. El obje-

to cumple la función de taponamiento y, en ese acto. Aplasta su deseo. El tratamiento apuesta a que algo puede ceder, una cesión del objeto para que otra relación posible al objeto. Se trata de hacer pasar el objeto en función de taponamiento a la función de causa. Es decir, recuperar el objeto como causa de deseo. Para ello el analista intenta, cuando el paciente da su consentimiento (no el formal sino el deseo de tratarse), ubicarse en el lugar de ese objeto en cuanto a la función que cumple en el sujeto. Desde allí fallar, calculadamente, de un modo que el paciente pueda soportarlo, buscando otra solución posible al encuentro con lo que no funciona, con lo que no encaja, con el vacío que nos constituye.

- Los puntos hasta ahora señalados, en la formación del analista, se pueden enseñar. Ubicarse en el lugar del semblante de “objeto a”, se puede aprender, especialmente en la lectura de cada caso. Pero no es suficiente: “hay que estar dotado” (Lacan, 1974). Aquí nos encontramos con lo que no se puede enseñar, en parte, porque “La esencia de la teoría psicoanalítica es un discurso sin palabras” (Lacan, 1968). ¿Cómo estar inmerso en él? Eso no se puede enseñar. Es en el propio análisis, en el análisis de control de la práctica y en la formación que cada quien va tejiendo, donde cada analista podrá ir ubicando los efectos de ese recorrido, los momentos de transformación en su posición y las consecuencias en su práctica. Estar dotado, entonces, refiere a ese algo que no es transmisible.

- En La tercera (Lacan, 1974), se refiere al “objeto a” como aquello “que hiende al sujeto...”. Es la experiencia que vivimos en la pandemia. Un extranjero se nos presentó por sorpresa. No teníamos recursos ni respuestas para vérnosla con eso, no solo con

el virus sino con eso que nos habita, haciéndose presente de modo inesperado, por fuera de todo cálculo. Esta referencia me evoca a Cortázar, en el famoso capítulo 93 de Rayuela: “Como si se pudiera elegir en el amor. Como si no fuera un rayo que te parte los huesos y te deja estaqueado en la mitad del patio. Vos dirás que la eligen porque la aman, yo creo que es al verse.” Exquisita manera de referirse a lo real. Pero no se trata de quedarse estaqueado frente a un analizante, aunque pueda suceder, sino de contar con lo que tenemos, con lo que hace falta.

- Todo esto nos importa en relación al sujeto que consulta por lo que no marcha; consulta por los palos en la rueda que se le presentan en el andar de su vida. El analista no busca quitárselos; los lee. Sabe que hay en ello lo que puede salvarlo. Si la finalidad del discurso amo es que las cosas marchen, la del discurso del analista es entorpecer esa marcha sosteniendo el lugar síntoma. Es el derecho al síntoma y lo que de él nos salva como sujetos. No es poco en este mundo de la medicalización excesiva, la automedicación y la búsqueda de solución por los consumos, preservar lo que podemos ubicar como señal de alarma, dolor que advierte sobre lo que no anda, angustia que posibilita la transformación de lo que ya no funciona de una buena manera.

- Algo más sobre el valor del síntoma. “El síntoma es lo que viene de lo real” (Lacan, 1974). Se presenta en el campo simbólico-imaginario buscando sentido; es el pcecito con la boca voraz. Si el analista se ubica en el lazo analítico como semblante de objeto, intervenir tendrá que ver con darle un sentido a ese síntoma del cual el analista toma partido, un sentido por lo real, apostando a un pasaje a otra cosa, a otra relación posible con el síntoma. En eso radica

la orientación por lo singular. La operatoria analítica será la posibilidad de revelar el objeto, nodal, como causa y no como objeto a ser atrapado.

Fuimos convocados, por una contingencia, a volver sobre nuestra práctica. Dóciles a la virtualidad, nos dejamos enseñar, con otros, respecto de cómo afectar de la buena manera a quienes nos consultan, algunos por primera vez, en tiempos de confinamiento. “El psicoanálisis no es un progreso. Es un sesgo práctico para sentirse mejor” (Lacan, 1976). Siguiendo esa indicación, sin retroceder, tendremos que sostener la creatividad para poder responder al malestar en la cultura y en especial, al del sujeto que nos consulta, con un Whatsapp, un mail, o un llamado telefónico.

Conclusiones

Para concluir, en estos tiempos del empuje al consumo, donde las adicciones toman la delantera, es importante dar lugar a la falta, esto es, preservar el deseo de no quedar aplastado en la demanda asfixiante del Otro. La falta es deseo. En esta clínica del vacío,

esa donde el objeto cumple la función de tapón, se trata de reivindicar la función de la falta, y al objeto como causa de deseo.

Esa es la paradoja de los consumos problemáticos: por un lado, el consumo de drogas pone cierta distancia, fallida, respecto de la demanda del Otro. Es un alivio a las demandas superyoicas. Pero por el otro, el sujeto queda aplastado al taponar la falta, es decir, su deseo, con los objetos cada vez más a mano en la sociedad del consumo.

Recomendaciones

Entonces, frente a las complicaciones a las que esta clínica nos enfrenta, no hay que retroceder. Se trata de articular los recursos, las diferentes funciones que cumplen los profesionales de salud comprometidos en cada caso, armar redes teniendo en cuenta las transferencias de quienes nos consultan, para acompañar a los sujetos en su decisión, aunque sea incipiente, de ponerse un límite respecto de lo mortífero que lo habita para dar lugar a lo vivo que hay en su ser.

Bibliografía

- Lacan, J. (18 de noviembre de 1953 al 7 de julio de 1954) El Seminario. Los escritos técnicos de Freud. Ed Paidós. Buenos Aires. 1975.
- Lacan, J (1974) La Tercera. Revista Lacaniana N18. Publicación de la Escuela de la orientación lacaniana. Junio 200, pág.15
- Ibid. Pág. 15
- Lacan, J (13 de noviembre 1968 al 25 de junio de 1969) Seminario 16, De un Otro a otro, Cap.1 pág 14 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2011
- Lacan, J (1976) Seminario 24 L'insu que sait de l'une bévue s'aile a mourre. Inédito

Estrategias para la videoconsulta en la comunidad terapéutica

Dra. Laura Alasia.

Psiquiatra. Directora médica del Centro de investigación, prevención y tratamiento en adicciones “La casona”.

Lic. Marcelo González.

Psicólogo. Director terapéutico del Centro de investigación, prevención y tratamiento en adicciones “La casona”.

Introducción

El quiebre de la cotidianeidad¹ que implicó el inicio de la cuarentena durante el mes de marzo del 2020, en la Argentina, repercutió en nuestros quehaceres y si bien al principio nos paralizó, en especial durante los primeros meses, rápidamente entendimos que era necesario generar respuestas creativas e innovadoras al desafío que nos planteaba el momento. En este sentido durante los meses de mayo y junio fuimos avanzando en reuniones del equipo de trabajo para profundizar en nuevas modalidades que nos permitieran sostener los programas terapéuticos vigentes, pero esta vez, a partir de instancias remotas. También intercambiamos pareceres con otros equipos de trabajo y participamos en foros de discusiones con distintas instituciones y colegas.

Este momento inicial exploratorio de intercambios de experiencias nos permitió re-posicionar conceptos y puntos de vista que hasta ese momento no lo habíamos ni siquiera considerado. Es que históricamente, la práctica psicopatológica se circunscribió a un campo de interacción constituido a tal efecto, donde el operador, terapeuta, desenvolvía sus competencias en un ambiente controlado, conocido y acotado temporalmente. Precisamente esas variables, en esta otra modalidad, que vamos a denominarla a partir de ahora “modalidad distal”, se modificaban radicalmente otorgándole a la práctica en sanidad mental otras características y nuevos encuadres, muchas veces desconocidos por nosotros mismos, con las cuales ejercer nuestras profesiones.

¹ El quiebre abrupto de lo cotidiano siempre es un evento que moviliza, y puede ser incluso vivenciado como “traumático”, más aún cuando se extiende temporalmente. Perder las referencias del día a día implica un arduo trabajo sobre los propios recursos para reacomodar sentidos, ansiedades, expectativas y actividades. De este modo, hay quienes lo han vivido como oportunidades, mientras que otros lo han sufrido como un verdadero contratiempo. Por otro lado, respecto de los trabajadores de la salud mental resultó además una “herida narcisista” a sobrellevar, es que de pronto, nuestras profesiones pasaron a ser consideradas no esenciales, por lo tanto, prescindibles. Mucha de estas quejas y contrariedades se escuchaban insistentemente al inicio en los foros con colegas donde tratábamos de entender que quería decir eso con exactitud. Profundizar sobre este aspecto es una tarea pendiente y necesaria, aunque excede el marco de los objetivos del presente informe.

Es decir, la tarea inicial era doble, por un lado, de carácter conceptual, que nos obligaba a reconocer nuevas definiciones frente a los inusitados contextos, que, por otra parte, amenazaban con extenderse en el tiempo; mientras que, por otro lado, nos exigía plantearnos una nueva praxis terapéutica asentada sobre lo disponible, esto es el uso de las tecnologías distales. A continuación, esbozamos brevemente algunas de las definiciones que se fueron logrando a lo largo de más de un año y medio de trabajo, para posteriormente presentar las modalidades específicas que pusimos en marcha con el fin de sostener los distintos programas de intervención en materia de rehabilitación en adicciones².

Desarrollo

Redefiniciones conceptuales: de una clínica de la presencialidad a una distal

Operar en términos de una modalidad distal es concebir otra psicopatología por varias razones, algunas de las cuales vamos a ir apuntando y desarrollando brevemente a continuación, aclarando desde el inicio que cada una de las postulaciones siguientes todavía hoy es materia de revisión y profundización, es decir, de la lectura atenta de una práctica que se va pensando a sí misma mientras ocurre.

a) Consideraciones desde la peculiaridad del participante:

“El paciente no se mueve de su casa”. Esta característica de la modalidad distal genera por sí mismo un cambio copernicano en el

concepto de la terapéutica psicopatológica. Es que para la clínica tradicional el espacio terapéutico es una zona ficticia creada para disponer de un tiempo de reflexión – o atención – acerca de una problemática vivenciada como tal. Es como una prótesis de la propia territorialidad, por lo general, inicialmente desconocida por el usuario, y a la que tiene que adaptarse con todas las características del ambiente que propone el terapeuta: colores de las habitaciones, cuadros colgados, olores de los espacios, formas de los muebles, decoraciones, ruidos, entre otros tantos.

Pues bien, en la terapia distal nada de esto ocurre. El participante no sale de sus espacios conocidos, incluso acondicionados por él mismo, o por la inercia de la cotidianidad. Los lugares desde donde el paciente se conecta con un terapeuta son los espacios típicos de su propia intimidad. Aquellos donde desenvuelve cada uno de los aspectos relacionados tanto con su salud como con su enfermedad, si tal es el caso.

Respecto de este tópico en particular no hay ruptura, sino que hay continuidad en relación con las propias dinámicas de la vida diaria. “Me pienso desde donde vivo”, dice el usuario. Y esto mismo le otorga a la modalidad distal una potencialidad formidable a la vez que amplifica los riesgos de fracaso en términos de intervenciones. Por lo cual, el espacio distal resulta mucho más ambiguo e inestable que el espacio presencial. Ahora bien, ¿esto es un obstáculo? Sí, pero sola-

2 “La casona” es un Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento Polimodal en Adicciones ubicado en la ciudad de Resistencia, Argentina, donde venimos desarrollando desde hace aproximadamente una década un enfoque muy particular en psicopatología de las adicciones que hemos denominado psicointeracción, explicitado en diferentes artículos (2020) y en una publicación, Psicoterapia en Adicciones, editado por los autores en el año 2018. Brevemente, el enfoque consiste en abordar la psicoterapia en función de cuatro planos simultáneos de trabajo: los grupos primarios, los grupos secundarios, la corporalidad y la clínica psicológica. El abordaje se realiza desde un equipo y se trata de una intervención que promueve acciones desde la complejidad a partir de metas y resultados que puedan ser evaluados periódicamente

mente en la medida que no lo podamos trabajar como insumo, detectando los límites y potencialidades del trabajo sobre el propio ambiente. En este sentido estamos aprendiendo a una velocidad sostenida, tanto participantes como terapeutas, respecto de lo que implica esta modalidad en términos de posibilidades.

La fórmula conceptual por trabajar en este punto es “el paciente se mueve desde su casa”. De este modo podemos visualizar de mejor manera tanto la actividad del usuario como la actividad del proceso que hemos puesto en marcha. La del participante no es una actitud pasiva, y precisamente su entorno es la fuente de sus principales actividades cotidianas, con lo cual, inmersos en esa zona de trabajo, en ese campo de fuerza (K. Lewin, 1978) podemos operar, de tener herramientas conceptuales y técnicas adecuadas, casi idealmente en términos terapéuticos.

“La interacción terapéutica está intermedia-da”. Este aspecto o propiedad referida a la modalidad distal es necesario examinarla con detenimiento, aunque sus consecuencias resulten todavía difusas o poco delimitadas al menos en lo que se refiere al hecho terapéutico en sí. Nos estamos refiriendo específicamente a la circunstancia de que en la modalidad presencial la relación es directa, solamente mediatizada por el lenguaje, por actos del habla (J. Austin, 1990), o por un relato que se desenvuelve en términos de una secuencia dialógica. En la modalidad distal se incorpora un tercer elemento que oficia como instrumento de intermediación, un algoritmo, es decir, una notación preestablecida que sirve como condición de posibilidad de que la relación entre un usuario y un terapeuta se realice o no. Por lo cual

no se trata de cualquier elemento, sino de uno que condiciona la relación, la posibilidad. Y como marco de posibilidad, termina por otorgarle características muy particulares.

Todas y cada una de las aplicaciones que se emplean para permitir una relación distal son códigos escritos previamente para officar de “anfitriones” de las relaciones que sostienen. Es decir que aparece un tercer elemento en juego que antes no estaba pero que ahora sí, y genera simbolizaciones, propicia estética, modela actitudes, sugiere lenguajes y ofrece nuevas éticas de relacionamientos – ¡precisamente buena parte de lo que forja el propio terapeuta con su accionar! –.

A partir de ese momento, la interacción deja de ser estrictamente dialógica y pasa a ser digital o virtual. Las consecuencias de este cambio respecto del uso de los lenguajes es materia de mucha controversia en la actualidad y seguramente llevará un buen tiempo en dilucidar sus aspectos más corrosivos o prometedores. Lo cierto es que la modalidad distal en materia terapéutica nos obliga a pensar el algoritmo como un tercer elemento en la relación entre paciente y terapeuta.

Por lo pronto nos interesa remarcar, por ejemplo, la no utilización en el marco de las sesiones terapéuticas de algunas herramientas de la virtualidad, como ser la aplicación de los efectos visuales que simulan fondos de pantallas determinados. Es decir, tratar de no crear ambientes o contornos inexistentes, ni de parte del usuario, ni de parte del terapeuta. Por supuesto, mantener además tanto micrófono como cámara activada durante toda la sesión. Son solamente algunos de los recaudos a considerar en función de este aspecto.

“Se trata de un espacio abierto (open field)”. En la clínica tradicional el ámbito del consultorio opera sobre un cierre del contexto. Cierre de intimidad y exclusión a partir del cual se desarrolla una relación de confianza mutua. La sesión se inicia cuando se cierran las puertas. Pues bien, en un dispositivo distal esto no ocurre de esa manera. El espacio de trabajo siempre permanece abierto y sus contornos no están claramente definidos, es un plano bidimensional de observación donde la medida de la visión está supeditada al tipo de cámara que se utilice para cada caso.

Tal situación tiene efectos diversos. La aceptación de la incomodidad como un elemento más del proceso. De lo espontáneo o disruptivo, como ser una puerta que se abre, el sonido del ambiente, una voz que se cuela en plena sesión, entre otras muchas posibilidades, son elementos inmanentes de la relación terapéutica. Sin contar, desde luego, las dificultades que muchas veces tiene el tipo de conectividad que se dispone, con delay³ o superposiciones de voces, cuando no imágenes borrosas o poco definidas por la falta de luz o el trasluz, o situaciones donde la imagen se congela por unos segundos o minutos para proseguir luego. Todas estas eventualidades referidas hacen que el espacio distal permanezca abierto y el encuadre resulte dificultoso para percibirlo de manera anticipada y conocida. Los espacios abiertos son siempre una fuente de ansiedad mayor, con lo cual la confianza demora en establecerse y está en permanente situación de monitoreo.

Otro aspecto importante que remarcar en este punto tiene un interés primordialmente ético. Desde luego, los espacios abiertos exigen una perspectiva ética distinta, en especial de parte del terapeuta. Muchas veces

nos hemos encontrado con situaciones de devoluciones o intervenciones específicas a un paciente al mismo tiempo que todo ello estaba siendo oído por alguien más del domicilio que estaba atrás de la cámara o del otro lado de una pared en una habitación contigua, por ejemplo. Con lo cual es menester reflexionar sobre estos aspectos que exceden el ámbito del secreto profesional y pueden interrumpir toda posibilidad de seguir adelante con cualquier proceso.

De acuerdo con nuestra experiencia, una reflexión ética desde la modalidad distal debe propiciar intervenciones o devoluciones sobre el conjunto, no solamente hacia el individuo; sobre los vínculos, no tanto sobre la subjetividad. Una psicopatología que conciba al open field como su campo propio de trabajo, debe estar asentada sobre la biografía del grupo y no solamente sobre el desempeño particular de un paciente. “Haciendo como que te hablo, asumo que escuchan todos los que participan de este campo”, dice el terapeuta. Como puede observarse otra vez estamos frente a una perspectiva diametralmente opuesta a la que tradicionalmente cualquier terapeuta estaba habituado. Una práctica de la sanidad mental que nos exige pensar a partir de conjuntos complejos y no solamente a partir de entidades binarias (paciente más terapeuta) dispuestas en interacción.

“No se asienta sobre una temporalidad específica”. El manejo del tiempo es uno de los aspectos más urgentes a definir en la modalidad distal. ¿Cuándo se inicia y cuándo acaba una sesión terapéutica distal?

En la clínica tradicional el tiempo se cronometra de manera irrevocable y precisa. La hora de sesión, los cuarenta y cinco minutos, el día del turno. Tu espacio y tiempo

son establecidos y acordados sin mayores dificultades entre el paciente y el terapeuta. En la modalidad distal el tiempo es mucho más poroso y los espacios, como hemos señalado anteriormente, resultan persistentemente abiertos. Esto provoca que el usuario muchas veces no pueda concebir el final de la sesión con claridad, y trate de seguir conectado, a partir de preguntas, modificaciones arbitrarias de turnos, o tratar de establecer contacto con su terapeuta en días y horarios impensados respecto de otras modalidades presenciales. Esto, además de ser un inconveniente obvio y agobiante de por sí para el terapeuta, conlleva otras cuestiones más complejas referidas al rol específico del profesional, que de no ser comprendido cabalmente pueden derivar en una percepción incómoda y condicionar cualquier proceso, hasta anularlo por completo.

Nos estamos refiriendo al hecho de que en la clínica de la presencialidad el rol del terapeuta es el de un técnico al que visitar para resolver algún inconveniente percibido como tal. Mientras que, en la modalidad distal, de no establecerse parámetros temporales claros y

Es el tiempo tardío de demora que muchas veces sucede entre el momento que se emite un mensaje y el momento que es recibido por el otro.

definidos, el rol del terapeuta comienza a familiarizarse o a, permítannos el neologismo, tutorializarse. Esto es, el paciente vivencia la relación terapéutica como una prolongación de su vida cotidiana, tal es la noción en última instancia de familia; o, caso contrario, lo concibe como una instancia de consulta permanente, a modo de los tutoriales tan en boga en internet referidos a cualquier tema que se considere. Desde luego, que ninguna de las dos disposiciones

resulta óptima para llevar adelante un proceso terapéutico, por lo tanto, la marcación y adecuación permanente a parámetros temporales acordados y respetados por ambos es una de las condiciones sine qua non para llevar adelante la modalidad distal, sin la cual, de seguro, la interacción derivará en cualquier otra relación que no sea la estrictamente terapéutica.

b) Consideraciones desde la peculiaridad del terapeuta:

“El terapeuta no se mueve de su casa”. Del mismo modo que ocurre respecto del paciente, también el terapeuta vivencia muchas veces su tarea como una prolongación de su propia cotidianeidad. En este punto, debemos considerar que el espacio a partir del cual desarrolla un profesional su trabajo, por lo general es distinto y acondicionado para tal fin.

Contrariamente, la eventualidad de la pandemia ha hecho que muchos profesionales, psicólogos y psiquiatras, se vieran sorprendidos en tener que llevar adelante las competencias específicas en sus espacios de la vida cotidiana, donde antes se veían a sí mismos despojados de todo rol profesional. Este proceso ocurrió con cierta celeridad y, al menos en nuestra experiencia más cercana (de la que podemos dar cuenta), hemos observado que se han producido las adecuaciones necesarias y sin tantas dificultades, como inicialmente supusimos, para llevar adelante las respectivas tareas.

Esto es, los terapeutas se han ido adaptando a la modalidad distal y cada uno ha generado diferentes herramientas, tanto para los registros como para las intervenciones. Sin lugar a dudas este ha sido un aprendizaje en sí mismo, pero además, abrió las puertas a

nuevas posibilidades que, con anterioridad a la pandemia, ni nos habíamos propuesto siquiera imaginar. En la actualidad existen iniciativas concretas que se desprenden de estos tipos de abordajes y que están en curso de investigación, abriendo excelentes posibilidades de contribuir con este campo de trabajo tan peculiar y desafiante.

Sin embargo, también es necesario reflexionar, aunque brevemente, respecto de lo que consideramos algunos riesgos concretos que se derivan de esta modalidad. Es que la indiferenciación del “espacio laboral” con relación al “espacio de la vida cotidiana” puede aumentar la probabilidad de desarrollar un síndrome de desgaste profesional o burnout, entre otras consecuencias. En muchas culturas se acostumbra quitarse los zapatos antes de entrar en un domicilio particular. Esto, además de ser posiblemente un signo de salubridad o higiene, es por sobre todo un símbolo de intimidad y de diferenciación respecto del mundo del afuera, donde deben quedar las cosas que no son de adentro, como quitarse una mochila al entrar. Al respecto, y ante la necesidad de tener que trabajar donde se vive, hemos propiciado que el terapeuta disponga de un lugar específico y que lo acondicione suficientemente para desarrollar su tarea desde ahí. Un lugar fijo pero diferenciado del resto de su propio domicilio. Un espacio físico que sea reconocible como diferente, así sea un rincón determinado, desde donde desempeñar su rol cabalmente. Un ámbito que desborde la representación simbólica de lo cotidiano, produciendo una *différance* en el sentido derrideano del término, y que logre en última instancia, particionar el conjunto en algo distinto.

“El tema del pago por el tiempo de trabajo”. El pago por el tiempo de trabajo es muy controversial y está en relación con lo que ya hemos referido en el apartado respecto del manejo del tiempo. Es que el hecho de que la temporalidad no esté delimitada con precisión hace que sea dificultoso establecer un valor de referencia en relación con ello. Porque en definitiva, en la modalidad tradicional, lo que se paga es el tiempo de presencia que se adquiere para “estar” con un terapeuta en particular quien brinda un servicio de escucha y de intervención muy singular que denominamos psicoterapia. El valor lo fija el terapeuta en función de lo que considera razonable. El usuario lo paga, o no. Esto, pensado desde la atención particular, no así desde las obras sociales, o mutuales o planes de salud, cuyos valores lo terminan fijando dichos sistemas de pago y amerita otro tipo de consideraciones.

Si la variable a monetizar es el tiempo, entonces los valores que se debieran considerar resultan importantes, por esta lógica que hemos señalado anteriormente. Y puede que, con ello, efectivamente, se logre encuadrar una relación que de otro modo resulta bastante difusa. Es decir, si el tiempo de trabajo por sesión tiene un valor nominal específico, la hora de sesión, por ejemplo; del mismo modo otras consultas por fuera de ese tiempo de trabajo, consultas por mensajes de texto, por ejemplo, que terminan resultando en otro tiempo de trabajo adicional, debieran tener otros valores específicos que lógicamente deben sumarse. De hecho, en algunos países tales consultas se cobran adicionalmente, desde nuestra experiencia puntual, esta situación nos resultó y nos resulta aún hoy, mucho más difícil de comprender de parte del usuario. Es decir, en la práctica, por lo general, los sistemas distales

dispensan mayor tiempo de trabajo generalmente por el mismo precio de atención.

Sin embargo, esta eventualidad que en primera instancia parece desalentadora desde el punto de vista estrictamente económico, se suele compensar con el transcurrir del tiempo por las circunstancias de una significativamente menor erogación en gastos fijos que implican las modalidades distales, en relación con las presenciales (alquileres, servicios, traslados, impuestos, personal, etc.), desde luego cuando no se continúa sosteniendo espacios de consultorios o alquileres en paralelo.

Hacia la organización de nuestra praxis terapéutica con modalidad distal

A continuación, presentamos la forma en que hemos ido organizando nuestra práctica a partir de la modalidad distal, urgidos por la necesidad de dar continuidad a los programas que se habían interrumpido con motivo de la pandemia. Aclarando que, si bien en la actualidad disponemos de diversas modalidades, razón por la cual hablamos hoy de un centro polimodal de atención y tratamiento, que se fue desarrollando en función de distintos tipo de demandas; sin embargo, en esta oportunidad, solamente vamos a referirnos al programa de tratamiento distal con asistencia remota a centro de día de media jornada.

Otro aspecto por destacar, es que para llevar adelante todas las modalidades distales hemos desarrollado una plataforma ad-hoc, específicamente para cubrir cada una de las necesidades y espacios requeridos por los tratamientos, homologando de esta manera los dispositivos presenciales. La misma puede visitarse en <https://psicointeraccion.com>. Como podrá observarse ahí, se trata de una

herramienta específica en condiciones de recibir la demanda y contener la asistencia a lo largo de un proceso terapéutico e incluye instrumentos digitales (videollamadas individuales y grupales, espacios personalizados³, registros de historias clínicas, blogs y contactos, entre otros) con la finalidad de que el usuario tenga acceso a un espacio propio, delimitado y que pueda considerarlo como íntimo y compartido, a la vez.

A) Los fundamentos de la modalidad

La emergencia de la pandemia y la necesidad de no discontinuar los tratamientos que veníamos llevando adelante en materia de rehabilitación de adicciones nos ha hecho pensar en alternativas, visualizando en las nuevas tecnologías una oportunidad para seguir atendiendo en el marco de las restricciones implementadas por las autoridades sanitarias tanto provinciales como nacionales.

En este último sentido, se hizo necesario establecer un marco más sistemático y operativo, razón por la cual hemos desarrollado una serie de intervenciones con sus respectivos objetivos y mecanismos de evaluación, respetando los fundamentos teóricos que nuestra institución viene llevando adelante desde hace casi una década en materia de psicointeracción.

Cabe destacar que la propuesta implementada ha tratado de preservar cada uno de los espacios que consideramos esenciales para el éxito del programa, adaptándonos desde luego a los límites tecnológicos propios de una manera mediatizada de relacionamiento. Un enfoque programático estipulado en etapas, objetivos y metas que se evalúan mensualmente con la finalidad de producir

³ La plataforma cuenta con la posibilidad de realizar perfiles propios de los usuarios con sus historias, expectativas, biografías y demás comentarios que ellos mismos consideren pertinente.

cambios sustentables en los estilos de vida de los participantes y de sus respectivos grupos de pertenencia.

Por último, la propuesta se centra en trabajar integralmente los vínculos familiares como modalidad de fortalecimiento y recuperación de las redes originarias, aprovechando la instancia de confinamiento obligatorio dispuesto en esa etapa. Para desde allí, ir recuperando no solamente un nuevo sujeto sino también un nuevo entramado vincular, necesario para los desafíos que se ponen en juego durante todo un proceso de rehabilitación.

B) Los objetivos de la modalidad

Objetivos generales

Desarrollar un programa distal de intervención en materia de rehabilitación en consumos problemáticos, preservando los principales componentes de la asistencia en centro de día.

- Ofrecer un espacio de orientación a padres y familiares de jóvenes en riesgo o con consumo de sustancias.
- Abordar el tratamiento de jóvenes y adultos con patologías producidas por el consumo de sustancias a partir de intervenciones distales.

Objetivos específicos

- Realizar intervenciones grupales distales para pacientes y familiares que afrontan problemas de consumos problemáticos.
- Realización de talleres y encuentros específicos para padres y/o familiares.
- Lograr controlar de manera distal los procesos de abstinencia psicológica y física al consumo en los pacientes que asisten al tratamiento.
- Modificar actitudes y hábitos en los participantes logrando un estilo de vida alter-

nativo, siempre a partir de intervenciones distales.

C) El marco teórico de la modalidad

Como ya se ha mencionado, los desarrollos del marco teórico propiciado se han sistematizado en términos de psicointeracción, que lo hemos definido como un programa en adicciones cuya peculiaridad es el abordaje de la complejidad a partir de cuatro planos de interacción, concretando diferentes instancias terapéuticas que son evaluadas tanto por los participantes o usuarios del sistema, como por un equipo de trabajo específico que acompaña el proceso. Precisamente de esta estrategia se derivan las hipótesis de trabajo y las conceptualizaciones que el programa requiere a partir de sus peculiaridades.

Por ejemplo, el hecho de que se trate de intervenciones mediatizadas hace que tengamos que pensar en espacios grupales más breves y centrados particularmente en una tarea, que actúa como estructurante del campo, para no producir dispersión y poder organizar suficientemente el encuadre. Así mismo, las intervenciones individuales de acuerdo con la experiencia adquirida, son muy propicias para trabajar el aquí-ahora, y sujetarnos a los compromisos diarios o semanales que se van realizando tanto de parte de las familias como de los usuarios.

Enfoque general, especificaciones en torno del centro de día

Cuando hablamos de adicciones nos estamos refiriendo a aquellos procesos de habituación que se producen a partir del consumo de psicotrópicos o sustancias que provocan alteraciones en la estructura psíquica y comportamental de un sujeto. Con ello, necesariamente, también se ven perturbados los esquemas vinculares que se

sostienen tanto a partir de las redes primarias (familia) como secundarias (grupos sociales). Los procesos de adicción, además de producir una fenomenología psiquiátrica específica, aíslan y contra-socializan a un individuo de una manera notable, y en grados extremos, equiparable a los procesos de locura o enfermedad mental.

El centro de día, es una forma específica de tratamiento en materia de adicciones, ni mejor ni peor, pero absolutamente distinta a las otras formas de encarar los procesos terapéuticos (González-Alasia, 2018). Precisamente en ese proceso dialéctico entre teoría y práctica nos fuimos formando y hemos ido descubriendo un universo absolutamente fascinante de abordaje, donde cada uno de los elementos que se ponen en juego son en todo momento dinámicos, flexibles, contradictorios, por momentos vertiginosos y atemorizadores, movilizadores; en definitiva, como lo es, muchas veces, la propia vida cotidiana.

Este dispositivo, en contraposición con las comunidades terapéuticas, no se sustenta en el concepto de separación del contexto en el que vive cada uno de los participantes, por el contrario, dicho contexto es un insumo fundamental del trabajo terapéutico, cuyos ejes se centran en el abordaje de los grupos primarios y secundarios que dan sentido y marco a su propia existencia. A su vez, se preservan los espacios individuales de intervención, de igual modo que en la clínica, propiciando reuniones semanales con psiquiatras y psicólogos, de manera particular, consolidando de este modo un campo terapéutico que aborda de manera holística

y compleja, la problemática. Desde luego que también tiene sus desventajas, especialmente en su imposibilidad de contener procesos agudos de intoxicación o cuadros muy cronificados en materia de consumo. A tal punto es así, que los criterios básicos de admisión al sistema son:

1) Que el participante tenga cierto nivel de coherencia en términos de conservación de funciones superiores, para lo cual se lleva a cabo una evaluación neuropsicológica de ingreso donde se determina la probabilidad de adhesión al sistema, o no, del usuario;

2) Que el participante tenga cierto registro empático y capacidad de adaptación a la convivencia en el dispositivo, para lo cual se lo evalúa en una instancia de preadmisión, que dura aproximadamente un mes de convivencia grupal, donde se determinan dichas condiciones.

Hipótesis de trabajo

Creemos que la principal hipótesis general que se pone en juego en el dispositivo que desarrollamos se puede definir en los siguientes términos:

Todo proceso de rehabilitación en adicciones conlleva acciones directas y concurrentes sobre tres componentes: el sujeto (tanto histórico como biológico), la familia o redes primarias de contención, y, por último, las redes secundarias de socialización (tanto grupales como institucionales)⁴.

Como hipótesis específica de trabajo hemos desarrollado las siguientes proposiciones:

4 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 – Art. 3: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.

- Es condición necesaria en rehabilitación restaurar niveles de estabilidad biológica que se han modificado por los procesos de intoxicación tanto agudos como crónicos;
- Es además condición necesaria, reestablecer los estados de conciencia óptimos para garantizar una plena lectura de la realidad y una mayor capacidad de adaptación al medio;
- Los procesos que logran reconstruir o reparar los vínculos primarios (familia) presentan mayor capacidad de sostenimiento en la rehabilitación en adicciones.
- Los procesos que logran modificar sustancialmente los vínculos secundarios comórbidos presentan mayor capacidad de sostenimiento en la rehabilitación en adicciones;
- Se necesitan de sistemas de intervención o programas complejos para abordar problemáticas que demandan una respuesta en esa misma medida, sin lo cual desarrollamos reduccionismos que tan solo terminan por afrontar parcialmente el problema.

Enfoque conceptual

Nuestro enfoque se basa en la idea de “programa”. Es decir, de poner en juego un “sistema de intervención complejo que articule los distintos aspectos involucrados” (González, 2020), y que han sido desarrollados a partir de las hipótesis ante dichas.

Este programa de intervención atiende a cada uno de los niveles que consideramos fundamentales: la corporalidad, lo psíquico, la familia, los grupos sociales (González, 2020). Todas las acciones pautadas por el programa recogen un objetivo respecto de tales componentes.

A su vez el programa se divide en fases, con objetivos que se evalúan sistemáticamente cada mes (evaluación de proceso) y

en la devolución de egreso, donde participan todos los componentes del sistema, es decir: las familias, los grupos secundarios de pertenencia, los miembros del equipo y el paciente.

4 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 – Art. 3: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.

D) La metodología y estrategias seguidas

El trabajo en adicciones nos lleva a concebir, tal como lo hemos desarrollado, toda acción terapéutica desde tres puntos de vista: programático, integral y vincular. Cada uno de esos niveles implica diferentes estructuras móviles que se ponen en juego constantemente en la interacción remota cotidiana.

Servicios y actividades: El centro de día con modalidad distal brinda las siguientes atenciones a sus concurrentes:

1- *Módulo distal de evaluación diagnóstica:* En todos los casos el paciente ingresa a un primer módulo de evaluación diagnóstica donde es entrevistado de manera distal por el psiquiatra y el psicólogo, cada uno realiza las entrevistas individuales y familiares que considere necesarias para arribar a una conclusión.

2- *Atención con modalidad distal:* El paciente es atendido de manera remota, debiendo conectarse a una entrevista psiquiátrica semanal, una entrevista psicológica semanal, y una entrevista familiar a cargo

del psicólogo cada 15 días. Si el paciente presenta recaídas de su patología es derivado a un dispositivo más intensivo.

3- Centro de día media jornada con modalidad distal: En este servicio el usuario debe conectarse, con la asistencia debidamente constatada por un Operador, al sistema durante 3 horas diarias, de lunes a viernes. Durante su estadía se lo integra al programa que desarrolla diariamente diferentes tipos de actividades. Los participantes que ingresen a este servicio deben cumplimentar las normas preestablecidas en el acuerdo de convivencia en su totalidad. La duración del tratamiento es variable según el caso particular, pero en promedio se estipula un plazo mínimo de 8 meses. El centro de día distal cuenta con los siguientes servicios;

Atención Médica psiquiátrica: evaluación médica al ingreso, diagnóstico presuntivo, pronósticos y tratamientos. Actualización diagnóstica, control de medicamentos y estudios específicos. Derivación y coordinación con otros servicios médicos especializados llevados a cabo por un médico psiquiatra.

Atención psicológica: El equipo de psicólogos realiza una evaluación de ingreso y luego es responsable de las terapias individuales, grupales y familiares a desarrollar, siempre de manera remota.

Servicio Social: El Trabajador Social realiza, mediante entrevistas e informes socio ambientales del paciente una historia social, diagnosticando, decidiendo y monitoreando un tratamiento social adecuado para cada caso, juntamente con las rutinas operacionales que presente el equipo interdisciplinario, teniendo una visión del modo de vida de cada paciente, su entorno familiar y socio - cultural - ambiental.

Acompañamiento de Operadores terapéuticos: son los responsables de la asistencia y la logística que requiere las conexiones al sistema propuesto, organizando los tiempos de cada uno, las actividades a desarrollar, atendiendo especialmente las necesidades de cada paciente en todo momento. Siempre bajo la coordinación del equipo psicológico-médico-social.

Apoyo familiar: tendiente a fortalecer los vínculos con el grupo familiar del paciente, se realizan terapias familiares a cargo del psicólogo del equipo.

Actividades Ocupacionales y Actividades que favorezcan el deporte y las expresiones grupales, artísticas y lúdicas: El establecimiento de este tipo de actividades también es una tarea supervisada, ejecutada y evaluada por los Operadores, proponiendo tareas específicas en horarios más allá de las conexiones diarias y realizando los respectivos seguimientos de estas.

4- Seguimiento de egreso en Grupos con modalidad distal: En este caso se adoptó la modalidad de un grupo distal, con funcionamiento semanal, exclusivamente de egresados destinado al sostenimiento y la post-rehabilitación, siempre promoviendo la utilización de la plataforma. Una peculiaridad de esta modalidad es que es gratuita y voluntaria.

E) Metas perseguidas por la modalidad

Nuestra meta en el desarrollo del Programa es generar acciones directas sobre el sujeto, la familia y los grupos sociales que propicien el mejoramiento en la calidad de vida de estos, preservando plenamente sus derechos⁵, y que logren reducir los daños asociados con el uso de drogas psicoactivas promoviendo su definitiva erradicación. Todo

ello en el marco de las normativas sanitarias vigentes para la ocasión.

En definitiva, proponemos un modelo multidimensional⁶ de abordaje en programas de adicciones sobre las bases teóricas de la psicointeracción.

F) Programa básico de actividades en centro de día con modalidad distal

El paciente participa de terapias grupales (diarias) terapias psicológicas individuales (1 o 2 por semana según el caso lo requiera y la evolución), entrevistas psiquiátricas (1 por semana), acompañamiento con operadores terapéuticos durante toda su conexión, actividades recreativas, terapias ocupacionales y deportivas.

- Etapas de tratamiento para centro de día

Dividir el proceso terapéutico en etapas nos da una perspectiva de tiempo y de espacio, con objetivos y metas que terminan estimulando o motivando a los concurrentes a lo largo del tratamiento, es por esa razón que conocer cada una de ellas forma parte del acuerdo de convivencia que planteamos, situación que termina aportando una perspectiva racional a la práctica que se desarrolla durante todo el tiempo que dura el tratamiento.

Se proponen en total 6 etapas, cada etapa tiene una duración preestablecida que se le da a conocer al participante y su familia

al iniciar el tratamiento, quedando aclarado que el usuario que no logra los objetivos propuestos para cada una de ellas, podrá repetir alguna/s hasta alcanzar el fin o meta propuesta.

1- Fase de admisión: El paciente que ingresa al centro de día distal permanece en esta etapa durante el primer mes, debe tomar conciencia de su problema de salud y de la necesidad de cambio en su forma de vida, asimismo controlar la disminución progresiva de los síntomas de abstinencia, en esta etapa el usuario debe:

- incorporar la metodología del tratamiento,
- aprender las normas establecidas, y cumplirlas.
- conocer a sus compañeros, aceptarlos y mostrar espíritu de cooperación con sus pares.
- Integrarse a todas las actividades propuestas.

Desde el inicio del tratamiento el participante debe dejar el consumo de sustancias.

2- Fase de asimilación y sensibilización: El paciente pasa a partir de la cuarta semana a una etapa de reaprendizaje de hábitos y aptitudes que lo preparan para sostener su decisión de no consumir, se propone que esta etapa dure cuatro semanas. Se trabaja durante la misma su capacidad de tomar decisiones, la problemática personal y familiar que plan-

⁵ Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 – Art. 4: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

⁶ Desarrollado por Touzé (2006), este modelo considera el consumo de drogas como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social en la que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan los factores de riesgo y los factores protectores como condicionantes que pueden incidir en el consumo, pero enfatizando que se deben tomar como probabilidades y no como determinaciones. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial.

tee, su historia de consumo, la capacidad de insight, la adherencia al tratamiento, etc.

En este período se evalúan las aptitudes vocacionales de cada paciente, las aptitudes comunicacionales y expresivas.

Los objetivos de esta etapa son:

- Incorporar hábitos saludables, en alimentación, horario de sueño, actividades deportivas, como forma de vida.
- Cumplir estrictamente las normas establecidas para centro de día.
- No consumir ninguna sustancia durante esta etapa.
- Demostrar interés en el tratamiento personal y colaborar con los pares,
- Cumplir el rol que se le asigne durante cada semana de tratamiento.
- Incorporarse a talleres de expresividad y comunicación.

3- Fase de concienciación y acomodación:

Durante las cuatro semanas posteriores a la etapa anterior, se prevé fortalecer los conocimientos que ha incorporado en las etapas previas y motivar el desarrollo de las aptitudes detectadas en la fase anterior.

Para esto se propone la participación del paciente en talleres de teatro y expresividad, radio abierta, kermeses, participación en actividades sociales, recreativas y deportivas.

Los objetivos son:

- Continuar los objetivos de etapa anterior a los que se agregan:
- La determinación de un perfil vocacional.
- El armado de un perfil de proyecto de vida.

4- Fase de modificación de actitudes y hábitos: En esta etapa que tiene una duración de cuatro semanas se ponen a prueba las fortalezas adquiridas en etapas anteriores, y se generan acciones que le permitan al paciente adquirir los conocimientos y las herramientas necesarias para poner en marcha su proyecto de vida modificando esquemas actitudinales y de hábitos frecuentes.

Se propone trabajar a partir de pasantías, becas, cursos y talleres ad hoc, sobre el perfil vocacional establecido en etapas anteriores.

5- Fase de reinserción y egreso: Esta etapa que dura también cuatro semanas el paciente se aboca al cumplimiento de las responsabilidades que ha adquirido para el desarrollo de su proyecto de vida, durante esta etapa tiene control y seguimiento individual y cumplirá horario de centro de día a convenir según la actividad que realice.

G) Recursos humanos involucrados en la modalidad distal

A continuación, se detalla los distintos recursos humanos involucrados en el desarrollo de las actividades descriptas.

H) Evaluación del programa

- Evaluación de proceso: se realiza una vez al mes (el último viernes de cada mes). Participan de la misma todo el equipo terapéutico, además de la familia y de los propios pares en tratamiento que se evalúan a sí mismos respecto de cómo ha ido el proceso en ese último mes. En función de los resultados de dicha evaluación se asciende o no de franja, de acuerdo con si se lograron o no los objetivos previstos para cada etapa.
- Evaluación de egreso: se realiza sobre la finalidad del tratamiento una devolución integral del proceso donde participan todos los

Área de trabajo	Tarea realizada	Tipo de especialidad requerida
Dirección Médica	Coordinación médica general	Especialista en psiquiatría
Dirección terapéutica	Coordinación del programa	Licenciado en psicología
Área psicológica	Atención y psicoterapia	Licenciado en psicología
Área social	Atención de la familia	Licenciado en trabajo social
Área de intervención grupal	Atención en grupos	Psicólogos sociales
Área de talleres	Talleres de oficio	Profesores/ Talleristas
Área de operadores	Contención del encuadre	Operadores terapéuticos (técnicos y/o rehabilitados)

miembros del equipo, los pares y también la familia.

Todas las instancias de evaluación quedan debidamente registradas en las respectivas historias clínicas.

3. Conclusiones y recomendaciones

Las formas remotas de trabajo han irrumpido como modalidad mucho antes del inicio de la pandemia, sin embargo, fue a partir de la pandemia que se impuso a un ritmo sostenido abarcando una gran cantidad de actividades, desde luego también aquellas ligadas a la psicoterapia. Lo que hemos tratado de sintetizar a partir de este artículo es solamente una experiencia, la del equipo terapéutico de La Casona, tratando de adaptarse asertivamente a las condiciones adversas de una eventualidad excepcional.

En este sentido, a lo largo de más de un año y medio de trabajo, hemos ido ajustando las acciones para mejorar nuestras prestaciones, aprendiendo constantemente de nuestra práctica y reflexionando exhaustivamente sobre cada decisión adoptada. Es cierto, no comenzamos de

la nada, sino de un proceso que se inició muchos años antes en término de psicointeracción, por lo que la pandemia ayudó a redefinir conceptos, ampliando la potencialidad de un enfoque que nos ha brindado desde el inicio una multiplicad de herramientas para acrecentar nuestros campos comprensivos en materia de psicopatología de las adicciones.

La tarea está en pleno proceso de desarrollo y de reflexión. Desde luego, también conlleva una serie de interrogantes y múltiples dudas respecto de su eficacia en términos terapéuticos. Eso solo se puede evaluar a partir de un estudio longitudinal. Por lo pronto, solo contamos con el desempeño de los participantes del proceso en el aquí y ahora, y a la luz de esos resultados podemos afirmar que la modalidad distal es una herramienta importante en disputa de sentidos con la propia modalidad presencial, modo de trabajo que debe ser mejorado con el transcurrir del tiempo, pero que brinda por sí misma todas las disposiciones necesarias para producir un tipo de terapia muy peculiar de la cual tenemos que seguir aprendiendo.

Un error que debemos evitar es considerarla como antagónica, o superadora, de los modelos tradicionales. Por el contrario, se trata de una modalidad que puede adicionarse perfectamente a cualquier otra manera de intervención presencial. De hecho, también hemos avanzado sobre experiencias mixtas de intervención, sin ningún inconveniente. Es que la necesidad humana de contar con un espacio específico y singular donde observarse o escucharse de otra manera, es tan acuciante como necesario, que al fin de cuenta no escatima las formas a partir de las cuales llevarlo a cabo.

De todas maneras, son nuestros primeros pasos en la materia. Lógico es pensar al respecto, que las generaciones venideras tendrán otra identificación con los espacios que venimos describiendo. El mundo de lo remoto es una concepción que se impone cada vez más, incluso al grado de sustituir la necesidad de lo próximo. Otro concepto de vínculos y relaciones se comienza a imponer, donde lo distal es su característica

más prominente. Una subjetividad que se gesta a un clic de distancia y en términos bidimensionales, adquiriendo contornos y características peculiarísimas y que, por lo general, desborda nuestros enfoques más comprensivos. Razón por la cual, la terapia debe familiarizarse con esos nuevos lenguajes, construir conceptos operativos y herramientas idóneas para el trabajo en la distancia. De no hacerlo, seremos incapaces de reconocer sus manifestaciones fenoménicas tanto en términos de salud, como de enfermedad, ciegos en un mundo de nuevas percepciones.

Quedan, por último, un sinnúmero de preguntas por responder. Pero la realidad siempre nos plantea esa misma cuestión. Esos exactos desafíos. La psicoterapia de lo distal es un reto a nuestra capacidad de innovación, a nuestro más profundo impulso creativo, poético, a partir de lo cual la civilización adquiere nuevas herramientas para avanzar, estancarse, o retroceder, si tal es el caso.

Bibliografía.

- Argentina. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Boletín Oficial de la República Argentina, N° 32.041, P. 1.
- Austin JL & Urmson JO (1990). Cómo hacer cosas con palabras (pp. 215-215). Barcelona: Paidós.
- Castel R y Coppel A (1994). Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (comp.) Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Derrida J. LA DIFERENCIA/[Différance][1968].
- González – Alasia (2018). Psicoterapia en adicciones, Ediciones Moglia.
- González MA (2020). Nuevos enfoques para el estudio de las adicciones: psicointeracción, avances conceptuales. En: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5320>
- González MA (2020). Psicointeracción, herramientas y definiciones para el estudio de las adicciones. En: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/handle/123456789/5170>
- Kornblit AL et al. (1989). Estudios sobre drogadicción en la Argentina. Buenos Aires: Nueva visión.
- Lewin K (1978). La teoría del campo en la ciencia social. In La teoría del campo en la ciencia social (pp. 308-308).
- Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, 2018.
- OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Ginebra, 2001.
- Touzé G (2006). Parte I. Discursos, políticas y prácticas. En G. Touzé (Organizadora). Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé G (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel.

Capítulo 12

ESTRATEGIAS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA CERRADA

Dr. Juan alberto varia

Director general gradiva - rehabilitación en adicciones

Introducción

La vida para los griegos siempre circulaba entre el drama y la tragedia. El drama y la tragedia forman parte de la lucha por la sobrevivencia. La vida como drama es lucha, agonía, desenlaces previstos o imprevistos, esperanza y a la vez desesperación. En la lucha cotidiana y en la tragedia el desenlace ya no tiene vuelta atrás.

Hoy nos debatimos como sociedad entre el drama y la tragedia. Entre una vida que lucha por vivir y la muerte como desenlace, en donde ya nada puede hacerse.

Confluyen el COVID-19 y la epidemia de adicciones en un mismo carril con la comunidad terapéutica como una alternativa para paliar dolores y traumas.

La comunidad terapéutica nace en la historia como una superación del manicomio. Así lo concibió M. Jones (1952) reforzando el rol del residente en una horizontalidad democrática, pero manteniendo la jerarquía en función de un objetivo que era la reinserción de este.

Surge como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial ya que M. Jones (1952) es convocado para tratar a los lla-

mados “locos de la guerra”, que sufrieron el stress postraumático de la tragedia de un conflicto de armas. Obtuvo un éxito inesperado en su tarea profesional que él denominó “de aprendizaje social a través de matrices sociales” hasta ese momento desconocidas, bajo la tutela de W. Bion, analista y maestro de generaciones.

Después de una tragedia surge un evento terapéutico superador del stress postraumático de la guerra, esta es quizás una enseñanza de la humanidad.

Uno de los mejores ejemplos sería las respuestas resilientes de algunos personajes históricos luego del Holocausto. Después de Auschwitz surgieron genios como Víctor Frankl, Bruno Bettelheim y tantos otros. Vivieron el horror de los campos de concentración como también el Gulag de Solsenisky, y la creatividad triunfó.

Podríamos considerar a la pandemia por COVID como generadora de stress postraumático, dadas las características de muertes, discapacidades, sorpresa e incertidumbre ante lo que sucederá. Algo similar acontece con las guerras y las migraciones masivas

que se dan en América latina, Medio Oriente y Europa en estos momentos. Ahí también va surgiendo lo que se denomina la “sociedad de la intemperie y a la intemperie”.

La experiencia que relataremos proviene de Gradiva que es un Centro de Rehabilitación especializado en “patologías de doble y múltiple diagnóstico”, la cual dirijo desde hace muchos años.

La comunidad terapéutica

La comunidad terapéutica para adictos se basa en la fuerza de la ayuda mutua de organizaciones como Alcohólicos Anónimos, y de los movimientos religiosos como Daytop, Synanon y Proyecto Uomo (que son sus exponentes iniciales máximos), pero que también surgen de la tragedia de las drogas que destroza vidas y aparece epidémicamente en la sociedad de los barrios bajos del Harlem (EE.UU.) y en otros sitios, convirtiéndose en pandemia.

Luego surgieron los movimientos profesionalizados que siguieron los mismos parámetros bajo otra tragedia, el HIV, que en sus primeros momentos no tenía cura (hasta los años 2000); también como parte de otra tragedia, las patologías neurológicas ligadas al consumo, la dementización de miles ante el consumo y ante la des-familiarización creciente de la sociedad junto a la pobreza marginalizada.

En realidad en los tres movimientos; el derivado de Maxwell Jones, el ligado a los trabajos de Daytop, Synanon y el Proyecto Uomo, como en los movimientos profesionalizados, en todos, la esencia es una respuesta ante el desvalimiento de la tragedia y máxime en las consecuencias de la sociedad industrialista y tecnológico-financiera con la caída de la vida familiar y los orígenes de la sociedad tecno-trónica y anónima que

promueve el “anonimato” y el crecimiento de los que llamo los “nadies” (identidades vaciadas) con la exigencia de una “mega-barbarie” centrada en la masificación de la existencia, el individualismo con el Ego como eje y las drogas masificadas.

Nuestro centro de rehabilitación en adicciones, Gradiva, se basa en los pensamientos de Edgard Morin, pensador francés con el cual nos formamos.

Precisamente E. Morín (2003) insiste en la existencia en esta sociedad de una mega-barbarie planificada que, a mi entender, va a llevar a la necesidad de “Casas de Vida”. Ante la masificación del uso de drogas y el individualismo como eje de la existencia, planteo las “Casas de Vida” como nuevo nombre para la Comunidad Terapéutica; último refugio para la soledad “barnizada” con químicos, en una sociedad desvinculada y con las transmisiones generacionales rotas. La comunidad terapéutica parece ser el refugio último de la humanización ante el crecimiento de una sociedad deshumanizada.

Jorge, residente de Gradiva, dice “...menos mal que estoy acá... viví 5 años en la Carbonilla (Villa de la Capital Federal)... hoy estaría muerto”. La comunidad terapéutica ofrece un posible reparo ante las amenazas de los virus y la desorganización de los impulsos, por la pérdida de la función superior fronto-temporal. Jorge me estaba agradeciendo, pero en realidad él se estaba agradeciendo a sí mismo por atreverse a disputar una vida en dignidad.

La comunidad terapéutica es una propuesta existencial y de reconstitución del tejido social.

La pandemia por COVID y la pandemia por sustancias

El virus siempre ataca a los más vulnerables tanto en la droga como con los que tienen un sistema inmunológico debilitado (vulnerabilidades de la personalidad, de los contextos en los cuales se vive y del consumo de drogas como elemento precipitante de mayor vulnerabilidad). El virus es un actor privilegiado, pero no nos olvidemos del huésped (sus fortalezas, su capacidad de resiliencia).

Las drogas progresan por virosis miméticas, así lo definí hace algún tiempo, en donde la imitación y el prestigio del consumir se vale de la inermidad simbólica de miles. Es como el virus que ataca a los más vulnerables en su sistema inmunológico, pero el sistema inmunológico abarca no solo al agente (o sea, la noxa patógena) sino las calidades y fortalezas del huésped (o sea, el sujeto). A esto le sumamos el efecto nocivo de la aglomeración, la pobreza marginalizada del AMBA y la vida indigna. Por ende, hoy la comunidad terapéutica es fundamental.

Nos esperan miles de desamparados, abandonados a la “intemperie simbólica” que encuentran en los narcóticos una huida suicida cotidiana.

Como me decía Jorge, adicto al crack, la comunidad se convierte en reparo, protección, vínculos y posibilidad de proponerse un proyecto existencial y fundamentalmente proporciona una organización en una desorganización social purulenta que daña y mutila vidas.

Las epidemias del AMBA hacen carne en “nadies”: personas con identidades vacías, poseídos por un objeto (drogas, bandas, tribus) o son “jóvenes invisibles” que se visibilizan en agrupamientos tóxicos.

La comunidad terapéutica ha perdido hoy ciertos atributos significativos; el contacto con el medio externo, lo cual compromete el sistema de reinserción social; la pérdida de la distancia íntima que es el núcleo de los encuentros en donde la cara, los gestos, se traslucen en el grupo como eje de lo que se dilucida en la cotidianidad.

La cuarentena, para ser terapéutica, necesitó de una gran entrega del personal, que también experimentó el miedo al contagio y sufrió de burn-out. El distanciamiento social conspiró, pero el orden normativo y vincular intentó suplir esto. Cuidar al personal es fundamental, atender nuestros miedos y que el trauma estimule la resiliencia grupal y del propio personal.

Un aspecto importante del proceso de recuperación de un sujeto con adicción es hablar, a otros y a sí mismo. De la desubjetivación inicial del desvalido pasamos a un sujeto que se subjetiva a través del grupo y de esa organización de normas, vínculos y valores.

El “acting out” de algunos pacientes forma parte del trauma de la epidemia y de los miedos. Quienes dirigen deben realizar un trabajo contenedor en donde el grupo y la organización funcionen como un “holding” que contiene.

Resulta preocupante la población que queda fuera del sistema: aquellos que no entran en los centros de tratamiento, que no pueden concurrir a hospitales de día, que no les basta la atención virtual, o que no han logrado consolidar la transferencia con una institución terapéutica. Hace falta mucha atención humana y numerosas entrevistas para lograr que una persona se instale en un proceso terapéutico.

Otro aspecto a considerar es lo que sucede en los “paradores” (hogares y refugios, que ofrecen contención y atención institucional para promover la reinserción social de ciudadanos en situación de vulnerabilidad socioeconómica). Estos centros ofrecen albergue, comida, atención, elementos de aseo y tratamiento profesional. No obstante, resulta significativo que muchas personas en situación de calle no aguantan estar ahí. Especulamos que se trata de consumidores críticos que buscan la salida hacia un espacio de vacío en lugar de los espacios de contención que se les ofrecen. Consideramos que las comunidades terapéuticas podrían ofrecer una alternativa mejor.

Es frecuente oír relatos sobre violaciones durante la infancia, violencia, grandes frustraciones, etc. Estas personas necesitan ayuda profesionalizada, gente que los sepa escuchar, sin pretender ofrecerles soluciones fáciles, para que de esa escucha surjan soluciones propias a los problemas existenciales.

La familia juega un rol fundamental en el abordaje de las personas con adicciones. Tanto su ausencia como su presencia pueden ser conflictivas. La elaboración de estos conflictos mediante una psicoterapia familiar resulta un elemento central en estos tratamientos. Desde ya que los espacios virtuales pueden ayudar pero nada se iguala a las sesiones familiares presenciales.

Una revisión sistemática de Malivert et al. (2012) sobre la efectividad de las comunidades terapéuticas plantea porcentajes de retención en tratamiento de entre el 6% y el 56%. En esta revisión se incluyeron 3271 participantes de 61 comunidades terapéuticas y, en promedio, los sujetos permanecieron en la comunidad terapéutica un tercio del tiempo planeado.

En nuestra experiencia en Gradiva, solo el 8% abandonó el tratamiento y en muchas ocasiones debido a crisis de las obras sociales o por vencimiento de los plazos. La cuarentena se transformó en terapéutica.

El aumento del consumo de sustancias que se produjo a lo largo de la cuarentena se combinó con la imposibilidad de los centros de tratamiento para recibir nuevos pacientes, dada la necesidad de proteger a quienes estaban ya en tratamiento. Esto agregó otro elemento crítico a la compleja situación. Resulta evidente la necesidad de más comunidades terapéuticas en la postpandemia.

La pandemia por COVID y el contexto sociocultural y sanitario

En 1946, el primer ministro de Salud Pública de la Argentina, el Dr. Ramón Carrillo, repetía que “la salud del pueblo depende de diversos factores indirectos”. Sostenía que la sanidad pública no se puede desarrollar si no existen dos condiciones: “1) un estándar de vida alto de los trabajadores, y 2) una elevada educación sanitaria del pueblo”. Y que las plagas existentes ya no eran un problema médico sino del gobierno. Se desprende de sus dichos que las bacterias y los virus no son causa suficiente para explicar una epidemia.

Richard Horton (2020), editor jefe de la revista científica *The Lancet*, propuso en una editorial el concepto de “sindemia” para analizar y enfrentar al coronavirus desde un enfoque biológico y social. En dicha editorial Horton explica que la noción del concepto “sindemia” fue concebida por primera vez por Merrill Singer, un antropólogo médico estadounidense, quien argumentó que un enfoque “sindémico” revela interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y la polí-

tica de salud. Horton enfatiza que la consecuencia más importante de ver al Covid-19 como una “sindemia” es “subrayar sus orígenes sociales”. No importa cuán efectivo sea un tratamiento o una vacuna protectora, la búsqueda de una solución puramente biomédica para Covid-19 fracasará. Ver al virus como una “sindemia” invitará a una visión más amplia, que abarque la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y el medio ambiente. El concepto de sindemia alude a la sinergia de todos los factores que hacen a la complejidad del fenómeno.

Estamos observando en nuestros consultorios que los pacientes acuden con un alto grado de daño psíquico, luego de internaciones en terapia intensiva, accidentes y problemas legales. La videoconsulta no alcanza para cubrir las necesidades de las personas con padecimientos graves.

El panorama urbano y del conurbano se viste progresivamente de una población de “nadies” (así los llamo) que viven en la calle. Colchones, utensillos de cocina, almohadas y frazadas, componen un panorama que quiebra nuestra mirada y nos muestra la cara de la desesperanza y la marginación. Al lado del típico “tetra-brick” y acompañando del olor a marihuana, se unen olores pestilentes que desafían nuestros sentidos, nos hacen eludir las miradas y apenan nuestro espíritu.

Los llamo los “name-less” (nadies) de nuestras ciudades. Sus identidades están vaciadas y son los nuevos “home-less”. Son de alguien, a veces, ya sea una tribu, una banda o de ciertos poderes sociales. ¿Serán “alguien” alguna vez? Lo que sí me parece seguro es que serán “alguien” siempre y cuando “algunos”, o sea nosotros como sociedad, hagamos algo para que esto sea así.

De no actuar con presteza como sociedad este ciclo se incrementará ya que los factores de riesgo y de privación social aumentarán este fenómeno. El alcohol, las drogas y los circuitos del deterioro harán su tarea destructiva.

Quiero adelantarles que no es solo un fenómeno de pobreza y pauperización, ya que se ha comprobado por estudios en otros países que aproximadamente el 30 % padecen patologías mentales y adictivas, que no tienen lugares de residencia y tratamiento.

La pandemia y la indigencia

Cada vez que se celebra el Día Mundial de la Salud Mental los medios de comunicación se llenan de las imágenes de miles de personas que viven en las calles, afectadas por patologías duales (enfermedad mental junto con adicción a drogas), población que se encuentra en estado de desprotección. Concurren a las guardias de hospitales, se los trata por la intoxicación a drogas y alcohol, se los desintoxica, presuntamente en una noche, y luego vuelven a la calle.

La intervención médica solo centrada en la desintoxicación si no va acompañada por un programa de mantenimiento y de tratamiento en distintos rubros de tipo ambulatorio o residencial solo los saca del episodio agudo, pero vuelven a las calles donde continúan con su adicción y deterioro mental. La adicción, renovada después de la desintoxicación, seguía haciendo su tarea, y el ciclo de marginación y desesperanza actuaba con la justeza homicida-suicida de las patologías letales.

Una madre me decía sobre esto: “cuando mi hijo sufre una crisis lo ingresan en la unidad de agudos, enseguida le dan el alta y vuelve a lo mismo, nunca vemos el final del túnel; no hay lugares para su asistencia,

nos sentimos desvalidos, es un sufrimiento permanente”.

Es el drama de la medicina y la psiquiatría actual ya que la crítica a las instituciones psiquiátricas (confundir manicomios con instituciones especializadas) ha dejado a miles de personas con padecimientos mentales en la calle. Se confunde manicomio (estructura a reformar y modificar en sus bases mismas de marginación) con los centros residenciales como las comunidades terapéuticas o las casas de vida. Estar internado es mala palabra. Se confunde internación con prisión y se los devuelve a la prisión verdadera o a la prisión de la marginación callejera.

Así, hay miles en la calle. Un estudio realizado por La Coalición Nacional por los Homeless (Human Rights Watch) (Smith, 2012) muestra que a medida que se ataca a las instituciones se desplaza a los pacientes a la calle (aumentan los homeless), a la cárcel y a cualquier lado (lo llaman “elsewhere” o sea en otra parte o en cualquier parte). Es un estudio realizado entre 1963 y 2003 que muestra este circuito de la decadencia y que se está tratando de reformar en los países centrales.

Familias multiproblemáticas

Nos parece pertinente introducir el concepto de las llamadas “Familias Multiproblemáticas”, en las cuales hay varios miembros que tienen problemas, viven en la calle, en “tugurios” o en “palacetes” llenos de marginación opulenta.

Las familias multiproblemáticas surgen de la ruptura y la escoriación social más dura que hemos vivido desde el 2000, momento en el que se ha roto el pacto tradicional entre gobierno, sociedad y familia. La familia no educa y los chicos no aprenden de sus padres como “se debe vivir la vida” (Bau-

man, 2003). En este contexto, la droga es la dosis letal para este conflicto social.

Con estas políticas, estamos promoviendo la falta de atención en materia de adicciones, lo que resulta en deterioro y patología mental deficitaria. La combinación de la esquizofrenia o la depresión con abuso de alcohol u otras drogas, conduce a muchas personas a terminar en situación de calle.

Conclusiones

Un alto porcentaje de las personas sin hogar padecen de patología dual: severos síndromes depresivos o de pérdida de contacto con la realidad, combinado con consumo de sustancias. Al no contar con apoyo familiar o social adecuado, y por la propia patología, terminan viviendo en situación de desamparo.

Estas personas suelen tener otras enfermedades que coexisten con la patología psiquiátrica por lo que su esperanza de vida se reduce 10 a 15 años, en comparación con la población general (Vidal, Bleichmar & Usandivaras, 1977). Suelen combinarse la malnutrición, el estilo de vida de la calle, el consumo de tóxicos, la falta de apoyo social y la falta de documentación, factores que impiden su inclusión en programas sociales y los llevan a desconfiar de toda ayuda. Son los “nadies” de hoy. Son una “cachetada” diaria y un llamado al altruismo social.

Podríamos decir que corremos el riesgo de acabar como los bebés del experimento de Federico II, quien estaba obsesionado por saber y determinar si existía una ‘lengua natural’. Ordenó que se recluyeran en una sala a 30 recién nacidos y que se les suministraran los mejores cuidados de la época. Pero con una condición, las criadas que se ocupaban del cuidado de los niños no debían hablarles ni establecer ningún tipo de gestualidad o comportamiento que pudiera

interpretarse de un modo afectivo o emocional por los bebés. El resultado fue desastroso, murieron todos los bebés sin excepción.

Por su parte, Boris Cyrulnik (2006), el neuropsiquiatra francés, hijo de judíos que murieron en el Holocausto, postuló que el trauma infantil no provenía, por ejemplo, de una situación de abuso, sino de la falta de afectos en el trato familiar diario de esos niños. Este hecho le sirvió de apoyo en su estudio con huérfanos rumanos, víctimas de la caída de Ceaucescu, donde estos pasaron de sufrir autismo a poder cursar estudios superiores o generar un núcleo familiar, gracias a la influencia de los hogares de acogida.

En resumen, miles de argentinos crecen sin tutela, sin palabras, sin vínculos significativos. El desamparo social y las drogas cumplen un rol crucial en esta situación. El contexto de la pandemia y la cuarentena empeoraron este panorama y nosotros debemos implementar soluciones abarcadoras,

para estos problemas tan complejos. Este es nuestro papel futuro.

Recomendaciones

Debemos salir en búsqueda y promover el encuentro con las familias multiproblemáticas. Buscar a los jóvenes “invisibles” guardados en villas o pernoctando en tribus urbanas o con barras bravas, para que sean visibles.

Así también, debemos buscar en nuestros pacientes las secuelas neurológicas severas, con el síndrome prefrontal, siendo estos sus principales síntomas: Apatía, Ataxia, Amimia y Anhedonia. Si no los atendemos, progresarán hacia la dementización.

Por último, debemos ofrecer a la sociedad un espacio simbólico, cálido y elaborativo de situaciones traumáticas: duelos, abandonos, abusos y delitos, jerarquizando el poder convocante del lenguaje.

Bibliografía

- Bauman Z (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Carrillo R. La salud del pueblo depende de diversos factores indirectos del pueblo. En: *Política sanitaria argentina* [Internet]. Remedios de Escalada: De la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2018 [citado 29 julio 2022]. p. 51-57. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/9789874937032>.
- Cyrulnik Boris (2006). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Buenos Aires. Argentina. Gállica.
- Horton F (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Comment*. Volume 396, Issue 10255, P874, September 26, 2020.
- Jones M (1952). *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*. Londres. Tavistock Publications.
- Jones M (1966). *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*, Madrid, Editorial Escuela.
- Jones M (1962). *Psiquiatría social*, Madrid, Editorial Escuela. Jones, M.: *La psiquiatría social en la práctica*, Buenos Aires, Americalee, 1968.
- Malivert M, Fatséas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M (2012). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *Eur Addict Res*. doi: 10.1159/000331007.
- Morin Edgar (2003). *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa.
- Smith N (2012). *La nueva frontera urbana. Ciudad revanchista y gentrificación*. Madrid. Traficantes de sueños.
- Vidal G, Bleichmar H & Usandivaras R (1977). *Enciclopedia de Psiquiatría*. Buenos Aires. Editorial El Ateneo.

Capítulo 13

Cambios en un hospital escuela de salud mental¹

Mariano Motuca

En Marzo de 2020 el mundo comenzó a vivir una situación sin ningún precedente ni punto de comparación en la historia conocida de la humanidad. La pandemia por SARS irrumpió en un mundo donde las comunicaciones alcanzan un nivel de inmediatez en la gran mayoría de los países; esto produjo que la información y la desinformación invadan nuestra vida cotidiana siendo muy difícil diferenciar lo que ocurría en nuestro contexto de lo que pasaba a miles de kilómetros de distancia. Una de las consecuencias de esta situación, que pudimos observar, fue la dificultad para ejecutar prácticas médicas eficaces, ya que el ejercicio de la medicina a través de algoritmos y protocolos universales suele ser más funcional a las matemáticas y a las estadísticas, que a los individuos (Agamben et al., 2020; Levin S, 2020). En las siguientes páginas intentaremos transmitir la experiencia del abordaje de pacientes con enfermedades mentales y adicciones en un contexto de internación. No cualquier contexto, sino un lugar determinado, con sus condiciones particulares a nivel de recursos económicos, físicos y personales, con sus lazos sociales, con su historia y su carga cultural.

Escenario

Las prácticas que vamos a comentar se desarrollaron en un hospital escuela de Salud Mental (de los mal llamados monovalentes o, peor aún, manicomios, desde la no inocente práctica a la que hemos asistido en los últimos años, de confundir lugar físico con concepción de abordaje de la enfermedad mental). Dicho hospital está ubicado en la provincia de Mendoza, República Argentina. Cómo dijimos anteriormente, la finalidad del presente trabajo es transmitir una experiencia, por lo tanto vamos a sacrificar la exposición de datos numéricos precisos en pos de facilitar una narrativa que permita una lectura más amena.

El hospital es uno de dos hospitales que existen en Mendoza con esas características; al inicio de la pandemia contaba con 81 camas de internación, y los siguientes servicios: rehabilitación, guardia, atención ambulatoria, nutrición y un centro comunitario de atención primaria de la salud. Los servicios de internación contaban con psicólogos, trabajadores sociales, médicos psiquiatras, un médico clínico y un neurólogo. El servicio de atención ambulatoria ofrece tratamiento

de psiquiatría, de psicología y neurología, y además, se pueden realizar interconsultas para que intervengan Licenciadas en Trabajo Social. Es importante mencionar que cuantitativamente la oferta de profesionales psiquiatras supera a las de las otras disciplinas.

El hospital es parte del sistema de Salud Pública, es decir cuenta con financiamiento del Estado. Vale aclarar que el financiamiento de la Salud Mental Pública nunca ha alcanzado el porcentaje del 10% del presupuesto de Salud que marca la Ley Nacional de Salud Mental vigente en la Argentina² (ACIJ, 2021; Gobierno de la República Argentina, 2021; *Ley Nacional de Salud Mental 26657*, 2010).

Sin ser un lugar especializado en el abordaje de patologías adictivas, el perfil psicopatológico predominante de la población que se atiende en el hospital incluye un porcentaje muy elevado de pacientes con problemáticas de consumo; dicho porcentaje alcanza valores superiores al 90% si se incluye la adicción a la nicotina, un problema grave si se considera el sub-diagnóstico del mismo en las historias clínicas de los pacientes.

Los pacientes internados generalmente ingresan por descompensaciones agudas de cuadros psicóticos o afectivos (Esquizofrenia y trastornos relacionados, Trastornos Depresivos, Trastorno Bipolar), o alteraciones conductuales asociadas a trastornos de personalidad. Estos pacientes suelen presentar como comorbilidad algún tipo de problemática de consumo, generalmente de tipo dependencia, vinculada con alcohol, marihuana, nicotina, y en menor medida, inhalantes y cocaína; es sumamente infrecuente la presencia de pacientes con problemáticas de consumo de drogas sintéticas.

Cambios a partir de la pandemia.

Cuando se determinó la cuarentena, una de las decisiones más importantes que se tomaron fue la de bloquear los servicios de internación y redistribuir dentro del mismo hospital a los pacientes que estaban internados en ese momento conforme a criterios de vulnerabilidad para contraer la infección por COVID-19. De esta manera, los pacientes más vulnerables se internaron en un mismo servicio. Además, se conformó un Comité de Crisis del que participaban los directivos del hospital y todos los jefes de Servicio. Dicho Comité constituyó un espacio en donde se ponía a discusión las diferentes medidas sanitarias y de funcionamiento del hospital en general.

También se determinó que los pacientes no podían irse de alta ya que, recordemos que toda la población estaba en Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) desde el 20 de marzo de 2020 y hasta el 7 de junio de 2020 inclusive.

Los ingresos de los pacientes se realizaban en un único servicio, en el cual permanecían al menos durante 14 días para descartar la aparición de síntomas compatibles con infección por COVID-19. Luego de ese lapso, conforme al estado psicopatológico del paciente, se decidía la continuidad de su internación en otro servicio del hospital o el alta. No se realizaron tests masivos durante toda la pandemia; la realización de estos estaba sujeta a los criterios que el Ministerio de Salud de la provincia aplicaba a la población general; esto permitió que no existiera un relajamiento en las medidas de protección personal por parte del equipo y que se extremaran los cuidados para que las mismas se respetaran por parte de los pacientes. Desde el punto de vista de la organización

del trabajo con el personal del hospital, uno de los puntos más complejos estuvo relacionado con las dificultades para conseguir elementos de protección personal y alcohol en gel, vinculados al desabastecimiento que se vivió en el país. En ese contexto había que trabajar con la incertidumbre, tanto de los pacientes como de los profesionales y demás miembros del equipo. Las dos herramientas principales que utilizamos para enfrentar la situación fueron:

- 1) Transmitir sólo información oficial, tanto a pacientes como a los miembros del equipo. Se decidió utilizar como fuente de información los boletines que emitía el Ministerio de Salud de la provincia. De esta manera se podía desactivar rápidamente la propagación de información falsa o contradictoria que aumentara la vivencia de incertidumbre.

- 2) La creatividad para diseñar intervenciones, que rápidamente se inclinaron mayoritariamente a espacios de trabajo grupal. Así se realizaron talleres sobre la enfermedad, formas de contagio, medidas de protección, etc; se programaban espacios de actividad física, lo cual estaba facilitado por el espacio amplio del cual dispone el hospital; también se organizaban actividades recreativas en las cuales se producía la interacción entre pacientes y los miembros del equipo, buscando sostener lazos sociales ante la imposibilidad de contacto presencial con familiares o grupos de apoyo.

Hasta que no se determinó la circulación comunitaria del virus en la provincia de Mendoza (2 de agosto de 2020) no se habilitó un servicio exclusivo para pacientes COVID positivos o casos sospechosos. Ante la presencia de casos sospechosos se procedía a

su derivación a los hospitales generales, que estaban totalmente abocados a la atención de pacientes con COVID. Una vez habilitado dicho espacio se trabajó en la construcción de un protocolo de acción para intervenir con estos pacientes. El protocolo elaborado contemplaba desde la praxis psiquiátrica, el uso de elementos de protección personal, hasta las intervenciones psicofarmacológicas específicas.

¿Y con las adicciones qué?

Si bien el Hospital es un dispositivo de internación monovalente, sin una orientación específica a las problemáticas de consumo, los usuarios de los servicios de internación presentan una incidencia muy alta de trastornos vinculados al consumo.

En nuestra población las sustancias predominantes son el alcohol, la nicotina y el THC, en concordancia con lo observado en el resto del país (Observatorio Argentino de Drogas, 2021). En un segundo lugar podemos ubicar a un grupo conformado por las benzodicepinas, inhalantes y cocaína. Es excepcional recibir pacientes con problemáticas de consumo de drogas sintéticas.

En la mayoría de los casos observamos asociación de sustancias (generalmente entre las del primer grupo), y la dependencia de sustancias es levemente superior al patrón de abuso.

Probablemente como consecuencia de la formación que recibimos la mayoría de los profesionales que trabajamos en la institución (el Hospital es un hospital escuela que cuenta con una larga tradición formativa de residentes en psicopatología descriptiva) sumado a los recursos terapéuticos con los que se cuenta, el abordaje de los pacientes con problemáticas de consumo comienza

por establecer la presencia de algún otro cuadro psiquiátrico. En caso de detectar la presencia de patología dual adherimos a la teoría de la adicción como consecuencia del problema psiquiátrico de base. Los casos en los que la sintomatología es consecuencia del uso de sustancias son muy pocos y los abordajes se centran en el cuadro psiquiátrico instalado, trabajando la problemática de consumo como un síntoma más.

¿Qué pasó durante la pandemia?

En principio podríamos reflexionar sobre los factores externos que pudimos notar que se modificaron.

Durante la primera etapa de ASPO el acceso de los pacientes a las sustancias ilegales se vio prácticamente imposibilitado (recordemos que los pacientes no podían salir del servicio). Esto tuvo un claro efecto positivo ya que no hubo crisis asociadas a intoxicación. Sin embargo, se observó un aumento del consumo de nicotina. Si bien el acceso a cigarrillos estuvo levemente afectado por la disminución de la producción por parte de las tabacaleras y los problemas de logística de distribución, los pacientes aducían que en determinado momento era “lo único que los sacaba del aburrimiento”. En la segunda etapa de la pandemia (una vez superado el ASPO y la primera ola), las problemáticas de consumo volvieron a tener las características pre-pandemia que mencionábamos al principio de este apartado. La falta de un procesamiento estadístico preciso vuelve muy difícil la comparación con lo sucedido en otros sitios del país (Levin S, 2020; Observatorio Argentino de Drogas, 2020).

Podríamos reflexionar sobre la posición del equipo de salud ante estos cambios. Como dijimos al comienzo del capítulo, el cambio que más se notó fue una mayor oferta de in-

tervenciones de tipo grupal; dentro de estas intervenciones podíamos observar la interacción entre pares, y cómo el consumo ocupaba un lugar en la vida de cada paciente. Esto significó un crecimiento para los profesionales que, ante el predominio de los abordajes individuales, en muchas ocasiones focalizábamos nuestros esfuerzos sobre los efectos de las sustancias en la persona, dejando en un segundo plano las consecuencias sobre las relaciones interpersonales y el contexto. Es importante aclarar que no es que este tópico no se abordara en épocas de pre-pandemia, pero sí que los esfuerzos no se centraban en ello.

Conclusiones:

La pandemia nos llevó por delante. El impacto fue tan fuerte, tan inesperado, tan tremendo que nadie estaba preparado para asumirlo sin que las consecuencias lo afectaran de alguna u otra forma (Agamben et al., 2020). Las desigualdades a las que siempre hemos asistido quienes trabajamos en el ámbito de la salud mental pública, y sobre todo los efectos de dichas desigualdades que siempre han sufrido los pacientes que padecen un trastorno o enfermedad mental, quedaron en evidencia de la manera más obscena. El aislamiento potenció el abandono, la falta de recursos se vivenció como carencias (APSA, 2020; Levin S, 2020). La reacción, cuando y como se pudo, fue sobrevivir primero. Pero luego de las primeras reacciones reflejas de supervivencia, apareció la creatividad. Los pacientes y los equipos de trabajo potenciaron sus interacciones. Pudimos abandonar al menos en parte el modelo de atención centrado en el profesional para acercarnos al modelo centrado en la persona (Håkansson Eklund et al., 2019; Ramos Pozón, 2017). En cierta manera la pandemia era algo que atravesaba a todos y

nos volvió de golpe una comunidad mucho más horizontal porque a todos el miedo, la incertidumbre y la muerte nos acechaban por igual. La pandemia nos obligó a ponernos en acción, puede que muchos hayamos aprendido algo desde lo individual; desde lo institucional el aprendizaje creo que ha tenido que ver con animarnos a cambiar, sacudir el polvo de intervenciones naturalizadas, de estructuras rígidas, de esa especie de cómoda inmovilidad a la que muchas veces nos arrastra lo cotidiano. El tiempo dirá si superamos la pandemia siendo mejores, quizás la pretensión de que el ser humano pueda mejorar sea solamente una utopía para poder seguir; de ser así, bienvenidas las utopías.

Recomendaciones:

- Debemos acostumbrarnos a revisar con periodicidad nuestras prácticas profesionales.
- El modelo de atención centrado en la persona es un modelo válido aún en situaciones de crisis y en personas que padecen una enfermedad mental.
- La creatividad es una herramienta muy poderosa en la práctica profesional. Se nutre del conocimiento técnico, y también se nutre de los valores del equipo profesional (Fulford, 2011; Pieczanski & Matusevich, 2010).
- Ser reflexivos, ser creativos y pensar en un modelo de atención centrado en la persona requiere adoptar (y aceptar) posturas flexibles.
- Para poder aplicar todas las recomendaciones precedentes en el ámbito de la Salud Mental Pública es indispensable contar con presupuestos adecuados y políticas de estado que respalden el esfuerzo de los equipos de trabajo.

Bibliografía

- ACIJ (2021). Presupuesto 2021: Salud mental: Recursos insuficientes y concentrados en el manicomio. Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ). <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/Informe-presupuesto-y-salud-mental-2021-pdf.pdf>
- Agamben G, Zizek S, Nancy JL, Berardi F, Petit SL & Butler J (2020). Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias. Buenos Aires, Argentina: ASPO.
- APSA (2020). Comunicados APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos). Comunicados de la Comisión Directiva de APSA referidos a COVID-19. <https://www.apsa.org.ar/covid19.php>
- Fulford KW M.B (2011). Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK Department of Health Initiatives in the «Personalization» of Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 341-343. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01578.x>.
- Gobierno de la República Argentina. (2021). Presupuesto Asignado a Salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/transparencia/presupuesto>
- Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, Sundler AJ, Condén E & Summer Meranius M (2019). «Same same or different?» A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>.
- Levin S. (2020, agosto). El presente y los desafíos que enfrenta la salud mental. *Revista Consejo digital*. <https://archivo.consejo.org.ar/consejodigital/RC59/levin.html>
- Levin S (2020, agosto). La enorme mayoría cumple con las medidas sanitarias. *télam digital*. <https://www.telam.com.ar/notas/202008/505689-que-palabras-y-metaforas-usar-las-propuestas-de-los-psiquiatras-al-presidente-fernandez.html>.
- Ley Nacional de Salud Mental 26657. (2010). [Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/). <https://www.argentina.gob.ar/>
- Observatorio Argentino de Drogas. (2020). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid Informes Eje 1 Observatorio Argentino de Drogas Octubre, 202019. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_estudio_aspo_eje_1_informe_final_0.pdf.
- Pieczanski P & Matusevich D (2010). Promoviendo nuevos paradigmas: Bill Fulford y la medicina basada en valores. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina), 21(94), 450-458.
- Ramos Pozón S (2017). Person centered-care and recovery: Could it be used for obtaining a humanized health care? *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental*, 10(3), 179-180. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.02.002>.

Capítulo 14

Tratamiento de las adicciones en Maciá (Entre Ríos)

Nicolás Segovia

Doctor en psicología. Coordinador GÍA Maciá

Breve reseña de la historia del GÍA Maciá

A continuación se desarrollará la experiencia del abordaje del tratamiento grupal de adicciones en la etapa de ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio) del GÍA (grupo institucional de adicciones) del hospital Falucho de Maciá, Entre Ríos (Argentina).

El mismo se originó en el año 2013, a partir de la necesidad de adaptar el servicio a la nueva ley de salud mental Argentina 26.657, conformando de esta manera un equipo interdisciplinario con el recurso humano disponible para dar respuestas a la población con padecimientos psíquicos que asiste a dicho nosocomio.

Se realizaron entrevistas con personal de diferentes áreas del hospital con el fin de conocer cuál era la mayor demanda en lo relacionado a salud mental. La mayoría de las respuestas rondaban en torno a personas con problemas de consumo de drogas legales e ilegales. Este tipo de pacientes deambulaban periódicamente por el hospital sin

tener acceso a un tratamiento a largo plazo, el cual sea acorde para la complejidad de su enfermedad. Desde entonces, se incorporó el dispositivo de terapia grupal para usuarios adictos, el cual no había sido implementado antes en ningún efector de salud de la ciudad.

Aunque hubo un período de adaptación para que los consultantes logren sentirse confortables dentro de esta nueva modalidad de tratamiento, se puede decir que actualmente es un servicio que se ha afianzado y que el principal mérito para que este objetivo se materialice fue garantizar su continuidad ininterrumpida.

En el grupo participan aquellos pacientes que padecen una adicción en primera persona y también todo aquel que forme parte de su entorno más íntimo. Se incentiva a la participación de los familiares permanentemente porque se los considera partícipes necesarios tanto en la configuración de la enfermedad como en la rehabilitación (Pellegrini, 2011). El trastorno de dependencia

¹ El presente trabajo se enmarca en lo que podemos llamar escritura reflexiva. La idea es transmitir la experiencia del autor en su tarea diaria. Por esta situación, cuando se hace mención de porcentajes u otros datos numéricos, los mismos no son estrictamente precisos, sino que se utilizan con el fin de graficar una situación.

se gestaría en un contexto interactivo particular, es decir, con otros, en un entramado complejo. Por lo tanto, se necesita de los otros significativos también para generar un cambio en su situación vital. , y sobre todo, para no dejarlos caer cuando hay deseos de incurrir en conductas de riesgo.

En este sentido, se emprende una ardua tarea de cambio de hábitos a través de la psicoeducación, apuntando no solo a lograr la abstinencia sino también a sostener los resultados positivos, previniendo las recaídas. Los coordinadores son concientes de que si los familiares del paciente no son receptores de la misma información acerca de qué acciones ejecutar, cómo ejecutarlas y el por qué, posiblemente no se implementen las estrategias propuestas en las sesiones terapéuticas. Para el GÍA, la familia del usuario es un recurso terapéutico esencial, y deben compartir el mismo espacio de terapia grupal.

El trabajo no solo está enfocado en la recuperación de la salud de las personas adictas sino que también gran parte del recurso energético se destina a la prevención. Durante los años que el servicio se ha prestado se impulsaron distintas estrategias preventivas del consumo de sustancias como son charlas en la comunidad, programa de radio en el cual se combinaba en un formato original la psicoeducación y el entretenimiento, videos dirigidos al público en general y la conformación de un grupo de padres para ser parte activa de este trabajo.

Desde el año 2017 se realizan en la ciudad jornadas de adicciones en el mes de octubre, en las que han brindado conferencias reconocidos profesionales en la materia a ni-

vel nacional e internacional. Estas jornadas, que ya se han convertido en una tradición local, son una producción inconmensurable de conocimiento y de conciencia sobre una problemática que subyace en la comunidad y que lentamente se va tornando más visible. El público a la que se destina no es solo profesionales de salud sino también docentes, estudiantes, fuerzas de seguridad, empleados municipales, judiciales y público general.

En relación a las estrategias preventivas implementadas por el grupo, se ha puesto un especial énfasis en captar la población adolescente de la localidad, apoyando e impulsando la creación de grupos de estudiantes dentro de las instituciones educativas comprometidos con la temática. Estos adolescentes, coordinados por un docente de la misma escuela se encargan de sondear las inquietudes e intereses de sus pares, y en base a ellas se han generado originales campañas de prevención que luego han sido compartidas con estudiantes de otras localidades de la provincia y sus referentes.

Un nuevo comienzo (20 de marzo de 2020)

El mundo se encontraba perplejo ante la inminente llegada de un inesperado visitante. Lentamente, todos los medios de comunicación de cada parte del mundo empezaron a teñir sus titulares con un nombre que desde entonces forma parte de la vida de cada uno de los seres humanos del planeta...“Covid-19”. En Argentina, el 20 de marzo de 2020 será recordado como el día en que el presidente de la nación, Alberto Fernández, comunicaba a la población el inicio del ASPO.

2 <https://www.argentina.gob.ar/salud/transparencia/presupuesto>

Aquello que parecía tan lejano y surrealista finalmente estaba sucediendo en el país. Las imágenes provenientes de China y de Europa de personas usando barbijos y manteniendo distancia unas de otras dejaron de ser parte de un film de ficción para convertirse en un reality show diario, del que todos eran participantes. El objetivo: sobrevivir.

Se inicia un período de cuarentena que genera inevitablemente una irrupción en la vida cotidiana de la población, tornándose difícil de asimilar, ya que en un primer momento se activa el mecanismo de negación de la realidad, el cual lleva a creer que esa situación solo le puede ocurrir al otro, sin concebir la posibilidad que se experimente en carne propia. La atención se centra en el número de contagios diarios, cada argentino lleva un registro personal de cuál es el parte de la jornada de infectados y de personas fallecidas. Números que crecen en forma desmedida y que desnudan otra verdad dura de digerir, que el encierro se prolongará más de lo esperado.

En una investigación realizada en Argentina en las fases iniciales de la pandemia, en la que se implementó el modelo “COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak”, elaborado por la Oficina Regional Europea de la OMS, se observa un impacto en la salud mental de las personas. Se destacan sentimientos como el miedo, la incertidumbre y la angustia (Johnson, Salletti-Cuesta & Tumas, 2020). El mismo se debe, de acuerdo a los autores, a un sentido de ruptura en la cotidianidad y pérdida de previsibilidad que supone esta pandemia como producto del aislamiento que conlleva.

Durante las primeras semanas de confinamiento, Entre Ríos se ve lejana a grandes áreas metropolitanas como Buenos Aires en cuanto a la impresión de que la situación sanitaria se estaba yendo de las manos. En la provincia si bien hubo algunos casos aislados se trataba de pequeños brotes controlados. Maciá gozaba de esta sensación de protección, sin saber que se trataba de un equilibrio demasiado precario. Sucedió un giro dramático cuando se conocieron un número importante de infectados sin poder determinar su nexo epidemiológico y desde entonces los casos positivos y decesos aumentan en forma desmedida. Primero en las ciudades más grandes y representativas de la provincia, más tarde Maciá se incorpora al mapa rojo de áreas afectadas.

Las primeras medidas de la etapa “dura” de la cuarentena afecta prácticamente a todos los sectores de la sociedad, pudiendo seguir con su funcionamiento normal solo aquellas áreas y profesiones que se consideraban esenciales para el bienestar de la población. En lo que respecta a salud pública, algunos servicios fueron suspendidos debido al riesgo de contagio que implicaba la circulación de usuarios en las instituciones. De esta manera, la atención se vio limitada a las urgencias.

El servicio del grupo de adicciones del hospital Falucho estaba funcionando en ese momento con 15 pacientes, con un nivel de adherencia al tratamiento aceptable. Las sesiones grupales tenían lugar dos veces a la semana y además algunos de los usuarios realizaban como complemento a este dispositivo, psicoterapia individual y tratamiento psiquiátrico. Se mantenía un contacto fluido con pacientes y sus familiares a través de grupo de Whatsapp, llamadas telefónicas o

visitas domiciliarias. A partir del 20 de marzo de 2020 el servicio se interrumpe y se les debe comunicar a todos los miembros del grupo acerca de la suspensión, debiendo reconocer también ante las consultas de los usuarios que no hay una fecha clara para el regreso, aunque inicialmente se creía que sería solo por catorce días. Como consecuencia de las restricciones, también se suspenden las visitas domiciliarias y las instancias de terapia psicológica individual y psiquiátrica.

Este, a grandes rasgos, fue el contexto en el cual el GÍA Maciá tuvo que comenzar a reinventarse para sostener el tratamiento de sus usuarios hasta la actualidad. Cabe destacar que los pacientes adictos necesitan, para concretar y sobre todo sostener los resultados del tratamiento, mantener la regularidad y un seguimiento permanente en sus procesos, e incluso esto no puede ser considerado garantía absoluta del éxito terapéutico por tratarse de una enfermedad compleja.

Algunos datos

En la actualidad no se dispone en Argentina de cifras oficiales con respecto los niveles de consumo desde que la pandemia por Covid-19 emergió. Sin embargo, en 2021, el observatorio argentino de drogas realizó un relevamiento con el objetivo de describir los cambios en las experiencias de consumo de alcohol, tabaco, medicamentos, psicofármacos sin prescripción médica y drogas ilegales, en población de entre 18 y 66 años que reside en contextos urbanos del país, en el marco del ASPO. Este estudio incluyó a algunas ciudades de Entre Ríos.

Entre los resultados se destaca que hubo una marcada tendencia a las situaciones de consumo en soledad, ya sea de personas que viven solas o que viven con otros. En referen-

cia al consumo de tabaco se modificaron la frecuencia, el uso y los espacios de consumo, sobre todo en aquellos que conviven con otras personas.

Aquellas personas que participaron del estudio y que refirieron haberse autoadministrado medicamentos, justificaron este accionar por el sentimiento producido por la sobrecarga de tareas en el hogar a partir del aislamiento obligatorio. Los fármacos de venta libre como Ibuprofeno, Sertal o Migralse encuentran dentro de la lista de los más consumidos por los participantes del estudio.

En cuanto al alcohol Trazan una distinción entre el consumo en adultos y población joven. Con respecto a los primeros, el beber alcohol se relacionaba con una búsqueda de reducir el estrés experimentado en el día. Este es el motivo por el que la ingesta empezó a tener lugar en momentos de la jornada en los que habitualmente no se consumía, traduciéndose en un aumento de la cantidad consumida y de la frecuencia. Los jóvenes en cuarentena habrían reducido la cantidad de alcohol ingerida debido a que se restringieron las reuniones y eventos como salidas a boliches fiestas con amigos. El uso de alcohol en jóvenes está vinculado mayormente a una conducta social.

Los participantes del estudio que refirieron haber consumido cannabis durante el ASPO expresaron que el cambio estuvo en no fumar marihuana en forma recreativa o para crear lazos, sino como un recurso para afrontar el malestar psíquico experimentado por el aislamiento.

Rearmando las piezas

Tras el shock inicial producido por la interrupción forzada del servicio, la coordinación del GÍA debía idear y poner en acción nuevas estrategias para garantizar la continuidad de

los procesos terapéuticos de sus usuarios. Había sido un “trabajo de hormigas” lograr la consolidación y la aceptación dentro del nosocomio de un grupo de adicciones y la atmósfera que se respiraba en ese preciso momento era la de un grupo de pacientes y coordinadores que los unía un fuerte lazo afectivo.

Era común en las sesiones grupales que alguno de los presentes exprese que en caso de no haber podido asistir la sesión anterior “sintió que extrañaba ver a sus compañeros y las charlas”. En esas situaciones puntuales, los miembros del grupo contaban con que si no podían estar presentes en una de las citas, tendrían la oportunidad de asistir a la siguiente. Incluso, cuando llegaba el momento del año de tomar vacaciones para la coordinación, no se lo hacía sin diseñar algún plan de seguimiento para los pacientes.

En las semanas programadas para el receso, se acordaban con los usuarios y sus familias algunas tareas para aplicar en el día a día y tips para tener en cuenta en algunas fechas que se consideran “críticas” por el alto riesgo de recaídas como son las fiestas de fin de año. Se dejaba en claro la fecha de reinicio del dispositivo, lo cual era una motivación para continuar con lo trabajado en terapia y retornar de las vacaciones con novedades para compartir con los demás integrantes. Además, se les aclaraba que el teléfono de la coordinación quedaba a disposición por cualquier situación urgente que se presente.

Esta era la primera vez desde la fundación del grupo institucional de adicciones en que no había un plan B, tampoco había fechas concretas para el reinicio de las actividades ni tareas para el hogar pensadas con antelación para cada situación particu-

lar de los usuarios. Se empezó a configurar una situación de emergencia, debido a que una persona que padece una adicción y que interrumpe su tratamiento se encuentra en un alto riesgo de recaer o abandonar el tratamiento definitivamente. Sobre todo en la primera fase del tratamiento, hay una ambivalencia muy grande en este tipo de pacientes que oscila entre dejarse ayudar o continuar con el consumo y las conductas de riesgo. Suspender el dispositivo representaba para algunos de los usuarios un elevado riesgo de muerte, por lo cual el tiempo apremiaba.

Dado que todos los servicios del hospital estaban suspendidos, excepto las guardias de urgencias médicas, y que no se podía circular en la calle sin un permiso otorgado por la policía y con un motivo que lo justifique, resultaba imposible pensar en una instancia presencial. Por lo tanto, se empezó a vislumbrar la posibilidad de implementar el recurso de la virtualidad. Considerando que es una metodología que nunca antes se había utilizado, la elección de la plataforma para concretar las sesiones virtuales tuvo algunos contratiempos. Las edades de los pacientes oscilaban entre los 18 y los 70 años, la diferencia generacional se hacía visible en cuestiones relacionadas al uso de tecnología. Algunas plataformas de videollamadas necesitaban ser instaladas en el dispositivo personal, pero algunos pacientes no contaban con el equipo adecuado para tal requerimiento o no poseían conocimientos sobre el uso de computadoras o teléfonos celulares.

Finalmente se optó por sistema de videollamadas grupales de Whatsapp, justificando esta elección en que la mayoría tenía descargada la aplicación en sus móviles y tenían noción de cómo usarla. El servicio de terapia grupal se restableció en los mismos

días y horarios en que habitualmente se llevaban adelante, para que los usuarios vuelvan a incorporarla a su agenda semanal. Se vivió un clima de emoción y satisfacción por el reencuentro aunque sea a través de una pantalla, se palpaba la sensación de necesidad de compartir con el otro, de estar cerca.

Los contratiempos no tardaron en llegar: problemas de conectividad que dejaban congelada la imagen de algunos participantes y que no les permitía estar presentes en la totalidad de la sesión, baterías que fallaban, móviles con problemas preexistentes que no permitían a su propietario estar presente en algunas instancias, dificultades de sonido, etc. Pero había una situación más compleja y era la de aquellos pacientes que no eran poseedores de ningún tipo de dispositivo para conectarse, además de resultarles inviable en lo económico lograr ese cometido. Ellos representaban una franja de pacientes que inevitablemente quedaban imposibilitados para la continuidad del tratamiento ya que lo virtual era la única alternativa permitida. La satisfacción no era completa al saber que parte del grupo no tenía los medios para continuar con el proceso.

Consultados por los sentimientos que estaban experimentando mientras cumplían con el aislamiento obligatorio, señalaban que no podían evitar la impresión de extrañeza y que se echaban mucho de menos. Les resultaba atípico y difícil de asimilar el hecho de no estar sentados en ronda mirándose la cara con el otro. Extrañaban la sensación de cercanía que los recorría al estrechar la mano de su compañero o el abrazo fraternal que estos encuentros propiciaban. De todas maneras, no dejaban de expresar su alegría por el reencuentro y la continuidad de su tratamiento. La terapia grupal virtual les permi-

tía volver a conectarse con un sentimiento de estar acompañados y recuperaba parte de la motivación para el cambio.

Evaluación de la motivación

Ya habiéndose concretado el objetivo de restablecer el servicio a través de la virtualidad, el siguiente paso fue evaluar la situación de cada uno de los pacientes, teniendo en cuenta el punto exacto en donde su proceso había sido interrumpido por las medidas sanitarias. No era un detalle menor que habían transcurrido algunas semanas desde el cese del servicio y había conciencia de que cada día perdido en un tratamiento de adicciones equivale a un riesgo alto y concreto de recaídas.

Hubo un factor que fue determinante en la primera evaluación y tiene que ver con el estrés sufrido como consecuencia del confinamiento. La incertidumbre de hasta no saber cuándo se extendería la medida de aislamiento, la soledad, el temor a enfermarse y/o morir hicieron mella en el estado anímico de los pacientes. Además, la mayoría provenían de clase social baja y al no tener permitido continuar con sus actividades, manifestaban estar sufriendo por no llegar a cubrir las necesidades básicas. La caída en lo anímico precedió en estos casos a la recaída en cuanto a los consumos. Se percibía desde la coordinación que desde la interrupción de las sesiones grupales presenciales los usuarios sufrieron un retroceso en sus procesos, traduciéndose en una desorganización de sus hábitos y cuidados personales respecto a la prevención de conductas de riesgo.

En el caso de los pacientes con tratamientos de desasosicación tabáquica se pudieron distinguir dos grupos muy marcados: en el primero de ellos se encontraban los que habían concretado la abstinencia y que cuando el

servicio se suspendió no estaban fumando y luchaban por sostener los resultados. Gradatamente se pudo comprobar que en el reinicio del dispositivo a través de videollamadas no habían vuelto a probar pitada. En el otro grupo, el que estaban reduciendo gradualmente el número de cigarrillos fumados por día, sufrieron en el ciento por ciento de los casos una recaída, algunos de ellos incluso con efecto rebote, aumentando notablemente la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente antes de iniciar la cuarentena. Se instó a este grupo a retomar las medidas trabajadas en la terapia, recordándoles siempre que una recaída no debe ser sinónimo de fracaso del tratamiento. Otra de las cosas que expresaron durante ese período es que al no ingresar cigarrillos a la localidad por las restricciones, tuvieron que ingeniar-se para comprar los componentes y de esta manera armarlos ellos mismos.

En algunos puntos del país alejados de las plantas elaboradoras de cigarrillos, como Maciá, la distribución de los mismos no era un proceso sencillo. Teniendo en cuenta las restricciones en la actividad laboral, las empresas distribuidoras no contaban con el personal necesario para cubrir la demanda y se daba un ingreso a la ciudad del producto en una baja frecuencia. Los consumidores realizaban compras mayoristas de la escasa mercadería disponible y muchos fumadores no alcanzaban a acceder a los cigarrillos. Algo similar sucedió con la venta de alcohol en cuanto a que algunas marcas reconocidas de bebidas hacían sus entregas una vez al mes en la localidad, con la diferencia de que el producto llegaba en mayores cantidades y duraba más tiempo en stock.

Los usuarios alcohólicos que tenían como modalidad de consumo concurrir a bares y reuniones sociales, se vieron favorecidos por

el ASPO en cuanto a que fue un factor que les restringió su contacto con los entornos tóxicos. De esta manera, se pudo observar una tendencia al sostenimiento de la abstinencia. Diferente fue la situación de los pacientes que bebían alcohol en su propio hogar, en estos casos la tendencia a la recaída y al aumento del consumo fue notable, justificando esta acción por los sentimientos de angustia, soledad y depresión productos del encierro. Tal es así que las primeras deserciones durante la cuarentena fueron por parte de los usuarios con estas características.

En cuanto a los pacientes que consumían drogas ilegales dio un hecho muy particular, ya que al ser tantas las medidas de restricciones para el acceso a la ciudad y había tantos controles policiales para cada vehículo y persona que deseaba ingresar, que en los primeros meses del ASPO había escasa o nula circulación de drogas ilegales. Los únicos que continuaron con el consumo regular fueron los usuarios que poseían una cosecha personal de marihuana en sus casas. De esta manera, la cuarentena propició una oportunidad importante para motivar a los pacientes a tomar distancia del consumo de drogas ilegales.

Al estar limitados la mayoría de los servicios de salud, no solo el acceso a la terapia del grupo GÍA se vio suspendido en ese período, sino que también las atenciones a otras especialidades que eran indispensables para la recuperación de los usuarios del dispositivo. Las atenciones en psiquiatría habían sido canceladas hasta nuevo aviso, con el agregado de que en Maciá no se cuenta con ningún profesional de esta rama en los servicios públicos, por lo cual se debía viajar a una ciudad vecina a concretar las consultas. Los pacientes con patología dual

y con tratamiento de medicación psiquiátrica para atenuar los síntomas de craving y abstinencia sufrieron un período de incertidumbre hasta que se comenzó con atenciones online. Lo mismo sucedía con otras especialidades para atender las complicaciones producto del consumo como son cardiología, gastroenterología, neumonología, etc. La motivación de los pacientes se vio afectada por la imposibilidad de continuidad de algunos de estos servicios de salud.

La evaluación de la motivación al cambio no estuvo centrada exclusivamente en los pacientes sino también en los familiares que los acompañaban en el tratamiento. Ya se había mencionado en el inicio del capítulo que los integrantes de la familia que acompañaban el proceso participaban del mismo dispositivo grupal. En el período de medidas más estrictas del ASPO en que el grupo llevó adelante sus sesiones mediante videollamadas, hubo un nivel llamativamente bajo de participación de los miembros de la familia. El argumento esgrimido por parte de ellos era, en general, que al convivir las 24Hs del día por estar cumpliendo la cuarentena obligatoria, querían brindarle a este familiar su momento de privacidad y para que “pueda hablar sus cosas” sin ser molestado. Los niveles de motivación y adherencia al tratamiento de los familiares de usuarios adictos disminuyeron en el período de ASPO en relación con la etapa de presencialidad.

Tras realizar una evaluación respecto al cambio en la participación familiar, se arribó a la conclusión de que así como los pacientes sufrían el estrés por el confinamiento con consecuencias en su estado anímico, sus familiares no estuvieron exentos de tales circunstancias. Aquellos que habían tomado el rol del acompañante en el tratamiento es-

taban experimentando, por tratarse de un fenómeno mundial, los mismos síntomas emocionales que sus acompañados: angustia, ansiedad, incertidumbre, etc. Por lo cual no se sentían en condiciones psicológicas como para sostener y apuntalar en el período de ASPO a su familiar adicto, reflejándose en la cantidad y calidad de sus intervenciones en el dispositivo.

La imposibilidad de los encuentros presenciales, sumado a que tampoco eran viables las visitas de algún agente sanitario a los hogares de los pacientes que no poseían medios para la conectividad, atentaron contra la continuidad de su tratamiento. Lamentablemente y pese a tratarse de personas enfermas, en algunos casos con un riesgo elevado de muerte, el tratamiento de las adicciones no fue considerado un servicio esencial que debía continuar su curso. De esta manera, algunos usuarios abandonaron la terapia, lo cual generó sentimientos de impotencia en la coordinación por no poder remediarlo.

Prevenir el estrés y las recaídas

En el transcurso de las sesiones grupales online se trabajó con la premisa de gestionar el estrés de los usuarios, considerando que a mayores montos de estrés, mayores serían las probabilidades de una recaída del paciente. En cada videollamada se destinaba el tiempo necesario para indagar acerca de cómo ocupaban el tiempo de su día, cómo se organizaban en las tareas de su hogar, la convivencia con familiares, alimentación, ocio, descanso, etc. Se les brindaba distintos tips para lograr que esta instancia de aislamiento sea lo más amena posible y evitar crisis que puedan derivar en deseo de consumo de sustancias. Uno de los principales desafíos era lidiar con el tedio producto de

la rutina, por lo que se conversaba en grupo y se compartían variadas propuestas de actividades a realizar en el hogar, solos o con su familia.

Entre otras estrategias destacaban la posibilidad de tomarse el tiempo para ponerse al día en algunos quehaceres domésticos que venían posponiendo desde hacía mucho o repensar algunos aspectos de su proyecto de vida personal y familiar. Ya se había hecho referencia al rol de los miembros de la familia en el proceso terapéutico, pero ahora se estaba en un escenario diferente, de convivencia 24/7 a partir del cual podía crearse un ambiente favorable para la recuperación (que implicaba mayor contención) o en el caso contrario de algunos usuarios, un estado de mayor vulnerabilidad debido a la precariedad de los vínculos, con presencia de violencia, desvalorizaciones, falta de comunicación, etc. Se trabajaron límites emocionales sanos para aprender a manejar las interacciones que derivaban en estados emocionales negativos, los cuales activaban las alarmas de la recaída.

Vuelta a la presencialidad

Con el correr de los meses, el panorama sanitario comenzó a mostrar algunos indicios de cambios. Aunque el número de casos de personas infectadas y de decesos diarios se incrementaba, la población mundial pudo ir configurando lentamente una adaptación a la realidad pandémica. Desde esta perspectiva, la resiliencia individual y la colectiva no serían fenómenos opuestos o disociados, sino que interactuarían íntimamente en el momento de atravesar por una situación traumática, en la cual se necesitará que entren en juego respuestas adaptativas tanto individuales como colectivas o grupales. Al ser miembro de un grupo, el sujeto necesita-

rá del mismo para salir adelante en una relación de ida y vuelta constante (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).

Más tarde, en el primer período en que las estadísticas reflejaron una baja en el índice de contagios en Argentina, el grupo GÍA recibió la tan ansiada autorización para restablecer su servicio, siguiendo algunas medidas sanitarias como el uso de barbijos, evitar el contacto físico, presencia de alcohol en gel y la distancia de dos metros entre cada participante. Los usuarios fueron notificados mediante comunicación telefónica o visita al hogar de una enfermera perteneciente al equipo de salud mental. Cabe destacar que no se había vuelto a saber de alguno de ellos desde el inicio del ASPO. Como ya se había expresado, eran pacientes que no poseían dispositivos electrónicos y no poseían los recursos como para poder obtenerlos, sobre todo en una cuarentena que afectó notablemente su economía.

La sensación de extrañeza que se percibía en la primera sesión de terapia grupal presencial desde que comenzó el aislamiento obligatorio, fue similar en algunos aspectos a los de la primera sesión online. Era una situación completamente nueva, por un lado porque habían transcurrido algunos meses desde la suspensión del servicio y había una deshabitación al contexto; por el otro lado porque el protocolo que se debía respetar modificaba algunas características de las interacciones. Ahora se miraba al otro a través de una máscara, sin poder tocarlo para darle la mano o un beso, sin compartir el mate y con mayor distancia entre una silla y otra. Las expresiones por el reencuentro eran de alegría por estar frente a frente con compañeros y coordinadores, reconociendo que se

extrañaron y que necesitaban ese espacio para hablar en un ambiente de confianza.

En una primera instancia se les dio un tiempo a cada uno de los presentes para que pueda contarles al resto cómo había pasado los últimos meses, de qué manera afrontó el encierro y en qué medida puso en práctica lo trabajado en la terapia para prevenir las recaídas. Una pregunta que surgió apenas se hicieron presentes en el salón en donde se llevan a cabo las sesiones es acerca de los compañeros que no estaban presentes y de los que no se tenían novedades desde hace algún tiempo. Aquellos pacientes que habían permanecido poco tiempo en el dispositivo, tuvieron en general, mayores dificultades para retomar el tratamiento debido a que no habían consolidado aún una relación terapéutica con coordinadores ni compañeros.

La vuelta a la presencialidad implicaba plantearse nuevos objetivos terapéuticos que no eran excluyentes de los ya establecidos con anterioridad. Teniendo en cuenta que la mayoría de las distintas especialidades de salud estaban retomando la atención presencial, se apuntó a que los usuarios no solo se reintegren al GÍA, sino que también continúen con los tratamientos en otras áreas para abordar toda la complejidad de su cuadro. Es así que se pidieron interconsultas con psiquiatría para aquellos pacientes que necesitaban un ajuste en su medicación, ya que la última consulta había sido previa a la irrupción de la pandemia en la vida de los argentinos. Lo mismo se solicitó en cuanto a gastroenterología, neurología, kinesiología, etc.

La psicoeducación continuó siendo una de las estrategias terapéuticas utilizadas por la coordinación, ya no solo en cuanto a consumo de drogas y prevención de recaídas, sino

también con respecto a cuidados personales para prevenir contagios de Covid-19. En cada sesión se insistía en relación a reforzar las medidas de distanciamiento, higiene y uso de barbijos o máscaras tanto dentro como fuera de las cuatro paredes del espacio físico de la terapia. Pese a esto, fueron numerosos los casos de pacientes que se ausentaron durante algunas semanas del dispositivo por tener que aislarse al ser contacto estrecho de un caso positivo de Covid-19, o por haberlo contraído. En situaciones de estas características, se mantenía el acompañamiento vía telefónica, con expresiones de apoyo y afecto por parte de los compañeros del tratamiento.

A inicios del año 2021 finalmente se concretaba lo que hacía algunos meses se venía insinuando, las vacunas contra el Covid-19 comenzaban a arribar a Argentina. En ese momento se había planteado un debate en algunos medios de comunicación que se trasladó a la población general, que era respecto a la efectividad de las vacunas y a posibles efectos adversos graves en las personas que sean las receptoras. Hubo tal tergiversación de la información que la alegría por contar con vacunas se vio contaminada con dudas y miedos.

En el grupo se debatía sobre el tema y los sentimientos giraban en torno a una ambivalencia entre el deseo de aplicársela y el miedo de las posibles consecuencias. Desde el rol de la coordinación siempre se incentivó la vacunación de los usuarios del grupo, invitándolos a reflexionar sobre el hecho de generar mayor inmunidad ante la enfermedad y recordando que muchos de ellos eran pacientes de riesgo como consecuencia de las complicaciones físicas de su consumo.

Desde que se reinició el dispositivo presencial, no todo fue color de rosas. Cuando la curva de contagios ascendía bruscamente el servicio volvía a ser suspendido, generándose tres períodos de corte del dispositivo con una extensión de dos semanas cada uno. Si bien se trabajó en la continuidad del proceso mediante la virtualidad, no se pudo evitar algunas recaídas y abandonos lo cual acarreó como consecuencia el deceso de uno de los usuarios. Este evento caló hondo en el ánimo de los miembros del grupo, quienes siempre lo siguieron recordando con cariño y respeto, sirviendo además esta experiencia para pensar en sus propios tratamientos y motivarse a seguir luchando cada día, sin dar por ganada la batalla antes de tiempo.

Conclusiones

El ASPO forzó el cese del servicio de tratamiento de adicciones del GÍA Maciá por tiempo indeterminado. Ante la incertidumbre experimentada por profesionales y pacientes por la continuidad de los procesos terapéuticos, el tratamiento a través de dispositivos virtuales fue la única opción viable para garantizar la atención en cuarentena.

Para algunos pacientes la suspensión de las sesiones grupales presenciales derivó en una recaída anímica, con una consecuente desorganización en aspectos de su vida que había logrado trabajar en terapia (vínculos con seres queridos, hábitos de higiene personal, limitar el contacto con el entorno de consumo, etc.), instancia que precedió a una recaída en uso de drogas (legales y/o ilegales). Sobre todo para aquellos usuarios cuyo acceso a la instancia virtual les resultó imposible por no contar con los artículos electrónicos necesarios.

La motivación de los usuarios en general fue fluctuante durante la instancia de sesio-

nes por videollamadas. Si bien el paciente adicto es ambivalente, el estrés por el encierro contribuyó a un estado de mayor vulnerabilidad e inestabilidad emocional. En general, cuando los usuarios flaquean, son sus familiares quienes los sostienen en base a su propia motivación por verlos bien. Pero en este contexto, también las familias se vieron afectadas en su estado emocional y con períodos en que no respondían al tratamiento acompañando al paciente adicto como habitualmente lo hacían.

Hubo un cambio en las modalidades de consumo durante el ASPO, con mayor prevalencia del uso de alcohol, siendo la droga de más fácil acceso. Las drogas ilegales marcaron una baja en su consumo debido a la imposibilidad de ingreso a la ciudad durante los primeros meses de las restricciones. Los cigarrillos de tabaquito estaban disponibles en kioscos en los primeros meses y hubo una reducción en su uso. Pero en los siguientes meses cuando se restableció su venta normal se generó un efecto rebote en pacientes que estaban reduciendo gradualmente su uso, llegando a fumar un número mayor de cigarrillos que antes del inicio de la pandemia.

Más allá de que en Argentina la situación epidemiológica mejoró radicalmente, nunca se dejó de trabajar en el dispositivo sin concebir la posibilidad de un nuevo rebrote. Lejos de dar por ganada la batalla, se continúa con la misión de generar conciencia en los usuarios acerca de la importancia de recibir sus vacunas y no dejar de practicar las acciones preventivas. A diferencia del primer período de cuarentena de marzo de 2020, ahora se cuenta con un recurso invaluable que es la experiencia. En caso de repetirse una situación semejante, hay mayor nivel de

información acerca de cómo manejar los contratiempos a los que una medida de distanciamiento social expone al servicio del GÍA.

Recomendaciones

- Psicoeducación: sin importar si la modalidad es virtual o presencial, dedicar tiempo en cada sesión a brindar información clara y específica acerca de aspectos centrales dentro de su adicción como son manejo de las recaídas, identificar conductas de riesgo, comunicar los beneficios de concretar los cambios trabajados en terapia, etc.
- Incentivar a la vacunación de pacientes y familiares y a continuar con los cuidados de prevención. No caer en el error de alimentar la ilusión del control definitivo de la pandemia hasta que la evidencia científica lo determine.
- Recuperar y/o sostener los aspectos saludables de los usuarios del servicio. De esta manera se debe motivar a mantener los cam-

bios logrados y a seguir concretando objetivos en pos de su salud.

- Motivar la participación activa de familiares en todas las modalidades de tratamiento. Aspecto central para aumentar las probabilidades de adherencia del paciente. Es igual de importante evaluar permanentemente el nivel de motivación tanto del paciente identificado como de los referentes que lo acompañan. Si se ve disminuida la motivación de uno de los miembros del sistema familiar, podría afectar a todo el sistema completo, comprometiendo la continuidad del proceso.
- consultar bibliografía actualizada sobre experiencias en otros dispositivos de adicciones acerca del abordaje de esta problemática en cuarentena. Es importante enriquecer el repertorio del servicio, conociendo otros enfoques y recursos terapéuticos utilizados por colegas en contexto pandémico.

Bibliografía

- Cyrulnik B (2006). La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia. Buenos Aires. Argentina. Gállica.
- Johnson, María Cecilia, Saletti-Cuesta, Lorena y Tumas, Natalia. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, suppl 1 [Accedido 2 Setiembre 2021], pp. 2447-2456. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>>. Epub 05 Jun 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>.
- Observatorio argentino de drogas (2021). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del aislamiento social preventivo y obligatorio por covid 19. Eje 2. Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general. Informe general de resultados principales. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_estudio_aspo_eje_1_informe_final_0.pdf
- Ospina Muñoz DE, Jaramillo Vélez DE y Uribe Vélez TM (2005). La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIII(1) 78-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10521540100>
- Pellegrini J (2011). Escritos sobre alcoholismo 1989-2011. San Luis. Payné.

