

Situación paradójica en el dispositivo sanitario para los trastornos por sustancias psicoactivas

Hugo A. Míguez Ph. D.

Programa de Epidemiología Psiquiátrica de Conicet

Publicado en la Revista Eradicaciones N°8 –Año 2005

Analizar el dispositivo sanitario vinculado a la asistencia de los trastornos por uso de sustancias adictivas en los últimos quince años, tanto en el país como en muchos lugares de la región, puede ser una **tarea ingrata**. Especialmente por la concentración de los escasos recursos disponibles en los niveles de mayor complejidad destinados a los estadios más avanzados de los trastornos frente al crecimiento de un perfil de morbimortalidad que avanza precisamente sobre trastornos que nunca han llegado a los niveles de la adicción o dependencia. El papel de las sustancias psicoactivas en el tema de los accidentes de tránsito y en el trabajo, en la violencia doméstica y las situaciones de maltrato y abuso de menores son parte de las situaciones que integran el subregistro de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y dan forma a una estructura de servicios con importantes distorsiones en sus alcances sanitarios.

Situación explicable a partir de una concepción del objeto de la asistencia, por parte de la comunidad general e incluso de la profesional, de lo que de manera genérica se define en la Argentina como **“las adicciones”**. Concepto aplicado tanto al conjunto de problemas asociados al uso de las sustancias adictivas como al problema definido por el síndrome de dependencia, pero que sin embargo, en la práctica corriente, el referido al conjunto de problemas siempre cedió el lugar a la segunda interpretación que lo restringe a una **lectura sesgada** y con fuertes omisiones tanto en el campo preventivo como asistencial.

Sin desmerecer la importancia de este subconjunto representado por los casos más avanzados de la dependencia un examen más completo señala la

problemática del uso de sustancias adictivas como **un continuo de problemas diferentes** que implican la existencia de daño en cada uno de los segmentos.

Frecuentemente, las críticas al concepto de continuo han sido en torno a la descalificación de la hipótesis de peldaños. Es decir la argumentación acerca de que el consumo en un nivel no significa necesariamente una progresión al siguiente o el más común referido a que el uso de las drogas “blandas” no implica necesariamente el pasaje a otras llamadas duras

Sobre esto cabe considerar:

En primer lugar la problemática de continuo escalonado habla del abuso, no del uso. En esta medida, el joven que aprendió a resolver sus problemas de integración social tomando para alterarse “antes” de entrar a un baile está usando farmacológicamente el alcohol y es una situación diferente del que lo hace moderadamente “durante” la reunión como parte de un grupo que suponemos no necesariamente angustiado, ni con necesidad de medicar su estado de ánimo para poder resolver las demandas de la situación social.

En segundo lugar la idea de continuo refiere a la existencia de daño en cada uno de los segmentos, es decir: no es necesario ser un dependiente al alcohol para tener un accidente laboral o de tránsito por su consumo. Perspectiva habitualmente excluida de los enfoques llamados de “reducción del daño”. No es necesario llegar al uso intravenoso de drogas ilícitas para participar de una situación de descontrol que hace imposible el cuidado en una relación sexual que puede conducir al VIH.

Para ir al caso de menos difusión podríamos analizar la problemática de la farmacologización de la vida cotidiana sostenida en modelos culturales de solución de conflictos basados en la negación y escape antes, incluso, de que haya llegado ninguna droga todavía. Podríamos hablar de una “adicción seca” que sienta las bases, al menos desde lo social, para el posterior escape químico, tales

como: la inmediatez de la satisfacción, la intolerancia a las señales de malestar, el ajuste personal a los imperativos del consumo , la vigencia del **"todo, ahora"**.

Así, el examen del **daño inicial es habitualmente subregistrado** no sólo como estadística sino en su percepción social. Por ejemplo en las primeras prácticas de niños y adolescentes, ligadas al abuso de sustancias legales antes de que haya llegado ninguna droga ilícita todavía.

Una aplicación concreta de esta condición, que bajo situaciones comunes no despierta alarma, es el caso del uso farmacológico del alcohol dirigido a neutralizar las señales que advierten al individuo acerca de la calidad de su interacción con el medio: dolor, cansancio, tensión, tedio, angustia..

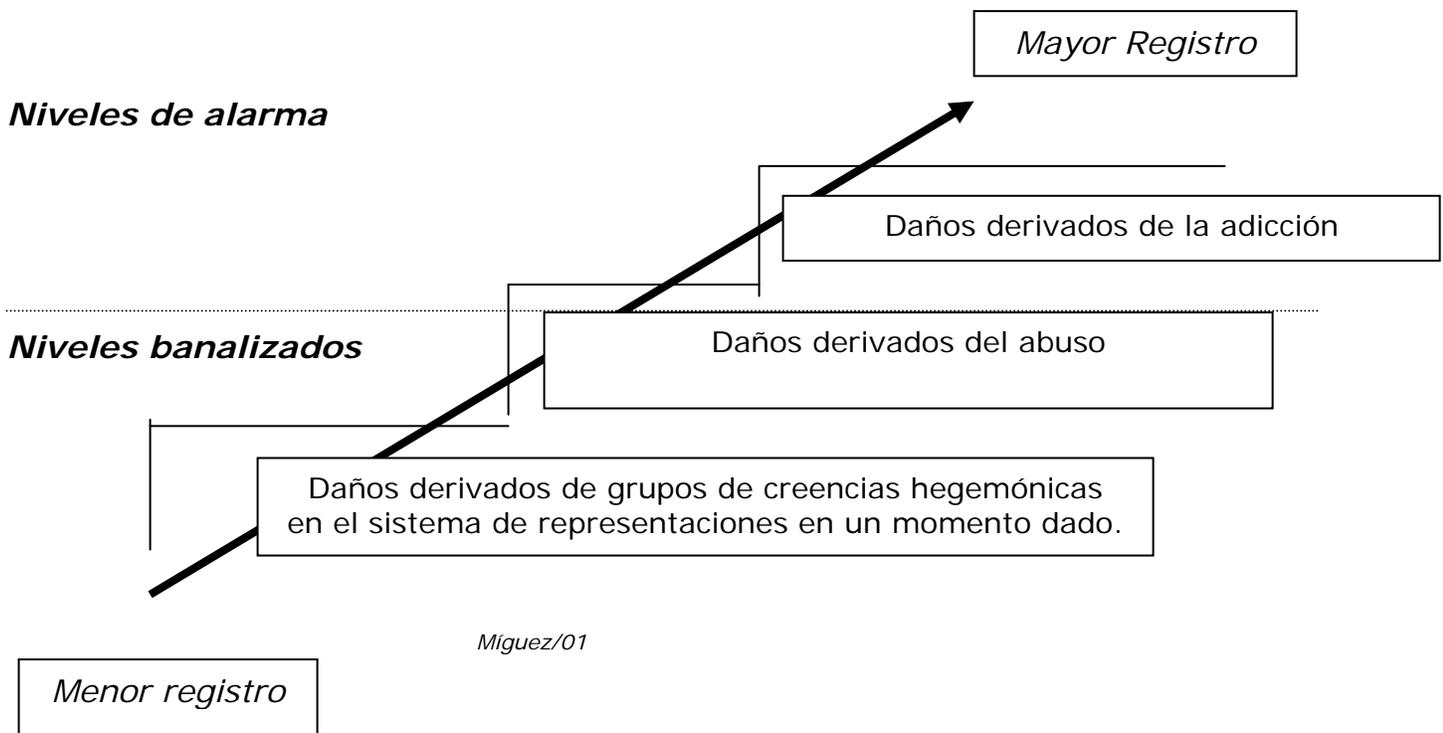
Se habla en este caso de una bebida apetecida por sus efectos farmacológicos sobre el Sistema Nervioso Central, sin alteraciones notorias del comportamiento habitual. Su uso está orientado a lograr una reducción química del conflicto mediante el alivio momentáneo de los síntomas. Por lo tanto bloquea en el individuo y en quienes lo acompañan la percepción de los efectos negativos de la ingestión.

El origen de esta manera de beber está vinculado a las normas establecidas por un conjunto social, que pauta el aprovechamiento farmacológico del alcohol como una conducta esperable frente a determinadas condiciones del ambiente. Se establece entonces, un modelo de convivencia con el conflicto basado en la negación de sus propias manifestaciones en el individuo. La precariedad de esta fórmula de ajuste exige una alcoholización regular que se aproxima al concepto definido por J. Marconi como dependencia sociocultural. Es por esto que, a diferencia de lo que ocurre con el "bebedor enfermo psíquico" de A. Fernández no es esta una "ingestión indisciplinada", fuera de tiempo, lugar y modo. Muy por el contrario, se presenta en correspondencia con circunstancias externas específicas a las que se responde con un patrón de comportamiento tolerado y, en ciertos casos, promovido socialmente (Miguez.1990).

El ejemplo del adolescente que aprende a resolver sus problemas tomando alguna bebida alcohólica para neutralizar sus temores, es con frecuencia banalizada como problema y puesta en el límite de una transgresión esperable, para encontrar hoy, sin embargo, que esto ya no se limita solo a las sustancias legales.

Por otra parte las estrategias farmacológicas para resolver las demandas sociales por la vía de las sustancias culminan con frecuencia en el descontrol y señalan **que no es necesario llegar al uso intravenoso de drogas ilícitas** para participar de una situación que hace imposible el cuidado de sí mismo o de otro frente al Sida u otros problemas.

Continuo de la asistencia y percepción social



Este continuo mirado desde una perspectiva epidemiológica asume la forma de una pirámide donde la magnitud poblacional de cada segmento decrece en relación a la gravedad de los trastornos.

-Recordando la frase de Rose acerca de que *un gran número de personas de bajo riesgo puede originar más casos de una enfermedad que el reducido número que tiene riesgo elevado*. (En su criterio, esta situación limitaba la utilidad que tenía para la prevención el enfoque de “alto riesgo”)-

Por lo general la **alarma social se dirige a la cúspide** mientras que el resto de la estructura tiende a ser ignorado como “problema compartido por muchos” y , en consecuencia, naturalizado o normalizado. La **banalización** de los niveles “no-adictivos” (incluido el consumo perjudicial) se sostiene en patrones de tolerancia social que implican la indulgencia hacia hábitos de abuso en el entendido que constituyen **una forma general de ser** y no justifican por tanto una actitud de censura severa o significativa.

Esta situación se ubica en el nivel asistencial que constituye el campo de la prevención secundaria que aborda las consecuencias de la intoxicación y el “consumo perjudicial” o “abuso”. Constituye de por sí una situación **paradojal** si se quiere, en la medida que la población expuesta y con daño inicial deberá alcanzar los niveles más avanzados del problema para recibir entonces servicios específicos.

La reflexión que puede hacerse es la distancia que todavía guardan muchos de los problemas anteriores para ser considerados como tales y dar lugar a su detección temprana dentro de la comunidad. En este sentido conspira por un lado la resistencia que despierta la consulta en el sistema de salud general donde no termina de aceptárselo como un problema de salud y, por otro lado, la negación que hace el propio involucrado sobre lo que le ocurre y las causas que lo explican.

De esta forma la problemática inicial, susceptible de modificarse desde el nivel secundario antes de avanzar hacia problemáticas mayores, pasa por el

dispositivo sanitario sin que haya hecho mella en el momento del desarrollo donde más efectiva podía ser.

Durante 1999 se llevó adelante un estudio probabilístico sobre uso de tabaco en población escolarizada de 13 a 15 años en la Ciudad de Buenos Aires. Los resultados generales indicaron que el 30.2% de ellos fumaba en el momento de aplicar la encuesta.

Significativamente la mitad de los jóvenes que fumaban no sólo manifestó su deseo de dejar de hacerlo sino que hizo referencia a su intento fallido al haberlo intentado. La cuestión puso de manifiesto que de haber buscado una respuesta desde el campo asistencial no hubiese encontrado los recursos específicos para su tratamiento. Esto, en la medida que el dispositivo sanitario simplemente no considera una problemática de por sustancias psicoactivas, dentro de los 13 a 15 años, si la sustancia (como el tabaco) está ubicada dentro de la tolerancia social.

Deseo e intentos de dejar de fumar entre estudiantes de Buenos Aires que actualmente son fumadores. Conicet/CDC/OMS. 2000

%	Total	Varones	Mujeres		Primer año	Segundo año	Tercer año
Deseo de dejar de fumar	47,4 ∨ 6,1	48,0 ∨ 8,7	45,3 ∨ 6,9		57,5 ∨ 10,7	45,3 ∨ 9,1	39,5 ∨ 9,9
Intento fallido de dejar de fumar el año pasado	51,6 ∨ 5,7	52,2 ∨ 7,9	51,9 ∨ 6,0		55,8 ∨ 14,7	49,2 ∨ 11,8	52,1 ∨ 8,6

Consideraciones finales

El uso inicial de sustancias adictivas y los problemas que ocasionan en la salud de quienes las utilizan no es habitualmente un trastorno que alcance la consulta externa de un centro de salud como un motivo directo.

Por un lado la dificultad de los servicios de asistencia para visualizar los problemas de consumo como un área de trabajo sanitario, la impregnación del problema con el tema de la transgresión (por uso de ilícitas o abuso de lícitas) y

por otro lado, una fuerte negación del que los padece, configuran, en el mejor de los casos, una consulta escasa y , además, oculta bajo el trastorno sintomático o en la interconurrencia de otros trastornos no estigmatizantes.

Las medidas ligadas a la reducción del daño refieren casi exclusivamente al daño en el nivel de las adicciones con uso intravenoso de sustancias, con omisión absoluta de otros niveles de menor avance o a otras sustancias que producen tanto o más daño que las reconocidas como ilícitas.

El imaginario cultural ligado al uso de las propiedades psicoactivas que banaliza las problemáticas “no-adictivas” dificulta que el campo de la asistencia llegue con especificidad al “dominio” del trastorno mismo, en este caso los trastornos por abuso de alguna sustancia psicoactiva. El campo de la prevención secundaria suele ser un territorio formalmente ocupado por unos y otros, una tierra de nadie según la circunstancia y con frecuencia reducido conceptualmente al campo de la prevención terciaria (dependencia-adicción).

Un análisis y un cambio del dispositivo sanitario implica ubicarlo en un marco regional y nacional donde nuestra situación de salud en el contexto de América latina ha sido definido por la **coexistencia** de problemas de salud asociados al subdesarrollo con los problemas más comunes de los países desarrollados y generalmente envejecidos. Lo cierto es que nuestra realidad contiene **en el mismo hospital** al adolescente con sobredosis de drogas y al niño desnutrido, al uso intravenoso de drogas y al cólera, al accidente de tránsito y a la inhalación de pegamentos .

Frente a una problemática de esta naturaleza la situación desde la Salud Mental, en lo que hace a la prevención primaria como Promoción de la Salud (prevención inespecífica) que implica la provisión de aportes físicos, sociales y socioculturales excede largamente a los recursos actuales. En esta medida los niveles siguientes pasan a tener una preeminencia significativa ya que terminan definidos casi como una de las pocas alternativas de acción existentes en el momento actual.

El dispositivo sanitario frente a estas condiciones puede, en primer lugar, centrar el esfuerzo en la prevención primaria derivando hacia solo un aspecto de la misma (la prevención específica) y poniendo énfasis a las crisis vitales, como un período transicional de alta vulnerabilidad al abuso de sustancias psicoactivas que, con un mínimo (pero preciso) esfuerzo, pueden transcurrir sin mayores daños.

En segundo lugar la urgente priorización de la prevención secundaria, frente los trastornos iniciales por abuso de sustancias. En esta medida la estrategia metodológica debería pasar especialmente por los sistemas de monitoreo y las técnicas de screening que permitan la detección precoz en las poblaciones que se priorizan e incluyen necesariamente también el diseño de estrategias de tratamiento con objetivos específicos dirigidos a los niveles de daño inicial. La cobertura de ambas áreas de manera sistemática no solo daría cuenta de una mirada globalizadora del problema del uso de sustancias psicoactivas (incluida la adicción o dependencia) sino que sería expresiva de que se ha dejado de mirar el problema como un tema de sustancias para verlo como un problema de personas en una situación históricamente determinada.

Míguez H. Uso de sustancias psicoactivas. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1998

La reducción de los daños relacionados con las drogas. P.A. O' Hare, P. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker. Grup Igja. Barcelona. 1995.

Alain Renaut. Individuo, dependencia y autonomía. En Individuos bajo influencia. Alain Ehrenberg. Ed. Nueva Visión. Argentina. 1994

Míguez H. Uso farmacológico de las bebidas alcohólicas. Revista de Prevención, Salud y Sociedad; Año 3, Vol. 3, 1990, Buenos Aires.

Míguez H. Patrones socioculturales del uso de drogas en jóvenes de clase alta. Acta psiquiát. psicol Am. Lat. 1993, 39 (4), 294-300

Geoffrey Rose. Individuos enfermos y Poblaciones enfermas. Bol. Of. Sanit Panam Vol 6, No 3. 1985

Proyecto- Global Youth Tobacco Smoke (GYTS)- Warren, W. Riley, L. Asma, S. Eriksen, M. Green, L. Blanton, C. Loo, C. Batchelor, S. Yach, D. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (7)

Míguez H. Uso de tabaco en estudiantes de 13 a 15 años de la ciudad de Buenos Aires Acta
psiquiát. Psicol Am. lat. 2001 47(2):139-143
OPS. El tabaquismo en América latina, Estados Unidos y Canadá 1990-1999 - junio 2000.