

CONGRESO INTERNACIONAL CRACK Y OTRAS DROGAS

1

TEMA: “*COCAINA: TRATAMIENTOS*”

DISERTANTE: PROF. DR. EDUARDO KALINA (USAL)

ASOCIACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO DE RIO GRANDE DO SUL.

PORTO ALEGRE. RCG. BRASIL
7 DE JULIO DE 2010

Introducción: Adicción

1

Definición: Siguiendo a Hyman y Nestler * (1994)

“Adicción es la búsqueda compulsiva de sustancias que no tienen utilidad para la salud, y que se consumen a pesar de que hacen daño”.

*Hyman. S, Nestler. E: “The molecular foundations of Psychiatry”. American Psychiatric Press. 1994. USA.

Adicción etimológicamente remite a esclavitud.** En la antigua Roma cuando no se podía responder a una deuda, se pagaba con la libertad ofreciéndose como esclavos: “addictum”

Este conocimiento nos da un sólido respaldo ético –moral a nuestra lucha contra las drogas. Ambos países, Brasil y Argentina hace mas de 100 años abolieron la esclavitud.

** Kalina. E, Kovadloff. S: “La máscara del miedo”. Ed. Fundamentos. Madrid, España. Año 1987.

Por lo tanto la esencia del tratamiento de personas “**dependientes-químicos**” reside en ayudarlos mediante **tratamientos especializados**, tanto a recuperar la libertad, como a vivir en libertad.

Este objetivo tan noble como lógico, nos confronta con obstáculos que resultan incomprensibles a nuestra mente racional:

Ellos se han entregado a la esclavitud y hasta pagan para lograrla y mantenerla.

O sea que debemos verlos como personas que han recibido **“Un lavaje cerebral”**

En consecuencia tanto las legislaciones permisivas como los “**tratamientos orientados a la reducción de daños**”, favorecen este nuevo modelo de **esclavitud** que desde mediados del siglo XX comenzó como una **epidemia** y se fue convirtiendo en una trágica **pandemia**.

Pasamos a explicar esta paradoja; y para ubicarnos en el contexto de este tipo de tratamientos, debemos tener siempre presente que:

Primero: Por norma general no vienen a tratarse en términos de “***curarse-cambiar***” sino de “***curarse-perfeccionarse***”. Además no son pacientes.

“Son im-pacientes”

Segundo: Curarse en los términos en que los **no-adictos** lo entendemos, para los **adictos es un absurdo, pues volver a ser quienes eran, cuando por un método mágico-omnipotente-rápido-simple y efectivo logran ser otros, carece de sentido para ellos.**

Tercero Reiteramos: Para ellos, ***Curarse*** es otra cosa. ***Insistimos:*** tal vez “***perfeccionarse***” es la palabra que mejor interprete al deseo del adicto.

Cuarto: Todas estas formulaciones tienen diferencias cuali y cuantitativas en cada caso, pero nos explican el porque del **desencuentro** en el que comienzan la mayoría absoluta de estos tratamientos; lo cual a su vez explica, por lo menos parcialmente, el porque de tantos fracasos, y la necesidad de proceder **diferente** por parte de los profesionales que se dedican a la “**adiccionología**”. Por todas estas razones se comprenderá que es ineludible que reciban un **entrenamiento especializado.**

- **Quinto:** En consecuencia es fácil comprender como un corolario lógico de esta situación tan especial, que la magnitud del “**desencuentro**” con el área que corresponde a “**La Ley**”, sea aun mayor; y el que existe con los que ejercen “**La política**”, sea casi cercano al **malentendido**, pues es muy diferente el enfoque desde la óptica económica al ser además de una patología, un negocio multimillonario, con componentes militares, policiales, bancarios, etc., que requieren otro tipo de abordajes, que no son extrapolables al tratamiento que debe recibir el “**dependiente químico**”. Pero nuestros conocimientos si pueden ser muy importantes para los que trabajan en las áreas mencionadas.

Un ejemplo ilustrativo es el siguiente:

En un artículo publicado el 1º de junio de 2009, en el “Diario La Nación”, sobre la “despenalización de las drogas”, citan las opiniones del aquel entonces Presidente del Uruguay, Jorge Batlle, año 2005, cuando dijo que “Habría que considerar una apertura legislativa, analizó con su lógica libremercadista: Mientras la droga tenga un valor comercial tan imponente, que de un precio mínimo que le pagan al productor se transforme al final en algo tan rentable, será un negocio tan bueno que se repetirá todos los años. Y propuso: Al mismo tiempo liberalización y educación”. Le salieron al cruce con la advertencia de que si Uruguay avanzaba en ese sentido corría el riesgo de atraer el narcoturismo. Su idea quedó trunca”.

Los adictos viven **el mundo del revés**, y su lógica no responde a los cánones de la lógica formal, aunque usen para expresarse el mismo o por lo menos parecido lenguaje que el que usamos nosotros; aunque inventan palabras o le dan un valor mágico a las ya existentes, como por ejemplo la palabra “**natural**” que acompaña a marihuana: “***la marihuana es natural***”. Al escucharla o decirla, se quedan paralizados ante esta formulación y ni los que son cultos examinan el verdadero significado de lo que están diciendo, por lo contrario: se maravillan.

Es el culto al mundo mágico-omnipotente de la fantasía o sea al estado de “*negación maniaca*” que se inducen químicamente a través de “*las substancias psico-neuro-bio-genético-socio-tóxicas*”, agregamos nosotros.

Es importante destacar que en la cultura actual **la manía** es considerada como un **estado ideal**, en el que se busca huir de las complejidades de la **realidad - real**.

Una expresión de esta manía es el culto a vivir
“El presente”.

***“El futuro no existe,
el futuro es hoy”
y la negación de las consecuencias.***

Es el corolario trágico de esta concepción de la **VIDA** que reina en la actualidad.

Decimos **VIDA** así con mayúscula, porque incluimos la vida animal, de las plantas, del agua, del aire, del planeta tierra.

- En síntesis: “***VIVIMOS SIN MEMORIA DE FUTURO***”.

E. Golberg: “The executive brain”. USA. 2001.

En síntesis

16

Muchos gobiernos proponen
“despenalizar” y
favorecer así el acceso a **“los
tratamientos”**, o sea al ***peor enemigo
del adicto. En cuanto mejoran por
regla general los interrumpen.***
Esta es la experiencia si no se los trata
adecuadamente.

Ellos viven en el reino ***del revés***, y vivir sin **drogas se les convierte en un estado insoportable.**

Los adictos requieren ***tratamientos especiales*** y a cargo de ***profesionales entrenados*** y con ***recursos*** para poder llevarlos a cabo.

Los tratamientos

18

Estamos en el año 2010 y la extraordinaria evolución de la “**neurociencia**” nos coloca en una posición muy diferente a la que teníamos hace 20 años ó 30 años atrás. En la actualidad gracias a los desarrollos de la genética estamos pasando de la “**medicina tentativa**” a la “**medicina predictiva**” ó “**personalizada**”.*

*Kalina. E: “Farmacogenética y Medicina personalizada”. Trabajo presentado en el “Simposio Roche” y publicada en el N°116. año 2009, de la “Revista Argentina de Psiquiatría Biológica”.

En consecuencia si partimos del conocimiento que todos los seres humanos somos genéticamente diferentes, las ofertas de tratamiento también deben serlo.

Ya no es posible seguir con la creencia que la “**comunidad terapéutica**” es **la única solución** en materia de terapéutica; y además recomendamos que deben existir diferentes tipos de “**comunidades terapéuticas**”, desde las predominantemente **psico-socio-educativas** a las **mixtas, con tratamientos médico-psiquiátricos**.

Nuestra posición que actualmente ha cobrado mayor respaldo científico debido a todos los avances mencionados, es que los “**tratamientos de abordaje múltiple**” a cargo de “**equipos interdisciplinarios**”, constituyen **un modelo adecuado y eficaz** para abordar esta compleja problemática humana, que pueden abarcar desde el “**enfoque ambulatorio**”, hasta los modelos asistenciales en “**clínicas psiquiátricas**” y/o en las diferentes “**comunidades terapéuticas**” como lo señalamos anteriormente.

Diagnóstico.

21

Fundamental: Todo “dependiente-químico” en primera instancia debe ser **diagnosticado**.

Como enseñaba el maestro Rudolph Ekstein (1968):
“***El proceso diagnóstico es la primer etapa de todo tratamiento***”, y debe ser ***integral*** y tan completo como sea posible, pues los ***recursos socio-familiares y educacionales***” de cada paciente son un componente que no se debe dejar de incluir, **son imprescindibles**.

La incorporación de recursos médicos para la investigación del ***cuerpo del adicto*** son un instrumento fundamental para abordar su principal y más sólida defensa:

la disociación cuerpo-mente en asociación instrumental con la negación omnipotente.

El cuerpo es invisible para el “dependiente-químico”

Los estudios médicos revelan los daños que provocan la in-corporación de esas “substancias psico-neuro-bio-genético-sociotóxicas” sean legalizadas o no.

Estudios sobre el cerebro, corazón, hígado, etc., nos permiten comenzar a vulnerar esa disociación, constituyéndose en una estrategia terapéutica de vital importancia para llevarlo a “***conciencia de enfermedad***”, punto nodal de las discordancias entre él y los demás.

Ellos viven solamente en el presente.

Nosotros estamos obligados a pensar con noción de futuro, tanto inmediato como mediato.

- Tenemos como ejemplo ilustrativo a la cocaína como la “substancia” mas preocupante en la actualidad, debido a que algunas de sus **formas de presentación**, vale la ironía, como: “Crack”, “pasta básica”, “Nevado”, “Freeway”, “Paco”, etc. son consumidas predominantemente por la población infanto-juvenil de menores recursos económicos; **y no por su costo, sino por su falta de educación.**
- Costo ya no es un problema porque se roba para conseguir el dinero.

- **La cocaína produce lesiones vasculares neurodegenerativas**, preferentemente a nivel de **la corteza prefrontal**, donde tenemos 18 mm mas cerebro que los chimpancé, nuestro antecesor.
- En esta área cerebral es donde reside nuestra identidad como humanos, la voluntad, la posibilidad de pensar en las consecuencias de nuestros actos, el control de la motricidad, de la agresividad, etc.

- **El lóbulo frontal es el lóbulo de la civilización**

Alexander Luria, neurólogo ruso,
padre de la psicología cognitiva

- La “**de-frontalización**” o “**encefalopatía de-frontalizante**”, que es como proponemos denominar a esta consecuencia trágica del **uso – abusivo de cocaína**, determina que en este siglo XXI, denominado “**Siglo del conocimiento**”, nuestros países están permitiendo que estas poblaciones retrocedan del “**homo sapiens**” a un estado equiparable al “**hombre de neanderthal**”

Neandertalización

28

La conciencia de la gravedad de esta nueva realidad, nos lleva a advertir acerca de la connotación **genocida y fundamentalmente filicida** de estas prácticas adictivas.

Nos referimos a la **defrontalización** y sus consecuencias, de una parte significativa de la población infanto-juvenil de nuestro país, estado al que propusimos denominar: “**neandertalización**” (2008), además de las numerosas muertes que ocasiona.

Memoria de Futuro

29

- Vivimos en un estado que consideramos una democracia equivocada, léase psicopatizada, que confunde libertad con libertinaje, cuyas consecuencias no son solamente las que estamos viviendo en cuanto al aumento exponencial de la violencia, delincuencia, muertes inmotivadas, etc.; sino que además significará costos inmensos en los presupuestos de salud pública en los próximos años. Vivimos como dice ElKhonon Goldberg: “***Sin memoria de futuro***”

“Cerebro Ejecutivo”

30

Recién en estas últimas décadas, y fundamentalmente en estos últimos años, se fue descubriendo que el cerebro no es un conjunto de áreas con funciones específicas como lo describía Broca, sino que todas esas áreas están íntimamente interrelacionadas – redes neuronales – **y el lóbulo frontal, con más precisión la corteza prefrontal que como los “CEO” de las grandes corporaciones, hacen que todo funcione (E. Goldberg).***

Es el gran jefe del: “Cerebro Ejecutivo”.

E. Goldberg: “The Executive Brain” – Oxford University Press, USA – 2001-

“La era del lóbulo frontal”

31

En 1928 el neurólogo Tilney*, sugirió que en la evolución de la humanidad, ésta debiera ser considerada como: **“la era del lóbulo frontal”**; y según Brodman (1909) la corteza prefrontal es el 29% de la totalidad de la corteza cerebral humana, y el 17% de la del chimpancé.

“Tenemos 18 mm más de corteza prefrontal que el chimpancé” (Moisés Gaviria. Bs. As., 1998)

*Tilney, F: “The Brain: from ape to man” - New York – USA – Hoeber, 1928.

Lóbulo frontal

32

Para apreciar adecuadamente al conductor, debemos conocer la complejidad de la orquesta. El cerebro humano se compone de 100 billones de neuronas y cada una de ellas tiene 5.000 y 200.000 conexiones con las otras.

Cualquier región del cerebro que se lesiona o altera, repercute en el lóbulo frontal, inclusive las más distantes.

Corteza Prefrontal

33

El cerebro es un sistema altamente interconectado, y la corteza prefrontal es la región mejor conectada y en consecuencia es la primera en sucumbir ante cualquier alteración cerebral.

Vulnerabilidad

34

Esta extrema **vulnerabilidad** del lóbulo frontal se debe **a la importancia de sus funciones y a la excepcional riqueza de sus conexiones.** Reiteramos su **disfunción** no siempre significa que exista una lesión en el lóbulo frontal; **acompaña a cualquier otra lesión que dañe a otras regiones del cerebro.**

Regiones Frontodorsolaterales

35

Ya es conocido que las lesiones en las regiones **frontodorsolaterales** tienen su corolario sintomático en estados depresivos caracterizados por depresión, indiferencia, apatía, hasta con una reducción a las respuestas al dolor.

Regiones orbitofrontales

36

En cambio si se comprometen las áreas **orbitofrontales**, estamos frente a un cuadro que se denominó: **síndrome pseudopsicopático**, con pérdida del control de impulsos, agresividad y violencia

Agresividad versus reflexión

37

El paciente se vuelve una persona **desinhibida**. No puede pensar en consecuencias. Se vuelve un ser inmaduro, con serios riesgos de involucrarse en actos delincuenciales, llegando a presentar conductas criminales, que en el mundo de las mafias son premiadas y pueden ascender a la condición de “**sicarios**”.

“Droga de la amoralidad”.

38

En las lesiones prefrontales a la imposibilidad de planificar por la distractibilidad o sea, déficit atencional, y de anticipar, se agrega la pérdida de la capacidad de tener moral, condición que en 1994 nos llevó a denominar a cocaína como: “***La droga de la amoralidad***”.

Anosognosia

39

Estos conocimientos se completan con lo que Goldberg denominó anosognosia, o sea la ceguera cognitiva que no nos permite registrar lo que ocurre en nuestro mundo interior, capacidad que en inglés se conoce como: “insight”, y es más común cuando se daña el hemisferio derecho que el izquierdo.

“Incapacidad de introspección”.

40

En otras palabras la cocaína destruye la “capacidad de introspección” lo cual es devastador.

No se puede tener conciencia de lo que se hace, ni capacidad ni interés de corregirlo, o sea que no se va a cooperar en su tratamiento.

Tratamientos

41

Nuestra posición es que:

- 1) Todo adicto padece ***una patología dual, trial, ó de más componentes, entre los que incluimos los somáticos.***

- 2) Estas ***patologías*** deben abordarse **simultáneamente** excepto que la evaluación del caso indique un enfoque por etapas, modalidad que incluye a los recursos ***socio-familiares y educacionales*** que mencionamos anteriormente.

Tratamientos.

43

Postulamos que la ***multifarmacología*** ocupa en la actualidad un papel **central** o sea tipo ***columna vertebral***, especialmente en la primer etapa del tratamiento, pues al dominar “***el síndrome de abstinencia***” nos permite comenzar a vencer: ***el miedo* que tiene el adicto a sufrir una caída vertiginosa en su vacío existencial.***

Dominarlo solo significa ganar el primer round.

*Kalina. E, Kovadloff. S: “La droga: máscara del miedo”. Ed. Fundamentos. Madrid. España. Año 1987.

Las **psicoterapias** individuales, familiares y grupales; las sesiones de **psicoeducación**, las terapias de **rehabilitación cognitiva**, musicoterapia, ocupacionales, educativas y el acompañamiento terapéutico; van jugando diferentes papeles de acuerdo a la etapa del tratamiento en que se encuentra el paciente.

Objetivo central del tratamiento:

45

- ***“Desdrogarse”***, lo que significa ayudar a que cada uno de ellos,
“transforme su proyecto de muerte en un proyecto de vida”

Recurriendo al arsenal de recursos terapéuticos con los que contamos en la actualidad.

En extrema síntesis: los tratamientos pueden ser: ***ambulatorios o internados***, de corta o larga duración la internación, pero todos los tratamientos deben ser ***prolongados***: uno a dos años como mínimo.

- El tema controversial, por desconocimiento, no por experiencia, **es que los tratamientos pueden ser *involuntarios***, criterio que defendemos producto de casi 50 años de trabajo, pero por supuesto, siempre que estén a cargo de **equipos especializados.**

Como cierre explicamos que hemos intentado exponer - en términos conceptuales - nuestra posición actualizada sobre:

***Los tratamientos en dependencias-
químicas”***

que es el resultado de un proceso que evolucionó
de la práctica a la teoría: 1961-2010.

Este nivel de experiencia nos permite advertir a la sociedad, que **no dar un tratamiento adecuado**, en todos los sentidos de esta palabra, tanto a las **dependencias químicas** como a los que ya son **dependientes químicos** significa reinstaurar la **esclavitud** en el siglo XXI; y con otra grave complicación, como es **provocar mutaciones a la condición humana por los efectos de estas “substancias” sobre nuestra genética.**

Los 10 mandamientos y los “NO”.

50

En último término y en forma extremadamente sintética, pero de gran valor didáctico, y desde una visión socio-terapéutica – sin relegar el significado religioso – recomendamos reinstalar “**los 10 mandamientos**”, que enseñan el valor del “**NO**” y de los “**NO**”, como valores capitales para el proceso de socialización humana.

Estos pacientes, así como también nuestra sociedad, requieren:

LIMITOTERAPIA.

Muchas gracias.