

***Investigación social, prevención y vulnerabilidad
(Resumen del Capítulo 1° del libro Uso de Sustancias
Psicoactivas
Hugo Míguez- Editorial Paidós - Colección Tramas
Sociales
Buenos Aires - Octubre de 1998)***

Capítulo 1.

Investigación social, prevención y vulnerabilidad

Investigación social, prevención y vulnerabilidad

Situación general ●

Percepción y sesgos ●

Planteo de un objeto para la prevención ●

Situación general

Una mirada general sobre el siglo que termina muestra las profundas y rápidas transformaciones que lo definieron, indica también que no hubo campo de trabajo que no haya sido alcanzado por las mismas y esto incluye naturalmente el campo de la salud. Así, el perfil de las enfermedades que afectaron a las poblaciones a lo largo de cien años experimentó diferentes cambios determinando lo que la Organización Mundial de la Salud caracterizó en diferentes estadios : el dominado por las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la mala nutrición y la deficiente higiene ambiental, el estadio definido por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y otros en las que los

modelos de atención individual predominan como instrumentos de prevención y tratamiento y , finalmente, las llamadas enfermedades del tercer estadio. Es en éstas últimas dónde se presentan los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades como el desempleo, las migraciones, la disolución familiar y otros que están asociados con la violencia, el abuso de alcohol y la adicción a las drogas en proporciones epidémicas.

Estos momentos caracterizados como etapas sucesivas en los países desarrollados, existieron en los países de América latina como tres estadios simultáneos desafiantes de un sistema de salud que, además, debía responder a las políticas regionales de ajuste económico. En la mayor parte de los casos los programas sanitarios de los países dirigieron sus esfuerzos tanto para descentralizar y redistribuir los recursos como para interrelacionar las tareas preventivas, por ejemplo, en salud mental con la atención primaria.

Así fue el contexto que constituyó el lugar y la historia en el que se desarrollaron las respuestas desde el campo comunitario y dónde, hasta las comunidades más pequeñas, no estuvieron al margen de los problemas de acceso equitativo a los recursos de salud que afligieron a un conjunto social de más de 200 millones de personas.

El trabajo comunitario, entonces, tuvo que buscar nuevas estrategias dirigidas a una población bajo las presiones de una urbanización creciente y desordenada, sometida a las tensiones de la falta de empleo y al deterioro de su calidad de vida. Situaciones que implicaron, entre otros aspectos, un recrudecimiento de los trastornos mentales.

A inicios de la década del ochenta los ministros de salud de la región aprobaron en ese entonces el plan *"Salud para todos en el año dos mil"* que partía de estimar el aumento de estos problemas y mencionaba entre sus consecuencias específicamente la neurosis, la violencia, el alcoholismo y la farmacodependencia. Frente a este panorama y en momentos que aún no se avizoraba el VIH entre los problemas de fin de siglo, la OMS señaló que los programas de atención de salud mental iban a tener que *"disminuir cada vez más el énfasis en los aspectos puramente psiquiátricos y orientarse hacia acciones de promoción y prevención"* implicando con esto un nuevo empuje a los programas de acción comunitaria.

Hoy, cuando la prevención tiene que afrontar los problemas del uso intravenoso de drogas entrecruzados con los problemas no resueltos del alcoholismo y el abuso de medicación psicotrópica, los requerimientos de información son incesantes. Qué, quién, cómo, dónde, por qué, han dejado de ser parte de una fórmula epidemiológica para involucrar a la ciencia social en la búsqueda de respuestas. Lo cierto es que ya, la complejidad de los problemas de salud, no resiste una estrategia preventiva que no tome rigurosamente en cuenta para el diseño a su propia realidad o que no sea factible de ser evaluada de manera sistemática en cada una de sus aplicaciones.

Pese a ésto, sin embargo, lo cierto es que en la actualidad, la investigación de la salud mental en América latina continúa restringida en la mayor parte de los

casos, como lo señala la OMS en sus documentos oficiales, a las *"formas dominantes de la práctica médica con un predominio cuantitativo de la investigación clínica, íntimamente relacionada a la atención médica hospitalaria, especialmente en el ensayo de nuevas formas terapéuticas"* . La situación presente en América latina necesita de un nuevo papel de la investigación sobre la salud mental que pase de ser una presencia sofisticada e insignificante, como lo señala Alarcón, a constituirse en una herramienta que oriente la prevención, que colabore extendiendo la cobertura sanitaria a niveles que hoy están dentro de la sombra que proyectan políticas sesgadas en cuanto a la naturaleza y el alcance de los problemas de salud mental.

En este libro la investigación social y la prevención en el campo comunitario están orientadas a lo que se define como uso indebido de sustancias psicoactivas. En primer lugar porque estos problemas son sin duda un notable campo de múltiples intersecciones en el que se puede analizar esfuerzos y estrategias sociales diversas para evitar la presentación de los problemas de salud y disminuir sus efectos en la comunidad. En segundo lugar, porque representan hoy por hoy, una de las áreas más conflictivas y menos atendidas desde el campo técnico científico, pese incluso a la cantidad de recursos que se vuelca hacia ellas.

Finalmente, así como dentro del campo comunitario no se concibe un estudio de los problemas que no se traduzca en una acción que revierta sobre los estudiados el beneficio de su conocimiento, tampoco el desarrollo de la prevención es posible de concebir con independencia de la investigación. La acción sin el sustento que le da el examen riguroso de la realidad a la que pretende transformar es un campo propicio para la ocurrencia en el mejor de los casos y para la manipulación de personas, grupos e instituciones en el peor.

Percepción y sesgos

En la búsqueda de un concepto que evitara las dificultades de términos como "enfermedad" o "padecimiento" la OMS optó hace un tiempo por utilizar el término "trastorno" para su Clasificación Internacional de las Enfermedades. Esto supuso colocar como objeto de estudio y tratamiento una amplia categoría que incluye todo comportamiento o grupo de síntomas (identificable clínicamente) que suelen acompañarse de malestar o interfieren con la actividad del individuo.

Desde esta clasificación el tema que ocupa el desarrollo de este libro se ubica entonces, dentro de lo que se denomina "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas".

Esta definición sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas lleva a algunas reflexiones cuando se la considera a la luz de lo que habitualmente ocurre con la percepción de estos problemas en las comunidades.

En primer lugar los trastornos reconocidos como consecuencia del uso indebido de una sustancia psicoactiva tales como la intoxicación aguda, el consumo perjudicial y el síndrome de dependencia alcanzan a un gradiente de población con una amplia variedad de conductas y de problemas. Esta concepción contrasta sensiblemente con la caracterización, habitualmente utilizada, que remite al tema como "adicciones". Un término que, como señala Marconi, se comenzó a usar a principios de 1900 como sinónimo de "la sed irresistible por la intoxicación" y final mente fue dejado en desuso por la OMS en 1964 cuando adoptó el de "dependencia". Lo cierto es que, con uno u otro nombre, siempre fue considerado solo como una faz, con frecuencia terminal, de los trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas y, en el mismo sentido, se mantiene actualmente con un alcance similar por la OMS en el Síndrome de dependencia. Más allá de la discusión que corresponde acerca de que, según la persona y según la sustancia, la dependencia tiene una probabilidad diferente de presentarse o no, lo cierto es que la percepción del problema focalizada exclusivamente en este punto tiende a desviar el enfoque de los problemas relacionados con el abuso, tanto o más graves que los atribuidos a la "adicción".

De esta forma los problemas del uso indebido quedan ocultos bajo los de la dependencia, que tienen una naturaleza diferente, haciendo que el trabajo preventivo en la comunidad adopte un mensaje apocalíptico que los jóvenes descalifican con su propia experiencia o con la de otras personas cercanas a ellos.

El énfasis puesto en las características de los dependientes a las drogas lleva a ignorar las manifestaciones más sutiles y no menos peligrosas del uso indebido. Por otra parte desde una perspectiva de magnitud, la condición transitoria y hasta quizá ocasional, por ejemplo, de la intoxicación con una sustancia psicoactiva, no se traduce necesariamente a nivel general como un daño menor. El accidente de tránsito o de trabajo bajo efectos de una intoxicación por ejemplo, resulta tener un costo social mayor que los relacionados con el consumo crónico porque la población involucrada es mucho más numerosa y, como señala Rose, *"un gran número de personas de bajo riesgo puede originar más consecuencias que un reducido número de riesgo elevado"*. Por otra parte, las personas con un historial reconocido de intoxicación suelen despertar advertencia y, bajo condiciones comunes, son objeto de una mayor prevención de quienes los rodean que aquellos que no son visualizados socialmente como partícipes del problema.

En segundo lugar, con respecto a la clasificación de las sustancias que hace la OMS se observa un amplio agrupamiento que parte de considerar la acción de la sustancia que se consume sobre el sistema nervioso central. Es decir, de las implicaciones que Nowlis señala en "el cambio en los sentimientos, los estados de ánimo o las percepciones" que determinaran diferentes trastornos. Esto incluye, de acuerdo a la Décima clasificación de Enfermedades de la OMS: el alcohol, los opioides, los cannabinoides, los sedantes o hipnóticos, la cocaína, los estimulantes (incluyendo la cafeína), los alucinógenos, el tabaco y el consumo de disolventes volátiles.

Pese a esto lo cierto es que, al día de hoy, el problema del uso indebido de sustancias psicoactivas, está caracterizado por los estereotipos de *"la adicción a las drogas ilegales"* y es desvinculado de los problemas originados en el alcohol y el tabaco y, también, de la utilización abusiva de fármacos medicinales.

La desestimación del papel de las sustancias legales dentro del continuo de problemas incide gravemente dentro del enfoque preventivo porque al ubicar los niveles del problema en compartimentos separados, ignorando la característica de continuo que los define, desde el abuso de lo considerado legal hasta lo ilegal, se instala en la comunidad la idea de que el problema es de sustancias no de personas. Desde este marco, la peligrosidad de la sustancia queda, determinada por el régimen legal de proscripción y, en consecuencia, la seriedad del problema suele quedar limitada y, por cierto, teñida más de ilicitud que del concepto de daño o riesgo.

Es cierto que en algunos casos también se reconocen las características peligrosas de ciertos tipos de medicamentos o de "drogas sociales" como es el caso del alcohol y el tabaco. Sin embargo estas características son atenuadas, por una mirada superficial que las considera pautadas por el uso reglamentado socialmente o por la prescripción profesional. Los resultados de los estudios realizados en Buenos Aires a pacientes internados por uso de drogas señalan la presencia y el papel del abuso con estas sustancias en los inicios y muestran la insuficiencia de lo que se consideraban los controles sociales para contener el problema.

Es así, entonces, que la prevención orientada a centrar el problema en lo ilegal habilita paradójicamente, ignorándolo, el uso indebido en los inicios. Hecho que repite, en definitiva, los argumentos de la tolerancia social que ciega frente al uso indebido pero escandaliza frente a la dependencia.

En síntesis, debe considerarse quizá como el primer punto a resolver en el campo de la prevención comunitaria una percepción del problema del uso indebido de sustancias psicoactivas, que engloba diferentes sustancias y distintos grados de afección, sesgándolo por un lado como un problema de "adicciones" y por otro como relacionado fundamentalmente con las sustancias ilegales, "las drogas". La acción educadora y preventiva no es ajena a esta restricción del tema y recibe sus efectos viendo dificultada la eficacia de la acción y la evaluación correcta de resultados.

Planteo de un objeto para la prevención

Desde la percepción que restringe la temática a la dependencia a las drogas suele plantearse como materia a prevenir a la "adicción". Los numerosos esfuerzos realizados dentro de esta concepción han demostrado no sólo no alcanzar el efecto esperado sino que en algunos casos desorientaron la acción que se llevaba a cabo desde las comunidades.

La propuesta aquí para el enfoque preventivo sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas parte de la intención que orienta el consumo, no desde la acción tóxica de la sustancia. Así, en el niño que inhala pegamentos, por citar un caso, el trastorno mayor no está en la toxicidad del diluyente sino en el abandono que hace de cualquier otra forma de recuperar su capacidad de entusiasmarse y en la carencia de vínculos que lo ayuden a recuperarla de otra forma.

El problema de la droga es, por tanto, el de la obtención por la vía química de efectos que no han podido lograrse mediante la interacción con el medio. El individuo concluye que su situación es inmodificable y, en consecuencia, busca alterar "*el estado de ánimo, los sentimientos, las percepciones*" hasta lograr sin sufrimiento, acomodarse en forma circunstancial a la realidad y sentirla placentera. Frente a esta elección se alteran los modos de aprendizaje de la experiencia y el desarrollo del individuo se resiente en relación directa con su menor edad.

Desde esta aproximación se propone una estrategia específica para diferentes estadios que haga posible la acción sistemática sobre el conjunto. Es decir tratar el objeto de la prevención como un continuo de problemas diferenciados que se extienden desde el sistema de representaciones sociales favorables al abuso de sustancias psicoactivas vigente en la comunidad en un momento dado hasta la presentación del síndrome de dependencia.

El modelo tradicional de Salud Pública ha delimitado diferentes niveles preventivos para la acción sobre estos trastornos. De esta forma la prevención primaria que se propone acciones para limitar el número de personas que inician en el uso de drogas, circunscribe como campo preventivo una población sin, todavía, una participación en el consumo perjudicial pero que recibe regularmente la influencia de un sistema de representaciones sociales que lo promueven como alternativa de socialización.

El modelo cultural que propone la reducción farmacológica de los estados de displacer sin atender las causas que lo determinan, y la insuficiencia de una organización personal para contradecirlo son consideradas aquí como el núcleo de la prevención primaria del uso indebido de sustancias psicoactivas.

La prevención secundaria cuyo propósito es reducir el número de personas en la población que tiene consumo perjudicial de drogas delimita un campo de trabajo dentro del cual la clasificación de OMS integra daño somático o alteraciones psicológicas "*que incluyen la alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a discapacidad o a tener consecuencias para las relaciones interpersonales*". (En estos casos se establece como condición para considerarlo como un consumo perjudicial la persistencia durante al menos un mes o la presencia reiterada en un año, sin tener otras características que lo califiquen como dependencia).

El campo de la prevención secundaria se encuentra, al igual que otros, condicionado a la representación de salud y enfermedad que, en un momento dado, tiene una comunidad determinada en estos tópicos y que puede excluir

comportamientos, no involucrados con un estado de necesidad imperiosa, pero que implican el detrimento personal o social en el presente o en un futuro próximo. Por ejemplo, más allá de la pérdida o no del control sobre el consumo, las consecuencias sociales que implican el uso de cocaína son suficientes en sí mismas para advertir una situación de perjuicio sobre el individuo que la utiliza. O bien, el uso de cantidades relativamente moderadas de alcohol pero dentro de una situación de riesgo como el manejo de maquinaria alcanza para dañar condiciones de alerta necesarias para la ejecución de la tarea aumentando los riesgos para sí y para terceros.

La prevención terciaria, visualizada por algunos como el campo paradigmático de los problemas de uso indebido de sustancias psicoactivas y cuestionada por otros como un ámbito de prevención, abre un área reducida en comparación con los niveles anteriores pero sin embargo expresiva de los trastornos más dramáticos que significa la dependencia.

Desde el trabajo preventivo implica el desarrollo de estrategias vinculadas a evitar la invalidez o la muerte ocasionada por el uso de drogas. Aspectos como las prácticas de riesgo y la prevención frente al VIH o las dificultades de integración social del ex-adicto y las recaídas son parte de este campo preventivo.

En definitiva, dentro del campo de los niveles de prevención, se propone como objeto de la estrategia preventiva el continuo del uso indebido de sustancias psicoactivas. Esto en la medida que un seguimiento y acción sistemática sobre cada uno de los segmentos tiene una mejor oportunidad de interrumpir el eslabonamiento del problema y sus mecanismos de refuerzo entre sí.

.....(Resumen parcial del 1º capítulo del libro Uso de Sustancias Psicoactivas. Hugo Míguez. Editorial Paidós. Colección Tramas Sociales. Octubre de 1998