

En prevención de consumos problemáticos

Vivimos en sociedades en las cuales predominan características donde todos somos *consumidores de objetos, servicios y hasta de otras personas*.

En estas sociedades hay una prolongación de la adolescencia en términos de años, además de la tendencia a gratificar instantáneamente las demandas, teniendo anomia y desesperanza, con carencias de figuras de identificación positiva, con medios cargados de mensajes contradictorios, violencia y falta de trascendencia, generando crisis de referentes y familias, con ausencia de espacios de dialogo, aislamiento y falta de redes sociales de contención, decadencia sistemática de los métodos educativos y tratamiento inadecuado de estos temas en los medios de comunicación.

Además hay una naturalización del uso de sustancias psicoactivas, con mayor oferta de las mismas y la aparición de nuevas y más baratas. La forma conservadora tradicional, enfoca el tema exclusivamente desde la perspectiva de las adicciones o dependencias, sobre todo a drogas ilegales, como lo único sobre lo cual habría que preocuparse.

También puede llevar a pensar que alguien se convierte en adicto solamente por entrar en contacto con una droga prohibida; lo cual, deja de lado muchos consumos no adictivos que ponen en serio riesgo a la salud (como [el consumo excesivo de alcohol](#), aunque no se trate de alcoholismo). También desde este enfoque tradicional, suelen soslayarse los problemas de salud relacionados con actos compulsivos que son aquellos que las personas no pueden dejar de practicar. Entre ellos se cuentan los juegos de azar (bingos), el comer compulsivamente, el trabajar sin descanso, entre otros actos, que algunas personas pueden llegar a realizar de manera adictiva.

Otra de las dificultades que presenta este enfoque tradicional es el hecho de que se coloque el acento del problema únicamente sobre las drogas prohibidas. Esto sucede mientras que se deja avanzar y hasta se incentiva -desde la publicidad y los medios de comunicación-, el consumo de medicamentos sin indicación médica, o alimentos con altos contenidos de grasas saturadas o azúcares, bebidas alcohólicas en todo momento y para todos, entre otros, que pueden ocasionar graves daños a la salud dependiendo de cómo se los utilice. La llamada *medicalización de la vida cotidiana* halla expresión en el uso cotidiano de todo tipo de medicamentos para paliar el dolor, la gripe, la ansiedad, la depresión, la falta de energía, etc. Este fenómeno guarda relación con el recurso de las sustancias tanto legales como ilegales en la vida cotidiana de las personas. La promoción de la felicidad a través del consumo de alcohol y la publicidad de una serie de medicamentos que alivian “totalmente el dolor” o “definitivamente el sufrimiento”, proponen soluciones rápidas e instantáneas a cualquier problema. Esta propuesta, a la que subyace la idea que “para cada situación existe una sustancia o un consumo adecuado”, afecta al conjunto de la sociedad: está extendida y generalizada en todos los sectores sociales y grupos de edades de la población, independientemente de cuál sea el objeto o la sustancia que se consume.

En suma, la situación ha dado como resultado un aumento en los problemas en salud relacionados con los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y de otros. Las personas hacen uso de objetos y sustancias psicoactivas, la mayoría las usan en forma recreativa socialmente, otros hacen abuso y los menos generan dependencia de las mismas.

Con respecto al tema de la adicción propiamente dicha (dependencia), cabe aclarar que es una enfermedad, compleja y tratable, que afecta el funcionamiento del sistema nervioso, además del comportamiento y de los vínculos con el entorno.

No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las

personas por igual, el mismo debe estar fácilmente disponible en todo momento y abarcar las necesidades diversas de la persona, además es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo. Las terapias como la individual, de grupo, psicofarmacología, de conducta, son las formas de tratamiento más comunes y con grado de eficacia comprobado. Es aconsejable que los tratamientos sean evaluados periódicamente para, de ser necesario, modificarlos dado el grado de comorbilidades de los pacientes. Los programas deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. El trabajo terapéutico con las familias y referentes de los pacientes es fundamental para generar mayor grado de contención y modificar vínculos patológicos. Desde el primer momento se debe incluir la estrategia de socio educativa del "proyecto de Vida" para descubrir habilidades y anhelos que sostengan a la persona en el tratamiento y posteriormente. Por último cabe aclarar que las recaídas son parte de las vicisitudes del tratamiento.

A continuación un simple bosquejo de herramientas para la contención de los riesgos en la tematica:

A nivel preventivo:

1. **Mediación** y estímulo para el acercamiento entre la población (general y afectada) a los sistemas socios sanitarios: hacer de nexos y puentes entre la instituciones y la gente, visualizando servicios y acompañando.
2. Propiciar **modos de vida saludables**, generando procesos dinámicos de acciones singulares y sociales en relación con alimentación saludable, actividades físicas, entornos saludables, evitación del consumo de tabaco, alcohol y otras compulsividades, mayor uso de agua.
3. **Campañas** para disminuir la estigmatización, segregación y exclusión de las personas que practican "usos de sustancias psicoactivas" (en adelante "USP"),

4. Brindar orientaciones a: referentes, jóvenes, escuela, barrio,
5. **Charlas**, talleres, debates sobre comunicación, descubrimiento de habilidades, mayor autonomía, resolución de conflictos en forma positiva.

A nivel de generar Intervenciones Tempranas:

1. **Acogida** y empatía con las personas usuarias y sus referentes.
2. Visualización de las **consecuencias negativas** del consumo entre el operador socio sanitario y las personas usuarias con sus referentes. Consensuar cuales son los riesgos en términos de generar dependencia, enfermedades crónicas, accidentología, ruptura vinculares, costos económicos, desmotivación labora o educativa.
3. Búsqueda de **motivaciones para el cambio** (con rangos que van de leve, moderados y altos), que consisten en manifestar deseos y obrar en consecuencia en la disminución de los riesgos del consumo. Apoyar cada gesto de disminución de riesgos.
4. Encuentros de **búsqueda de acciones positivas** (realistas y propias) alentándolas. Visualizar las habilidades y cualidades: físicas, de calidad de vida (reconocimiento, autonomía, contacto con los demás), en relación a conductas consigo mismo y con otros, ideales socio culturales, red vincular, como desarrolla su creatividad, como se comunica, manejo de ciertos conflictos, actividades al aire libre, etc.
5. Búsqueda de **metas**. En relación con el USP (días, cantidad, horarios, ingesta de comida, velocidad, que cosas o situaciones hace que no consuma) y con otros temas (retomar acciones abandonadas, reencuentros, renovación de vínculos, inicio de perfeccionamientos, autocuidados alimenticios e higiene y descanso, etc).
6. Identificación de **situaciones de riesgo**, como ser: ansiedades, momentos negativos, diversión, lugares,

- estar en determinados horarios con ciertas personas, etc
7. Intervención con los **referentes** de la persona que USP, acompañándolos en el manejo de las responsabilidades y en resolución de conflictos, como así en la participación en las instituciones y organizaciones locales.
 8. Que hacer en una **Urgencia o Crisis**: proteger, avisar a la emergencia zonal y acompañar, nunca dejar sola a la persona. Ver su estado de conciencia, si respira, como está el pulso, si hay heridas, tranquilizarlo e informarle lo que estás haciendo. Ver si hay dolor en el pecho, sudor frío, mareos o ha habido pérdida de conocimientos, dificultad para hablar, síntomas que se desencadenan en forma rápida, vómitos con sangre.
 9. Como desarrollar y utilizar una **Red contenedora** frente al USP u otras temáticas.

A nivel del Sostenimiento

1. La presencia, el apoyo, la comprensión y la escucha son fundamentales para **acompañar** a las personas que USP y sus referentes.
2. Es necesario hacerlo **porque** dichas personas y sus Referentes tienen dificultades en seguir las prescripciones de los equipos socio sanitarios, algunas veces no van a las entrevistas programadas, sobrevaloran los efectos secundarios del USP, tienen desinterés o distorsión de su propia salud, dificultades en pedir ayuda, inadecuada interpretación de la realidad y baja resolución de los conflictos e integración vincular.
3. El acompañamiento puede ser **presencial** a los servicios socio sanitarios, en el barrio o en su domicilio. O en forma **virtual** (teléfono, whatsapp).

A modo de conclusión cabe aclarar que las políticas públicas sobre la temática en la Argentina, desde 1973 hasta la fecha, son muy dispares, con presupuestos insuficientes, con marcos regulatorios vigentes, contradictorios (leyes nacionales

23.737 y 26.657).

Con una fragmentación de la Red Preventiva – Asistencial muy desproporcionada, entre Nación, provincias, municipios, Obras Sociales, instituciones Prepagas, ongs, sin que nadie cumpla la función de “torre de comando” para que los pacientes, sus referentes, la población general y los financiadores, se dirijan a una mejor calidad prestacional preventiva – asistencial.

A pesar de esto... sobrevivimos, **gracias a la voluntad de miles de personas** (profesionales, técnicos, familiares y algunos funcionarios) que tienen pensamientos y acciones inclusivas.

PD: Esta nota fue elaborada por el Lic. Aldo Domanico (aldodomanico@gmail.com) a quien se le agradece particularmente. La misma está relacionada también con la sección [el cuidado y la prevención](#), y los ejemplos de políticas públicas, en general, están vinculados con el caso argentino. Para enfoques en otros países, véase [esta nota](#) del diario El País de España, sobre el caso de Islandia.