

El paciente adicto

Hugo Míguez

Investigador Independiente

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Argentina

>

El paciente adicto.

Publicado en Revista de Prevención, Salud y Sociedad. Año VIII Vol 8 1997

Durante muchos años los países de América latina, como gran parte del mundo, convivieron con los problemas derivados del uso abusivo del alcohol, el tabaco y

los psicofármacos. La cirrosis hepática, el cáncer de pulmón y los intentos suicidas mostraron, junto a otros trastornos, algunas de las consecuencias derivadas del abuso de estas sustancias con características endémicas. La década del ochenta mostró nuevas sustancias y usos, expandiendo a escalas masivas lo que estaba focalizado en grupos restringidos en la década anterior.

El uso de la marihuana, la cocaína, y otras sustancias ilícitas aparecieron en ondas epidémicas que llegaron y se instalaron por encima de los problemas endémicos relacionados con el abuso de las sustancias legales.

A inicios de la década del noventa, Argentina presentaba una población de pacientes internados por su adicción que constituían la expresión del fenómeno epidémico señalado. Más allá de los casos de alcoholismo o del uso de marihuana de otras épocas la problemática ahora se presentó como un policonsumo de todo tipo de sustancias en sectores cada vez más amplios y con características que cambiaban rápidamente.

El estudio de esta población de pacientes llevado a cabo en las comunidades terapéuticas más importantes durante 1990, mostró el primer perfil de este fenómeno en la Argentina.

Más de seiscientos internados en comunidades terapéuticas fueron entrevistados minuciosamente por terapeutas y pacientes recuperados. Este censo de pacientes mostró diferentes aspectos que marcaron el comienzo de un nuevo problema en la Argentina.

1. Antecedentes de tratamiento.

Los jóvenes que respondieron al cuestionario se encontraban internados en el momento del estudio, llevando a cabo un tratamiento para superar su problema de consumo de drogas. Las instituciones dónde se llevaron a cabo las encuestas

eran lugares especializados en la atención de farmacodependientes que se desenvolvían, por lo general, en el marco de comunidades terapéuticas. En la

mayor parte de ellas los jóvenes recuperados tenían una amplia participación en el manejo administrativo y técnico .

Para la mitad de los jóvenes que respondían la encuesta era la primera vez que recibían un tratamiento por drogas. Estudios realizados unos años después permitieron explicar la demora en la llegada a tratamiento en las deficiencias que se tenían para la detección de estos nuevos problemas. Estudios exploratorios en las emergencias hospitalarias en ocho provincias del país mostraban en 1993, que la detección de trastornos por uso indebido de sustancias psicoactivas alcanzaba sólo al 8,4% del total de consultas. Considerando que el 73% de éstas se relacionada sólo con el alcohol la detección de sustancias ilícitas y de policonsumo era mínima.

Tipo de tratamiento anterior a la internación actual .

Tipo de atención	Varones	Mujeres	Total
No tuvo tratamiento anterior	50,0	53,0	50,5
Internación y ambulatorio	36,3	30,4	35,0
Ambulatorio exclusivamente	6,9	6,5	6,8
Atención de emergencia exclusivamente	0,9	0,7	0,9
Otros	5,9	9,4	6,8
n	521	138	659

2. Ubicación social.

La clasificación de pacientes según su nivel económico social (NES) se hizo utilizando una clasificación que tomó en cuenta la ocupación y nivel educativo del jefe de familia donde vivía el paciente. Aproximadamente un setenta por ciento de los jóvenes correspondían a un nivel medio y bajo (48% del sector medio). Los casos de extrema pobreza estaban representados por un 2% del total.

Estratificación social del grupo de pacientes (n:659) .

Nivel Económico Social	Varones	Mujeres	Total
Alto	11,5	16,0	12,4

Medio Alto	14,8	15,2	14,9
Medio	50,3	40,5	48,2
Bajo	20,7	19,6	20,5
Extrema pobreza	1,2	5,1	2,0
Sin.Inform.	1,5	3,6	2,0

La mayor parte de los internados era gente muy joven, casi el 60% de ellos estaba por debajo de los 21 años. Los varones representaban el ochenta de los casos internados .

Edad y sexo de los pacientes encuestados (n:659) .

Grupos de edad	Varones	Mujeres	Total
17 años y menos	12,0	3,8	15,8
18-21	33,1	9,3	42,3
22-25	17,3	5,3	22,6
26-29	9,1	1,7	10,8
30 y más	7,6	0,9	8,5
%	79,1	20,9	100,0

Más del 80% no había concluido sus estudios secundarios, situación que se acentuaba más en los varones que en las mujeres. En éstas últimas se presentaba un mejor nivel, un 18% aproximadamente había alcanzado a los estudios secundarios.

Pacientes encuestados según nivel educativo (n:659).

Nivel educativo	Varones	Mujeres	Total
Primaria incompleta	6,2	3,6	5,6
Primaria completa	23,2	7,2	19,8
Secundaria incompleta	56,0	55,1	56,0
Secundaria completa	9,8	16,7	11,3
Universitaria incompleta	4,0	15,9	6,5
Universitaria completa	0,8	0,7	0,8

Casi un tercio de los entrevistados no vivía en su casa antes de internarse la última vez. Uno de cada diez habitaba en un hotel o pensión o no tenía un lugar

definido donde vivir. Otro tanto llegó a la internación proveniente de otra institución, especialmente del área judicial.

Lugar de habitación de los entrevistados antes de internarse la última vez(n:659).

Lugar	Varones	Mujeres	Total
En su casa	66,6	68,1	66,9
En casa de familiares o amigos	11,5	12,3	11,7
En hoteles o pensiones	2,9	1,5	2,6
Sin lugar definido	5,4	10,1	6,4
En otra institución médica psiquiátrica	2,7	1,5	2,4
En reclusión judicial	10,4	4,3	9,1
Otra	0,4	2,2	0,8

En materia de situación laboral se halló que, antes de su internación última, tres de cada diez jóvenes no trabajaba. La proporción de entrevistados que en ese momento mantenía el hogar mediante su trabajo era del 9%.

Situación laboral previa al tratamiento(n:659).

Actividad laboral	Varones	Mujeres	Total
Ninguna	29,2	34,8	30,3
Trabaja	59,1	53,6	58,0
Sin información	11,7	11,6	11,7

3. Situación familiar.

Es un hecho frecuentemente citado el peso de los factores familiares en el desarrollo de los problemas vinculados a las drogas. Localmente estudios recientes en población escolar de zonas críticas de la Provincia de Buenos Aires mostraron diferencias significativas entre los niños consumidores drogas del resto, en relación con el clima de afecto, seguridad y comunicación con que contaban en sus casas. En el estudio de pacientes esta realidad se puso de manifiesto de dos formas : por un lado, a través de los datos que señalaron con frecuencia la procedencia de hogares con fuerte conflictiva familiar, situaciones de abandono y abuso de sustancias psicoactivas dentro de la familia de origen. Por otro lado en la historia con sus propios hijos.

Cuando los pacientes recuerdan hábitos de abuso de las personas con las que convivían en su infancia, el 61% señala al padre (abuso de bebida, tabaco y comida), el 52% a las madres (abuso de tranquilizantes, tabaco y comida), y el 17% a los hermanos (abuso de comida y anorexígenos).

Dentro del grupo de los pacientes casados (ochenta y nueve en total) la tasa de separados o divorciados fue cercana al 40%. Del grupo que aún permanecía casado, dos de cada diez no convivían de manera regular con su cónyuge.

El 16% de los entrevistados tenía hijos en su mayoría menores de 14 años . Un dato significativo fue que más de la mitad de los padres alguna vez tuvo que dejar a cargo de otros el cuidado de sus hijos por más de un año, porque no se encontraban en situación de hacerse cargo de ellos.

Delegación del cuidado de los hijos en otra persona por más de doce meses(n :108).

Delegación	Varones	Mujeres	Total
No	39,7	56,0	43,6
Si	57,8	40,0	53,7
S. I.	2,4	4,0	2,7

4. Edades de Iniciación en el consumo de sustancias psicoactivas

Más de las tres cuartas partes de los jóvenes entrevistados probó el primer cigarrillo entre los nueve y los catorce años. En ese período también más de la mitad había tomado vino por primera vez y sesenta y uno de cada cien consumido cerveza por primera vez. Para las bebidas destiladas, era entre los doce y diecisiete años donde se observaba la frecuencia más alta de consumo inicial.El 1,4% de los encuestados nunca había tomado bebidas alcohólicas.

Edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas según tipo de bebida y composición por sexo .

Edad de inicio	Masculino			Femenino		
	Vino	Cerveza	Destilados	Vino	Cerveza	Destilados
5 y menos	3,6	1,2	0,4	5,8	2,2	0,7
6 - 8	7,4	4,4	0,6	5,8	3,6	2,1
9 - 11	20,0	15,2	5,6	19,6	12,4	4,3
12 - 14	37,3	48,6	33,0	30,4	39,9	35,6
15 - 17	18,4	21,5	42,9	21,0	30,6	38,5
18 - 20	4,6	4,1	7,2	5,0	2,4	6,5
21 - 23	0,8	0,6	1,9	0,7	0,8	1,4
24 - 26	0,4	0,4	0,7		0,8	1,4
S.I.	7,5	4,0	7,7	11,6	7,3	9,5

n	521	521	521	138	138	138
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Debe considerarse que las edades presentadas por los pacientes remiten por lo menos, a una historia de más de diez años atrás del momento dónde se pasó la encuesta, en la medida que está referida a lo que ocurría en su niñez.

En relación con esto puede considerarse por ejemplo que los datos de consumo de 1994 tienden a confirmar el continuo decrecimiento de la edad de iniciación. Así, de 1980 a 1994 el per cápita por habitante de la Argentina para la producción de cerveza en litros de alcohol absoluto pasó de 0,41 litros a 6,94. Dato de especial significación si se considera que la cerveza representa hoy la bebida de iniciación de los jóvenes de cualquier sector social.

La variedad de sustancias que han sido consumidas alguna vez con el propósito de conseguir un efecto psicoactivo alcanza la cifra de 257 nombres de productos de los cuales 213 son preparados farmacéuticos comerciales.

5. Hábitos de consumo anteriores a la internación actual

En el momento que se llevó a cabo la entrevista el 97% de los jóvenes fumaba. La mayoría oscilaba entre 15 a 20 cigarrillos diarios.

La bebida de consumo más frecuente durante el mes anterior a la internación fue la cerveza. En segundo lugar los destilados y, en menor proporción, el vino. Entre las bebidas destiladas de mayor consumo en ese período se presentó el whisky, la ginebra, el vodka y el gin. Porcentajes que alcanzan a superar el 40% de los casos, para cualquier sexo o estrato socio-económico, indican como hábito la extensión del consumo a diferentes tipos de bebidas, incluyendo tanto destilados como fermentados o licores.

El 70% de los entrevistados se embriagó varias veces en el mes anterior a la internación. Casi un 20% de los entrevistados varones y un 12 % de las mujeres lo hacía diariamente durante ese período. En éstas últimas estos se acentúan en los sectores socio económicos altos.

Frecuencia de embriaguez en el mes anterior al tratamiento actual, según nivel socioeconómico y sexo.

Frecuencia de embriaguez	Varones				Mujeres			
	NES				NES			
	Alto	Medio	Bajo	Subt.	Alto	Medio	Bajo	Subt.
Diariamente	22,6	16,8	22,8	19,7	11,6	17,9	2,9	12,0
3-6 semana	8,8	11,5	15,8	11,7	23,3	14,3	11,8	16,5
1-2 semana	18,2	19,8	20,2	19,5	13,9	19,6	14,7	16,5

Varias veces al mes	19,0	20,2	13,2	18,3	23,3	25,0	32,4	26,3
Nunca/ Si	31,4	31,7	28,0	30,8	27,9	23,2	38,2	28,7
n	137	262	114	513	43	56	34	133

El 96% de los pacientes internados acostumbraba a combinar la bebida alcohólica con otras sustancias psicoactivas en procura de asociar sus efectos.

Más de 200 combinaciones de drogas señalan un activo comportamiento orientado a la búsqueda de una modificación química del estado de ánimo, la conducta, la percepción o bien en pos de neutralizar los malestares de la privación.

Las sustancias más mencionadas como drogas principales en el mes anterior a la última internación son la cocaína, la marihuana, Aseptobron, Rohypnol, alcohol, LSD, Artane, Talasa, Ketalar, Primun y Tamlar.

El estudio de las menciones de sustancias indicó asociaciones con la posición socioeconómica. Presentándose una mayor frecuencia de estimulantes y alucinógenos en los estratos medios y altos.

Menciones de sustancias psicoactivas consumidas durante el mes anterior a la internación, según nivel socio económico de los pacientes.

Sustancias psicoactivas	Nivel Económico Social					
	Alto	Medio alto	Medio	Bajo	Extrema pobreza	Total
Estimulantes	41,3	40,8	39,9	30,6	26,3	37,8
Depresoras	10,0	13,0	15,2	21,4	15,8	15,7
Alucinógenas	30,3	33,3	25,6	24,0	21,1	26,8
Solventes			0,2	1,3	10,5	0,6
Alcohol	3,7	4,1	5,6	2,2	10,5	4,5
Otros	14,7	8,8	13,5	20,5	15,8	14,6
n	109	147	519	229	19	1023

Las formas de consumo de las sustancias (vías de administración) fueron diversas : aspiradas por boca o nariz, fumadas, bebidas o inyectadas. De cada

cien entrevistados, sesenta y cinco consumían drogas a través de tres o más vías diferentes de administración. La utilización de sustancias por vía inyectable fue una tendencia más acentuada entre los varones.

Utilización de la vía inyectable en el uso de drogas .

Vía inyectable	Masculino	Femenino	Total
Sí	59,5	43,5	56,1
No	40,5	56,5	43,9
n	511	138	649

Entre los que reconocieron el uso inyectable de drogas, el 21,2% se autoreportó portador del HIV.

Auto reporte Positivo de HIV

HIV Positivo	Uso de vía inyectable		Total
	No	Si	
No	95,4	78,8	86,1
Sí	4,6	21,2	13,9
n	285	364	649

Se indagó en los jóvenes acerca de cuáles eran las situaciones donde el consumir droga le resultaba más imprescindible. Los porcentajes generales señalaron, entre un 60 y 70 % del total de menciones posibles. "para estar con amigos" y " para ir a una fiesta".

El consumo en situaciones de "fiesta y amigos" se acentuaron en los más jóvenes en tanto su relación con el trabajo presentó con mayor acento después de los 22 años.

A diferencia de los varones, se observó en las jóvenes un consumo más acentuado vinculado a la situación de pareja y a la relación sexual, circunstancia más claramente presente en las menores de 21 años.

Situaciones donde al encuestado le era más imprescindible consumir droga.
(n :659)

Situación	Varones	Mujeres	Total
Para ir a una fiesta	63,3	57,9	62,2
Para estar en pareja	41,3	53,0	43,7

Para estudiar	14,4	22,4	16,1
Para trabajar	38,4	25,4	35,7
Para estar con amigos	71,2	66,7	70,2
Para tener una relación sexual	43,4	48,5	44,5

Otras respuestas fuera de clasificación con relación a las situaciones donde les era más imprescindible consumir droga fueron:

"Para estar en mi casa". "Para estar con mi familia". "Para hablar con la gente". "Para estar con mi marido". "Para estar con mis hijos". "Para no estar solo". "Para empezar el día". "Para salir a la calle". "Para combatir la depresión". "Para ir a la cancha". "Para comunicarme". "Para relacionarme con la gente". "Para estar solo y bien". "Para mantenerme en pie". "Para evadirse en la cárcel". "Para comprar cosas". "Para hacer deportes". "Para realizar las tareas domésticas". "Para levantarme de la cama". "Para ir a robar". "Para poder relacionarme con mis familiares"

El cuestionario indagó acerca de cuáles habían sido las razones que llevaron a consumir una droga la primera vez. La pregunta fue abierta y las respuestas fueron clasificadas de acuerdo a diferentes grupos de motivos. Las menciones que conforman cada categoría se ejemplifican a continuación del cuadro.

Menciones acerca de las razones que los llevaron a consumir drogas. Datos según sector social.

Razones	Nivel Económico Social			
	Alto	Medio	Bajo	Total
Curiosidad	18,5	29,9	27,3	26,2
Soledad	13,8	10,8	11,6	11,8
No ser menos	9,0	11,0	13,9	11,1
Por amistad	21,6	18,2	12,5	17,9
Problemas familiares	9,8	7,7	9,3	8,6
Depresión y nervios	8,3	6,4	9,3	7,6
Familiar consumidor	3,2	2,4	3,7	2,9
Otras razones	15,8	13,6	12,4	13,9
n	254	455	216	925

1. Respuestas que constituyen la categoría "Curiosidad"

"para probar el efecto que las revistas decían que te hacían sentir", "yo veía que fumaban y quería probar", "quería ver que se sentía", "curiosidad por sentir algo distinto", "buscaba saber que pasaría", "conocía a gente que se drogaba, tenía interés por la novedad y lo tomé como una moda", "quería experimentar", "sentía curiosidad y fascinación".

2. Respuestas que constituyen la categoría "Soledad".

"me sentía solo, con miedo, inseguro", "me sentía re - sola, inferior, cerrada", "abandonada", "no soportaba mi realidad que estaba tan sola", "me sentía rechazado por la gente que me rodeaba", "no tenía con quien hablar", "sentía un encierro interior",

3- Respuestas que constituyen la categoría "No ser menos".

"para figurar ante los demás", "para no verme inferior ante mis amigos", "quería ser alguien", "para no sentirme menos", "quería sobresalir", "no sentirme disminuído ante los demás que se drogaban", "para parecer más vivo con los amigos", "para hacerme el duro y el agresivo", "para sentirme grande, crecido", "para no sentirme un tarado"

4. Respuestas que constituyen la categoría "por amistad"

"porque mis amigos se drogaban", "por no rechazar la invitación", "por miedo a no ser aceptado por el grupo", "porque me convidaron mis amigos", "me convidaron y me sentí obligado", "para obtener la aceptación de un amigo", "un grupo de chicos me dieron a probar y yo quería darme con esa gente", "para no ser distinta a los locos que estaban conmigo", "para sentirme integrada", "para compartir con los amigos", "para sentirme más cerca de los amigos", "quería parecerme a ellos, no desentonar", "para sentirme igual a mis amigos", "para pertenecer".

5. Respuestas que constituyen la categoría "problemas familiares"

"tenía problemas en mi casa", "me quería olvidar de mi familia", "quería llamar la atención en mi casa", "por el abandono de mi mamá", "me llevaba mal con mi padre", "para escapar de situaciones desagradables en mi casa", "porque me sobreprotegían", "no me sentía querida por mi padre, me quería matar ya que me habían echado de la casa", "discutía con mi vieja, me quedaba angustiada y no quería pensar", "buscaba algo que me hiciera salir del odio que sentía hacia mi padre", "celos hacia mis hermanos, me sentía un hijo compartido", "en mi familia cada uno hacía la suya", "la primera vez que probé una pastilla fue después de una discusión con mi mamá que estaba con un cuadro de depresión", etc.

6. Respuestas que constituyen la categoría "Depresión y nervios".

"la necesidad de encontrar algo que me sacara de los pozos depresivos en los que caía", "porque estaba mal, tenía depresión, me veía vacía", "me veía tan mal que comencé a tomar pastillas", "me sentía mal, encontré remedios en la

heladera y tomé", "estaba con bronca y comencé a tomar cualquier pastilla", "para ver si zafaba del nerviosismo"

7. Respuestas que constituyen la categoría "Familiar consumidor".

"comencé a curtir con mi hermano y creo que fue una forma de acercarme a él", "imitaba a mi hermano mayor, admiraba a los adictos", "mi padre era alcohólico y me decía que tomara vino", "para competir con mi padre ya que él tomaba", "le sacaba drogas a mi abuela para llevárselas a mis amigos, después comencé a probarlas yo", "mis padres consumían y yo sentía curiosidad", "buscar el reflejo de mi viejo, yo consumía las pastillas de él", "mi padre me pegaba cuando estaba alcoholizado y yo para hacerle frente me drogaba".

8. Respuestas que constituyen la categoría "otras razones".

"para adelgazar", "un médico me recetaba pastillas para los nervios", "mi pareja se drogaba y yo comencé también", "tenía mucha plata y probé", "venía bastante medicada porque estaba en tratamiento psiquiátrico y tomaba más de la dosis recetada", "buscaba la locura", "al observar como alucinaban mis compañeros presos", "para no quedarme dormido en una guardia en la colimba",

El deseo de experimentar y conocer junto a la necesidad de ser aceptado por el grupo de pares son las razones de mayor peso entre todas las razones que se mencionan. Mientras que la primera es señalada con más frecuencia por los sectores socioeconómicos medios y bajos, la amistad es más frecuente en los más altos.

La utilización más frecuente de sustancias estimulantes en los sectores de mejor situación económica, se presenta tanto en la referencia a la sustancia consumida antes de internarse como al tipo de motivos que iniciaron el consumo. Esta doble confirmación lleva a poner en duda la asociación entre mayor poder adquisitivo y la elección de drogas estimulantes de mayor costo que otras. En cambio puede establecerse, como una hipótesis a desarrollar, la relación de la droga con la exigencia social ligada a la integración en situaciones aparentemente de diversión pero que guardan fuertes elementos de competencia y hostilidad.

Estudios de observación sistemática realizados sobre patrones de consumo en las clases altas de balnearios exclusivos del Uruguay, durante 1993, apoyaron esta relación señalando los niveles de deshumanización y ansiedad en los vínculos que se establecen entre los jóvenes, en situaciones pautadas socialmente como de diversión y socialización.

Los motivos que tienen que ver con situaciones familiares y de problemas psicológicos se distribuyen en forma similar para los distintos sectores

socioeconómicos. Por último la iatrogenia ocupa un lugar destacado entre las menciones que componen a "Otras razones".

Casi el 40% de las menciones sobre el lugar dónde consumían las primeras veces refiere a la calle y plazas. En segundo término, el 34% de las menciones indican como lugar de consumo la propia casa o la casa de amigos. Luego, el consumo en boliches, bares, pools y bailes. En cuarto lugar, la escuela o el colegio.

Al analizar esta información de acuerdo a las edades y el nivel socioeconómico de los entrevistados, se nota que a mayor edad aumenta la proporción de menciones que hacen referencia al consumo en la propia casa o casa de amigos, probablemente por un aumento de la privacidad, conforme son mayores. Por el contrario, entre los más jóvenes las referencias respecto a lugares de consumo inicial señalan más frecuentemente la calle y las plazas.

Desde el punto de vista de los sectores socio económicos, las menciones relativas al consumo inicial realizado en la propia casa o en la casa de amigos alcanza su frecuencia más alta en los sectores más favorecidos económicamente. Los estratos medio y bajo señalan más frecuentemente la ocurrencia de este tipo de consumo en la calle y las plazas.

Se observa también una mayor ocurrencia del primer consumo, en los sectores más altos, en la escuela o colegio.

6. Problemas determinados por el consumo de drogas.

Más de la mitad de los jóvenes refiere haber pasado por un episodio de sobredosis. Si se toma en cuenta que el consumo es múltiple en casi todos, la distinción de la sustancia que lo determinó es difícil.

En general los jóvenes vincularon la sobredosis con cocaína, con Rohypnol o alcohol. Los resultados en esta pregunta tuvieron cierta imprecisión en especial por la diferente interpretación que pudo haber tenido el término "sobredosis" para cada usuario. Se aceptó que, en general, éste fue entendido como un episodio de gran descompensación psíquica y física, consecuencia de una dosis superior a lo que habitualmente el individuo podía tolerar.

Referencias de episodio de sobredosis .

Episodio de sobredosis	Varones	Mujeres	Total
No	45,5	51,4	46,7
Sí	54,3	48,6	53,1
S.I.	0,2		0,2
n	521	138	659

Durante el episodio que el joven reconoce como sobredosis las personas que más se mencionan como ayuda son, entre los varones, otros consumidores. Las mujeres en cambio señalaron más frecuentemente a los familiares.

Tipo de persona que ayudó en situación de pasar por un episodio de sobredosis.

Personas	Varones	Mujeres	Total
Otros consumidores	40,0	37,3	38,1
Familiares - amigos	33,0	55,2	35,3
Médicos - enfermeras - personal de salud	15,8	22,4	10,2
Nadie	11,2	7,5	10,2
n	283	67	350

Las tres cuartas partes de los encuestados aceptó que en algún momento tuvo que vender drogas con el fin de poder mantener su propio consumo. Esta venta ilegal involucró a más del 80% de los varones internados.

El 70% de los jóvenes tuvo problemas con las autoridades policiales a consecuencia de su consumo, de manera particular, los varones de sectores socio económicos bajos. En las mujeres el problema es algo mayor en el sector medio.

El 40% de las mujeres y más de la mitad de los varones tuvieron accidentes relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. La problemática se acentúa para los varones del sector bajo y para las mujeres del sector alto.

La pregunta libre que indagó acerca del tipo de accidente recogió como principal suceso vinculado al consumo de drogas los accidentes de tránsito (chocar o ser atropellado) y las caídas (en la calle, de vehículos en movimiento, de lugares altos, etc.) Entre ambos sucesos se cuenta el 80% de las referencias. En tercer lugar se presentan diferentes heridas producidas intencionalmente : cortaduras en la cara, en los brazos, en la cara con navaja, cortarse los dedos, etc. Finalmente se cuentan los intentos de suicidio y otros problemas como golpes o quemaduras de las cuales el joven no tenía una clara idea de como se habían producido.

7. Consideraciones

Frecuentemente confundida con la población general, la consulta constituye un recorte del problema que existe en la comunidad. Una selección donde diversos factores que van desde la educación comunitaria hasta los recursos asistenciales hacen que el grupo que accede al tratamiento represente más las limitaciones del aparato sanitario que al problema mismo.

El paciente, es decir el enfermo que por diversos caminos ha llegado a tratarse, es entonces un emergente que no siempre señala la ubicación correcta del

problema total. Por ejemplo en el campo de las adicciones podría preguntarse porqué es tan mínimo, cuando no inexistente, el tema de los pegamentos. Los registros oficiales de salud contrarían la simple observación de cualquier estación de trenes y de muchos paseos públicos. Parte de esta ausencia notable debe buscarse en los registros policiales por la simple razón que la inhalación de pegamentos en niños es visualizado más como una contravención social que como un trastorno de salud y, por lo tanto, no origina consultas.

Este estudio del paciente adicto tiene por fin hablar del perfil al que un sistema público y privado ha logrado llegar. Tomandolo como referencia en sí mismo, lo cierto es que la mitad de ellos tenía en el momento del estudio su primer tratamiento. Apenas un año o unos meses atrás no integraban la estadística oficial y hoy remiten a pensar, necesariamente, en cómo es la otra proporción que no llega todavía y que quizás no lo haga nunca.

Sin detección precoz y sin alarma temprana dentro de la comunidad, el paciente será inevitablemente un recorte del modelo institucional que define lo sano de lo enfermo en función de los recursos que dispone para atenderlo.

Hablar de drogadicción en la Argentina remitía invariablemente hasta hace un tiempo a una espesa trama de conflictivas psicológicas que explicaban el fenómeno desde el devenir de un pasado individual. Hoy en día, impera un modelo explicativo que da razón hasta del simple consumo a partir de una marca genética. De uno a otro polo, estas hipótesis tienden a omitir por complejos los entramados sociales y culturales que legitiman o censuran la relación del hombre con las drogas, legales o ilegales.

El paciente adicto que llegó a internarse responde a la idea del joven, varón, usuario de múltiples sustancias psicoactivas de carácter ilícito. Pero más allá de esta presencia definida socialmente como el problema, aparecen otros datos menos advertidos. La participación del alcohol y de los psicotrópicos legales en la adicción por ejemplo.

De 257 sustancias elegidas para drogarse, 213 eran productos farmacéuticos legales. La ebriedad a repetición de los últimos meses antes de internarse, se producía en la mayor parte de los casos con cerveza, una bebida considerada inofensiva y casi sin alcohol por la mayor parte de la gente.

Señales de alarma groseras que tienden a detectar los aspectos más sensacionalistas del problema, establecen una franja de inadvertencia social que facilitan la multiplicación de nuevos casos (cuando muy poca gente los considera como tales) y el empeoramiento de los casos que se han iniciado pero que están lejos de la consulta.

La mitad de los pacientes adictos entrevistados en aquel momento procedía de sectores socio económicos medios. Porcentaje que seguramente hoy se ha modificado con la introducción de becas desde el sistema oficial que hace posible el acceso a sectores limitados para pagar un tratamiento. El control de los motivos de iniciación por sector social y por el tipo de sustancia utilizado,

mostró una primera relación entre la utilización más frecuente de las drogas estimulantes asociadas a las pautas de diversión de estos sectores medios y medios altos.

El análisis cualitativo mostró en muchos casos una búsqueda angustiada de una imagen sonriente y ligera que asegure la aprobación social. Situación que remite a las exigencias de una cultura que ha convencido al joven y al adulto que la tristeza o la inseguridad son señales de que el éxito ha escapado de sus manos y por tanto no serán queridos ni buscados.

Más allá de los niveles de riesgo que pueden acentuar o no factores como la historia individual o el equipaje genético lo cierto es que los pacientes estudiados muestran con claridad la demanda que sintieron sobre sí mismos y por la que fueron superados. "Porque quería ser otro" respondió uno de los jóvenes entrevistados cuando se le preguntó porqué se drogaba.

De una forma u otra todos hablaron del peso de una expectativa social que les dijo como debían percibir, hacer o sentir y ante la cual solo pudieron armar dos respuestas : aceptar o evitar. Paradójicamente en esta falta de confrontación parece haber residido precisamente su forma de confrontar.

En este sentido puede pensarse que los modelos sociales, impuestos como deseables, requirieron de parte de los pacientes un ajuste que solo pudo realizarse, en ellos, desde la química. Aún, cuando menos, para configurar dentro de sí la ilusión de haber logrado por un instante, ser como el otro dijo que había que ser.

El paciente adicto tiene la particularidad de encarnar el problema porque ha caído, y habrá alguna hipótesis que lo explique desde su individualidad psicológica o biológica. Sin embargo, muchas de las exigencias que lo acosaron antes de caer, están más allá del alcance personal, tienen que ver con lo que definió un grupo social como valioso y esperable.

El paciente adicto es probablemente el costo visible del modelo anterior. El accidente, el HIV, la detención policial, el congelamiento de las relaciones más vitales que hacen a la pareja, a los hijos, al trabajo, son explicados en él como si esto nunca hubiera guardado relación con la cerveza a los trece años, con el abuso de fármacos recetados para tapar el descontento, con los modelos exitosos representados paradójicamente por los mismos que participan del tráfico y que los llevaron incluso ahí.

Los pacientes terminaron su participación con propuestas para la prevención. Las hicieron refiriéndolas fundamentalmente a los ámbitos donde ellos mismos en su momento se vieron defraudados, la familia, la sociedad. Responder a las entrevistas significó para ellos volver a tomar contacto con situaciones dolorosas y difíciles pero lo hicieron respondiendo lealmente a la consigna de ayudar a otros.

Esta investigación se llevó a cabo gracias a la colaboración del Centro Nacional de Rehabilitación Social (Cenareso) , el Centro de Investigación y Orientación Social, el Centro Juvenil Esperanza, la Fundación Viaje de Vuelta, el Programa Andrés, el Programa Ibicuy y la Fundación CEDRO.