

Abuso de sustancias.

Propuestas preventivas, detección precoz y abordaje terapéutico

Dr. Cándido Roldán*

Resumen

Nuevos escenarios sociales generan nuevas patologías que afectan a grandes poblaciones, vulnerabilizando especialmente a adolescentes y jóvenes.

En el presente trabajo, el abuso de sustancias se aborda desde la prevención, la detección precoz y las posibilidades de intervención terapéutica. Propone a los pediatras una reflexión y la necesidad de jerarquizar el trabajo preventivo en los primeros años de vida.

Propone marcos teóricos que sustentan el trabajo preventivo desde el espacio privilegiado y las oportunidades que los pediatras tienen de acompañar a los niños y adolescentes y a sus familias.

Palabras clave: *abuso de sustancias, prevención, detección, tratamiento.*

Summary

New social setting generate new diseases that affect large populations, resulting in vulnerable adolescents and youths.

In this article, we present an approach to substance abuse from a perspective of prevention, early detection and therapy. A reflection for pediatricians is proposed, as well as the need to arrange the preventive policies since the first years of life. A theoretical frame that supports prevention from the privileged place and the opportunities that pediatricians have for the follow-up of children, adolescents and their families is proposed.

Key words: *substance abuse, prevention, detection, therapy.*

INTRODUCCIÓN

El Programa de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia de la Provincia de Buenos Aires, tiene su origen en el Instituto de Drogadependencia de la Universidad del Salvador, de la ciudad de Buenos Aires. En el año 1993, el gobierno de la provincia solicitó implementar este programa en todo su territorio, donde residen trece millones de habitantes, el más extenso y poblado de Argentina. El trabajo de siete años en este Programa, permite extraer una serie de experiencias y aprovechamientos, y rever algunas prácticas y conceptos teóricos que deseo compartir.

El uso, abuso o dependencia del consumo de drogas, legales o ilegales, se ha transformado en un grave problema de Salud Pública a partir de la década de 1980.

A través de relatos históricos conocemos la existencia de utilización de drogas por diferentes culturas, especialmente en ceremonias religiosas. El problema se instala cuando se mercantiliza la producción y se incrementa el consumo.

El tema debe ser investigado en las poblaciones de niños, adolescentes y jóvenes. Aunque el problema no es patrimonio exclusivo de estas edades.

El cambio del escenario social y la incertidumbre nos invitan a reflexionar y enriquecer con nuevos conocimientos nuestros marcos teóricos para poder dar mejores respuestas a las necesidades de la población con que trabajamos.

La pediatría tiene una gran oportunidad para contribuir a disminuir los riesgos y mejorar los recursos personales de niños y adolescentes para enfrentar los nuevos escenarios, aprovechando sus intervenciones en los primeros años de vida. Desde el momento de la concepción, en el vínculo con la madre y posteriormente con el padre, se formarán las primeras estructuras mentales que les darán los primeros instrumentos para aprovechar las oportunidades que brindan otros espacios sociales, especialmente el contexto social inmediato y los diferentes niveles del sistema educativo.

El apoyo que los pediatras pueden brindar es fundamental para que esto ocurra y disminuyan los indicadores de riesgo.

Las evaluaciones de las acciones realizadas, reforzadas por las investigaciones y el enfrentamiento con muchas frustraciones, permiten plantear interrogantes como: ¿cuál es el rol del pediatra?,

* Cátedra de Prevención Educativa, Instituto de Drogadependencia, Universidad del Salvador. Programa de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires.

Correspondencia:
roldan@sinectis.com.ar

¿cuál es el momento de la prevención?, ¿a qué edad comenzar?, ¿qué profesionales tienen más oportunidades para realizar estas prácticas con mayor oportunidad y eficiencia?, ¿qué marcos teóricos respaldan este trabajo?, ¿podemos realizar alguna intervención terapéutica?

Los aportes analizados en este trabajo buscan despertar un interés por estas nuevas formas de enfermar, donde concurren múltiples factores y que requieren intervenciones tempranas, oportunas y eficientes.

ABUSO DE SUSTANCIAS

Conformación del escenario social

Debemos tomar conciencia de que estamos ante una "crisis de drogas" con características de epidemia.

La "crisis de drogas" se caracteriza por:

1. Oferta excesiva de drogas legales e ilegales.
2. Problemas sanitarios agregados, accidentes, violencia, SIDA.
3. Poderes económicos ilegales.
4. Pánico social.

La epidemia está dada por:

1. Existencia de un mercado productor y distribuidor.
2. Grupos tradicionalmente consumidores.
3. Líderes intelectuales que minimizan el daño y propugnan la liberación.
4. Líderes sociales (artistas, deportistas) que publicitan el consumo.

Cuando estas cuatro condiciones impactan sobre poblaciones marginales enfrentamos un agravamiento de la epidemia.

Dos sectores conforman el escenario social:

La oferta: integrada por el narcotráfico, la industria farmacéutica, las productoras de tabaco, alcohol e inhalantes.

La demanda: integrada por las poblaciones de niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos.

Es sobre la demanda donde debemos realizar nuestras acciones de protección y desarrollo. No debemos distraernos con la oferta, que debe ser controlada por otros sectores del estado.

Es importante aclarar y acordar algunos términos frecuentemente utilizados.

Drogas legales: son aquellas cuya comercialización está autorizada y regulada por organismos del estado y su consumo está

socialmente aceptado: tabaco, alcohol y las utilizadas por la medicina, como los psicofármacos y barbitúricos.

Drogas ilegales: está prohibida su comercialización y su consumo por la existencia de un marco legal que legisla las transgresiones. Las más utilizadas en nuestro medio son, la marihuana, la cocaína, el LSD, drogas elaboradas en laboratorios, como el éxtasis y plantas alucinógenas.

También debemos tener presente las drogas utilizadas por niños y adolescentes de poblaciones más desfavorecidas, como los inhalantes o solventes (acetona, éter, bencina, thinner, cola de zapatero).

No todo consumidor debe categorizarse como adicto. Existen diferentes niveles de compromiso en el uso indebido de drogas:

Uso: consumo de fines de semana y en oportunidades absolutamente casuales.

Abuso: utilización regular varias veces por semana.

Adicción o dependencia: consumo diario y en varias oportunidades en una misma jornada.

EL PROCESO DE EVOLUCIÓN HACIA LA ADICCIÓN. TRES ETAPAS

- *Primera:* el joven recurre a la droga esporádicamente y puede abandonarla si lo desea. Es buen momento para una intervención adulta de protección. Habitualmente la presión del grupo y sus carencias personales hacen que el consumo continúe. La droga le es regalada o compartida. No afecta su vida familiar, escolar, laboral o de relaciones sociales.
- *Segunda:* casi sin darse cuenta, el consumidor se convierte en adicto. Abusa de la droga, la tolera y padece el síndrome de abstinencia. Puede participar de pequeños hurtos para hacerse de dinero; también participar en la distribución de drogas que le es retribuida con sustancias para uso personal. Comienzan a afectarse el rendimiento escolar, el desempeño laboral, las relaciones familiares y sociales. Lleva una doble vida, una cotidiana, mentirosa y transgresora para los allegados habituales y otra adictiva que se desarrolla con grupos de pares que tienen similares comportamientos.
- *Tercera:* la dependencia es absoluta. No puede vivir sin drogas. Puede robar y

participar de actos delictivos para conseguir la sustancia química. Se ha deteriorado toda relación con la familia, la escuela o el trabajo. Busca obsesivamente y compulsivamente la droga. Imposibilidad absoluta de abstinencia si no recibe ayuda. Corre riesgo de muerte.

Para poder comprender integralmente la problemática de las adicciones, habrá que poner la mirada y el análisis de los espacios que deberían favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños, adolescentes y jóvenes. La salud es una construcción social, que se logra mediante las acciones realizadas por la familia, la escuela, los lugares de formación laboral y las instituciones de la comunidad que ofrecen actividades para ellos: recreativas, culturales, deportivas, religiosas, de participación social.

Muchos de ellos, se encuentran debilitados en su funcionamiento por el condicionamiento que las políticas económicas y sociales generan en este momento. Sin embargo, esta situación ha estimulado a muchos sectores a responder con iniciativas sociales organizadas por la sociedad civil, independientemente del Estado (club del trueque, comedores comunitarios).

El análisis que realizan autoridades y profesionales, en la mayoría de los casos se focaliza sobre las personas afectadas y sus familias. Éstas últimas, no cumplen o no pueden cumplir con su función, en muchos casos, de protección y generan condiciones que favorecen la aparición de comportamientos antisociales, entre ellos las adicciones.

A esta situación hay que sumar una vertiente más: por encima de las estructuras sociopolíticas locales (nacionales, provinciales, municipales), está la superestructura económica internacional, generadora de políticas con consecuencias sociales y culturales graves.

La economía globalizada, generada por grupos de personas poderosas, sin rostros, anónimas, cuyo instrumento visible es el Fondo Monetario Internacional, condiciona el funcionamiento de los gobiernos nacionales, de las instituciones de la comunidad, de las familias y las personas. Los gobiernos locales son meros administradores del poder central. Es importante jerarquizar estos conceptos por las condiciones desfavora-

bles que generan para el desarrollo de las poblaciones.

Esta interpretación está de acuerdo con el paradigma que algunas escuelas de epidemiología proponen: el de la historia social de la enfermedad. El proceso salud-enfermedad pasa a ser considerado un proceso social concreto.¹

Las adicciones instaladas masivamente en nuestra sociedad son una consecuencia directa de un proceso social que victimiza a individuos y a sus familias, no sólo enferma a personas, sino también a las instituciones.

No podemos dejar de denunciar la oferta excesiva de drogas existente, inducida por un mercado productor que participa de un gran negocio que moviliza entre 600.000 a 700.000 millones de dólares anuales de divisas en efectivo,² que corrompe funcionarios y penetra los circuitos financieros. Historias recientes de países desarrollados y no desarrollados nos muestran la asociación de narcotráfico, corrupción, gobiernos y negocios. Este es otro punto a jerarquizar.

En este contexto, las personas que tenemos o trabajamos con niños, adolescentes y jóvenes enfrentamos un gran desafío: desarrollar en ellos potencialidades y fortalezas que les permitan sobrevivir en escenarios adversos decidiendo saludablemente.

PRIMEROS ESPACIOS DE CRECIMIENTO

Tres espacios son claves para el crecimiento y desarrollo saludables, y en cada uno de ellos se construyen estructuras y potencialidades que permiten asimilar y aprovechar lo que ofrecen los otros ámbitos. En ellos se juega el proceso de salud-enfermedad.

El primero es el útero materno, que nos brinda las condiciones biológicas y de vínculo afectivo con la madre. Primer indicador de riesgo: ser o no ser deseado.

El segundo espacio está constituido por la familia. Ya describimos cómo el desempeño insuficiente de roles y funciones crea situaciones de vulnerabilidad.

El tercer espacio lo brinda la escuela. En ella, es donde uno debería apropiarse del saber básico que le permita sostener el proceso de producción permanente del conocimiento.

En Argentina, la escuela con la que hoy

contamos forma parte de un sistema educativo pensado en el siglo XIX (1884), pese a la ley vigente a la que nos referiremos más adelante. En aquel entonces, los objetivos eran homogeneizar, uniformar, normalizar los niveles de conocimiento de la población. La alfabetización se constituyó en un objetivo político y cultural.

La oferta educativa es para todas las personas, como si ellas poseyeran el mismo poder de recepción y asimilación, sin tener en cuenta la primera educación que toda persona trae al ingresar al sistema educativo: el primer aprendizaje que el niño realiza en el seno de su familia y en su contexto social.

Sabemos que en nuestros países latinoamericanos esto es muy diferente en los distintos grupos sociales por el nivel económico, los orígenes étnicos, las regiones geográficas y las diferencias lingüísticas.

Podríamos discutir si el aporte que brinda la Ley Federal de Educación en Argentina es en verdad un cambio al viejo modelo educativo y en qué medida, interrogantes que nos planteamos algunos de los consultores convocados para su elaboración.

Debería ser posible analizar la escuela de hoy a la luz de las distintas relaciones posibles entre las formaciones culturales de los aprendices y el sistema cultural que la escuela quiere desarrollar. De ahí que podamos visualizar diferentes situaciones que pueden ir desde la correspondencia a la oposición total. Por no conseguir esta relación, muchas pedagogías fracasan. Nos enfrentamos con muchas recetas pedagógicas que pretenden tener un valor universal.

A la luz de las realidades que nos toca vivir, en la asistencia a niños, adolescentes y jóvenes vemos la gravedad de la situación del sistema educativo y la victimización que produce a través de la deserción y el fracaso escolar. Esto puede ser analizado por múltiples variables: escolares, extraescolares y personales.

Datos recogidos por organismos oficiales de Argentina, Brasil, México y Costa Rica³ nos permiten visualizar el impacto que las políticas educativas tienen sobre adolescentes y jóvenes. Las estadísticas nos revelan cómo en los diferentes niveles educativos se va excluyendo a la población de alumnos, para que finalmente acceda al ni-

vel secundario y terciario una reducida parte de la población. Se debe destacar que se hace referencia a la población que ingresó al sistema educativo, pero muchos niños en nuestra Latinoamérica nunca lo hicieron.

Las pretendidas expresiones: la educación es un instrumento brindado por la sociedad a las personas para lograr el "ascenso social", "la igualdad de oportunidades", "y el acceso libre y gratuito", se han transformado en expresiones de deseos no logrados a partir de los niveles conocidos de exclusión escolar.

Podemos hablar de crecimiento sin desarrollo social. Los esfuerzos de la pediatría desde la concepción hasta los primeros años de vida se ven frustrados por las carencias de instituciones sociales que deberían favorecer el desarrollo. Se ve imposibilitada la adquisición de habilidades y destrezas, que les permitan a los niños desempeñarse en el mundo del trabajo e insertarse saludablemente en la sociedad en su vida adulta.

La propuesta de ascenso social se ha transformado en exclusión social, desnutrición cultural y muerte social. Grande es el debate instalado en la sociedad para explicar el fracaso del sistema, creo que el análisis más claro lo podemos encontrar en los siguientes textos: "La escuela vacía"⁴ y "La tragedia educativa",⁵ y "El atroz encanto de ser argentino".⁶

Esta situación condena a este sector a una adultez con baja calidad de vida. Cuando ingresen a la población económicamente activa (PEA), estos niños serán mano de obra no calificada, recibirán bajos salarios; esto tendrá repercusión sobre sus futuros grupos familiares y sus descendientes.

El equipo de salud que trabaja con niños, adolescentes y jóvenes debe tomar conciencia de la gravedad del problema y debe realizar un seguimiento del aprendizaje escolar. La mayor permanencia en el sistema educativo, les permitirá acceder en mejores condiciones a la vida adulta.

Todo esto enmarcado en un escenario sociocultural, donde se destacan los medios masivos de comunicación al servicio del modelo imperante como modeladores de los estilos de vida, de la incorporación de la filosofía del tener, del individualismo, la competitividad, la excelencia, el esforzarse por sobresalir y acceder a una porción de

poder. Como consecuencia: se detendrá la fisura en el tejido social, caracterizada por la ruptura de los valores y comportamientos solidarios, el debilitamiento de las estructuras familiares y del rol adulto como figura protectora de los más pequeños.

También debemos sumar la promoción de la imagen juvenil como ideal de vida, la banalización del consumo de alcohol y drogas y la incertidumbre para todas las generaciones con respecto al futuro.

Todas estas propuestas desde un modelo sociocultural provocan vulnerabilidades y fracturas en las redes sociales que generan comportamientos que no se rigen por patrones socialmente aceptados. Existe un desajuste entre las metas culturales que proponen, las estructuras de oportunidades para alcanzar esas metas y las capacidades individuales para hacer uso de tales oportunidades.

EL ABUSO DE SUSTANCIAS EN CIFRAS

En la experiencia recogida, tras la comparación con otras fuentes de información de la región, el alcohol y el tabaco ocupan un lugar privilegiado en el consumo de las poblaciones de adolescentes y jóvenes.

El trabajo publicado⁷ por Silber y Pagnoncelli de Souza, realizado con poblaciones escolarizadas de escuelas primarias y secundarias, reveló que:

- el 80,5% consumió alcohol, al menos una vez en la vida; el 18,6% lo hizo frecuentemente –más de seis veces– en los últimos treinta días;
- el 28% consumió tabaco, al menos una vez en la vida; el 5,3% lo hizo frecuentemente;
- el 22,8% consumió drogas psicotrópicas, al menos una vez en la vida; el 3,1% lo hizo frecuentemente.

La mitad de los adultos provenientes de una muestra nacional comenzó a consumir alcohol y tabaco antes de los 16 años.⁸ Esa proporción se reduce a un 22,8% cuando se indaga acerca de drogas ilegales, en tanto que un 2,5% inició el consumo ilícito de medicamentos antes de los 16 años. La misma fuente nos muestra que la edad de prueba de la marihuana fue para un 20% antes de los 15 años. Entre los 16 y 18 años, lo hizo el 45% y un 21% luego de los 20 años. Con

respecto a las drogas sociales, la edad de inicio, tanto para tabaco como para alcohol, es entre los 12 y 15 años. El consumo es más tardío entre las mujeres que entre los varones.

Si se compara con datos de la población que se asiste en el programa al que ya hicimos referencia, comprobamos la alta incidencia de las drogas ilegales y la asociación de varias drogas (policonsumo).

Entre la población escolarizada y la asistida existe una gran franja de adolescentes y jóvenes no institucionalizados que habrá que estudiar más en la región y a la que ha sido difícil acceder.

Los datos del Observatorio Epidemiológico del Programa de la provincia de Buenos Aires nos muestran que un 16% de los jóvenes encuestados siguen en contacto con el uso, abuso o dependencia de drogas legales, ilegales y fármacos.⁹

El alcohol es la droga legal más consumida por la población adolescente, el 31,1%; duplica al tabaco (16,2%) y las ilegales, junto al consumo ilícito de medicamentos, suman el 1,4%, para la población de 12 a 15 años. Esto nos muestra la necesidad de implementar programas preventivos en edades más tempranas.

PROPUESTAS PREVENTIVAS

Momentos privilegiados para la prevención

Los diez primeros años de vida

La adolescencia es la resultante de la interacción de variantes como: la familia, la escuela, el grupo de pares, los medios de comunicación, el contexto social y el momento histórico que les toca vivir. La identidad que construya el adolescente y sus comportamientos estarán dados por la suma de todas ellas. El equipo de salud asiste y acompaña todo este proceso desde el momento de la concepción.

Entendemos al trabajo preventivo como aquel que evita la aparición de un daño, promoviendo el desarrollo de factores y conductas protectoras y disminuyendo los factores y conductas de riesgo.

Hay que destacar en el campo de la prevención, el privilegio y la potencial efectividad que tienen las intervenciones que se realicen en los diez primeros años de vida. Permitirán a los adolescentes transitar esta

etapa en forma favorable y con menos indicadores de riesgo. El pediatra y todo el equipo de salud que trabaja con niños y sus familias, en la etapa de 0 a 10 años, tienen una responsabilidad y una gran oportunidad en la prevención de las patologías psicosociales que se dan en la etapa adolescencia-juventud: adicciones, trastornos del comportamiento alimentario, embarazo no deseado, violencia, depresión, suicidio, fracaso escolar, comportamientos delictivos.

En estos años observamos en la consulta indicadores que nos pronostican riesgos en la familia, en la escuela y en los comportamientos de los niños. En muchas oportunidades nos ocupamos, pero tal vez con abordajes que no son lo suficientemente efectivos; puede deberse a déficit en los marcos teóricos o que no les dimos la importancia que deberíamos haberles dado, minimizando los síntomas.

La asistencia y el seguimiento de niños en la etapa adolescente permiten evaluar las intervenciones realizadas con poblaciones menores de 10 años. A pesar de haberse trabajado interdisciplinariamente y multidisciplinariamente, especialmente con psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras y docentes, las intervenciones realizadas fueron insuficientes. Psicodiagnósticos, diagnósticos psicopedagógicos, psiquiátricos y neurológicos, con abordajes individuales o familiares, no fueron suficientes para cambiar estructuras que afectaban a algunos de los miembros de la familia o a todo un grupo familiar.

Hay síntomas a los que deberíamos prestar mayor atención, como los pequeños hurtos, las mentiras, la impulsividad, el déficit de atención, la hiperactividad, las transgresiones reiteradas, los comportamientos violentos, el mal desempeño escolar. Si éstos indicadores no se tratan antes de los 10 años, nos vamos a enfrentar con adolescentes con mayores riesgos. Encontramos muchos de los comportamientos citados como antecedentes cuando asistimos a poblaciones de adictos. No son exclusividad de las adicciones, los podemos ver en otras patologías psicosociales.

Por estas razones, la eficaz intervención en los primeros 10 años de vida es una tarea eminentemente preventiva para las patologías psicosociales que afectan a los adolescentes y jóvenes.

SITUACIONES QUE DEBEMOS ABORDAR, JERARQUIZAR Y DAR MEJORES RESPUESTAS

Con los padres

Su historia personal: los padres que han sido afectados en su infancia por determinados comportamientos patológicos tienden a reproducirlos en la vida adulta.

Debemos investigar si:

- padecieron maltrato en la infancia,
- fueron abusados o violados,
- fueron abandonados o vivieron situaciones de negligencia, expresada por la falta de supervisión en su crecimiento y desarrollo.

Estas características nos enfrentan con padres carentes de condiciones para supervisar el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Si en la actualidad:

- ignoran las necesidades básicas que necesitan los niños,
- son sobreexigentes,
- son impulsivos, incapaces de controlarse,
- tienen baja autoestima,
- no participan en redes sociales y están aislados,
- son pasivos ante las dificultades,
- son seres emocionalmente inmaduros y dependientes,
- tienen dificultades para supervisar el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Son padres en situación de riesgo a los que debemos ayudar. Debemos incorporar en nuestras entrevistas esta propuesta. A través de la detección y ayuda a los padres podemos evitar que muchas situaciones traumáticas vividas se repitan con los hijos, como el maltrato y el abuso.

Una investigación realizada en el centro asistencial del programa ya mencionado sobre 100 historias clínicas de jóvenes adictos muestra la presencia de los siguientes indicadores en todos ellos: familia monoparental, alcoholismo, violencia, desempleo, deserción escolar.

Otros indicadores hallados fueron: discapacidades físicas o mentales, enfermedad mental, depresión, suicidios, muertes, familias disfuncionales, uso indebido de drogas por parte de adultos, prostitución, conflictos con la ley (padres o madres encarcelados), precarización del empleo.

La investigación de estas situaciones deberá efectuarse independientemente del nivel socioeconómico y cultural.

Con los niños

Debemos resignificar la interpretación de las somatizaciones.

Muchos niños con imposibilidad de expresar sus necesidades o sufrimientos lo hacen a través del síntoma. Nuestra interpretación debe ajustarse a lo que la clínica nos indica desde una mirada analítica del contexto en el que está inserto el niño.

Motivos de consulta como:

- Dolores abdominales recurrentes.
- Cefaleas.
- Encopresis, enuresis.
- Aislamiento social.
- Dificultad para la integración social.
- Reiteradas mentiras, hurtos.
- Impulsividad, agresividad.
- Déficit de atención, dificultad para aprender.
- Reiteradas transgresiones a las normativas, fugas del hogar.
- Tristeza, apatía, depresión.
- Trastornos del sueño.

La comunicación de los padres con los hijos

Los niños necesitarán desarrollar ciertas características para enfrentar las diferentes situaciones que les toque vivir, tendrán que contar:

- La autoestima.
- El juicio crítico y el aprender a pensar.
- Las habilidades sociales.
- La toma de decisiones.
- La resolución de problemas.
- Valores como:
 - el autocuidado de la salud,
 - el valor de su cuerpo,
 - la responsabilidad por sus comportamientos.

La posibilidad de desarrollo de estos aspectos depende de algunas modalidades de comunicación que los padres tenemos con nuestros hijos.

Los invito a que hagan un ejercicio: escúchense y escuchen cómo muchos adultos se dirigen a los niños: juzgando, criticando, descalificando, adelantando soluciones, sin empatía con el niño.

Esto se conoce como "comunicación de alto riesgo" y Bolton denomina a esas for-

mas "barreras comunicacionales". Propongo una revisión de la forma de comunicarse los adultos con los niños.

Mientras estas barreras permanezcan, no hay posibilidad de desarrollo de las habilidades que los niños deberán tener para enfrentar el futuro incierto y con situaciones sociales desfavorables.

El tema de la comunicación, en su forma desarrollada hasta ahora por muchos de nosotros padres - adultos, merece una aclaración. Estamos empleando modelos aprendidos en nuestras propias familias y con los adultos que nos tocó convivir. En estos modelos, muchas personas remarcan todo lo negativo cuando se dirigen a los niños: "te portaste mal", "no hiciste lo que te mandé", "no arreglaste tu cuarto". No y no. Mensajes que suelen reforzarse en la escuela: "no hiciste los deberes", "no estudiaste", "sos un mal compañero". No y no.

Hay que empezar a trabajar un cambio. No dejar de señalar las cosas que hacen mal, pero acompañémoslas de expresiones positivas. Señalar lo malo únicamente no muestra la alternativa de lo bueno.

Por ejemplo: "no arreglaste tu cuarto, pero igual te quiero y sos un buen hijo", o, "no hiciste los deberes, pero sos un excelente compañero".

Un contexto sociocultural totalmente diferente requiere un desarrollo diferente de los atributos y habilidades personales, para no ser victimizados por los estilos de vida que nos propone la televisión, el mundo globalizado, la convivencia con el SIDA, las drogas al alcance de todos, el futuro incierto o no predecible, la escasa vida familiar y el cambio de valores. Propuesta que debería ser útil para todas las generaciones, ya que los mayores también tenemos que aprender a convivir y sobrevivir en escenarios nuevos.

Hemos desarrollado hasta aquí el rol del pediatra, del equipo de salud y de las personas que trabajan con niños de 0 a 10 años en la prevención de las adicciones y de todas las patologías sociales que afectan a adolescentes y jóvenes.

Después de la primera década, las estrategias preventivas tienen características que le son propias. Contamos con marcos teóricos que debemos adecuar al contexto sociocultural y al momento histórico que se vive

para sustentar el trabajo preventivo.

Nos referimos a:

1. Marco conceptual de la salud integral de la adolescencia. Prevención primordial: factores protectores
2. Enfoque de riesgo: detección precoz.
3. Resiliencia.
4. Municipios saludables.

El primer marco teórico nos introduce en el concepto de prevención primordial. Hace referencia al trabajo que podemos realizar con todas las instituciones donde se desarrollan los niños, adolescentes y jóvenes. Esas acciones tienen como objetivo apoyar y fortalecer a las personas que cumplen acciones en esos espacios.

Se uncluyen entre los factores protectores:

- El buen funcionamiento familiar.
- El buen funcionamiento del sistema de salud.
- La eficiencia del sistema educativo.
- La existencia y el cumplimiento de la legislación y el marco jurídico que protegen:
 - las condiciones de vida de los niños, adolescentes y jóvenes,
 - el empleo sin riesgo y con posibilidad de desarrollo.
- Buenos hábitos alimentarios.
- Buenos estilos de vida.
- Prevención de la vulnerabilidad evitable.
- Escala de valores y hábitos que favorezcan el desarrollo espiritual.
- Oportunidades para el empleo del tiempo libre en forma positiva.
- Mensajes y contenidos de los medios de comunicación que promuevan estilos de vidas favorables.

Este marco conceptual nos hace comprender que la prevención para evitar poblaciones con riesgo comienza con una concepción deseada, el cuidado del crecimiento y desarrollo embrionario y fetal, una buena asistencia en el momento del parto y el seguimiento permanente del crecimiento y desarrollo en la primera y segunda infancia.

El segundo marco teórico que nos habla del enfoque de riesgo nos conduce a realizar estrategias de detección precoz de situaciones de riesgo o posibles vulnerabilidades en las personas, familias o el contexto social.

Son situaciones de riesgo:

- Relaciones familiares conflictivas, cróni-

cas o recientes.

- Desempeño escolar poco satisfactorio o exclusión escolar.
- Conflictiva grupal.
- Cambios continuos de grupos de referencia.
- Aislamiento o retraimiento social.
- Cambios bruscos de comportamiento.
- Pertenencia a grupos que tempranamente consumen tabaco, alcohol o drogas y se inician tempranamente en la vida sexual.
- Padecer desórdenes emocionales, como conductas suicidas, depresión, alteraciones del apetito, reiteradas quejas somáticas, conductas antisociales, accidentes reiterados.

La detección precoz nos permite intervenciones anticipatorias a situaciones más graves.

El tercer marco teórico, la resiliencia, nos introduce en estrategias de esperanza cuando nos enfrentamos con adolescentes o jóvenes con familias ausentes, con comportamientos de riesgo y viviendo en contextos adversos.

La resiliencia se define como la capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad. La resiliencia puede transformar la vida de las personas. Es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, salir transformado e incluso fortalecido.

Nos brinda esperanza en la capacidad del ser humano para transformar factores adversos en elementos de estímulo y proyección. Debemos esperar y desear que nuestros jóvenes alcancen un desarrollo digno en medio de la pobreza, la injusticia y la incertidumbre de los modelos de sociedad que les toca vivir.

El cuarto marco teórico nos brinda documentos que facilitan las estrategias en el trabajo preventivo. Se define como municipios saludables a aquellos en los que las autoridades políticas y civiles, las instituciones, las organizaciones públicas y privadas y la población en general dedican constantes esfuerzos para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población. Aplican sus recursos para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y consolidar la democracia.

Esta es una idea-fuerza que intenta el trabajo en redes. Fortalece las ideas expresadas en el marco conceptual sobre el trabajo conjunto entre los diferentes sectores sociales (intersectorialidad).

Existen dos experiencias formuladas bajo esta concepción: las comunidades seguras cuyo objetivo fue la prevención de accidentes y las ciudades preventivas cuyo objetivo es la prevención de adicciones.

Cuando los equipos de salud realicen trabajos preventivos con grupos de adolescentes y jóvenes deberán tener presente la estructura sociocultural actual.

La prevención en patologías sociales es un proceso activo de implementación de acciones y programas tendientes a mejorar las acciones que realizan las personas o instituciones (prevención primordial) para favorecer el crecimiento y desarrollo de las personas. Promover el desarrollo de recursos personales o institucionales para poder enfrentar las adversidades, asumir estilos de vida saludables y disminuir las situaciones y comportamientos de riesgo.

Se utilizan fundamentalmente dos técnicas para alcanzar estos objetivos: la educación y la comunicación.

Las técnicas son métodos, instrumentos o enfoques que se introducen en una actividad con el objeto de facilitar el logro de los resultados esperados.

Todo trabajo preventivo en patologías sociales es educación social.

PROPUESTAS TERAPÉUTICAS PARA EL EQUIPO DE SALUD

Debemos desmitificar la aseveración de que todo consumidor, cualquiera sea su nivel de compromiso (usador, abusador o dependiente) es incumbencia exclusiva de la psiquiatría o la psicología. Estamos culturalmente acostumbrados a intervenir o pedir ayuda en las últimas etapas –alcoholismo o drogadependencia– y minimizamos o no detectamos comportamientos, síntomas o signos tempranos.

Los profesionales de la salud, cualquiera sea su especialidad, pueden realizar intervenciones exitosas en las etapas de usador y abusador. También lo puede hacer cualquier adulto que se vincule con niños, adolescentes o jóvenes, como docentes, recreadores, religiosos, líderes juveni-

les, vecinos.¹⁰ Es importante tener un buen vínculo.

Deben incorporarse para la detección precoz los métodos de laboratorio, hoy al alcance de todos los equipos.

El adicto o dependiente debe ser tratado por equipos interdisciplinarios y dentro del encuadre de normas estrictas, en comunidades terapéuticas o con el modelo de internación domiciliaria que estamos implementando en Buenos Aires.

LINEAMIENTOS TERAPÉUTICOS PARA USADORES Y ABUSADORES

En un primer momento se debe trabajar para convencer al paciente de la necesidad y el beneficio de dejar el consumo de sustancias legales o ilegales. Si el paciente no acepta, trabajaremos con la familia o adultos convivientes o referentes, amigos, novios, para que acompañen y puedan esperar los tiempos de cada joven, sin juzgar, conteniendo con afecto y acordando límites. Red de apoyo y acompañamiento.

Además, se deberá trabajar sobre las vulnerabilidades personales, familiares y grupales.

Una vez aceptado el tratamiento deben establecerse normas claras, por escrito, que el paciente y su familia deben conocer y respetar.

El tratamiento debe comprender las siguientes etapas de:

1. Desintoxicación y deshabitación.
2. Actividades programadas.
3. Capacitación y reinserción educativa o laboral.
4. Reinserción social.

Tras cumplir la etapa de desintoxicación y deshabitación, podrá iniciarse el trabajo psicoterapéutico, ya que hasta ese momento el psiquismo del joven está interferido por la impregnación de sustancias tóxicas.

Cada etapa debe cumplirse trimestralmente. Puede variar de acuerdo con cada paciente. El tratamiento debe considerar un alta precaria al año y definitiva en dos o tres años. Puede haber diferencias de abordajes terapéuticos. Todos son válidos si logran la curación.

Hay que asumir las nuevas oportunidades que estas patologías nos ofrecen; lo importante es no delegar y saber que todos los profesionales que trabajamos con niños,

adolescentes y jóvenes podemos aportar a la recuperación de estas poblaciones, especialmente en las etapas de uso y abuso. Esto es un desafío.¹¹

DISCUSIÓN

Debido al trabajo con poblaciones de adolescentes y jóvenes (10-24 años) y tras recoger las investigaciones y datos estadísticos de fuentes oficiales sobre la edad de inicio del consumo de sustancias, podemos afirmar que llegamos tarde. En estas edades los programas preventivos –que son programas de educación social– deben lograr en las poblaciones objetivos: cambios de valores, creencias y actitudes. Estos se pueden alcanzar si los programas son sostenidos a través de mucho tiempo y las poblaciones participan en forma continuada.

Diferentes razones dificultan tanto el logro de los objetivos, como las condiciones necesarias para el desarrollo de programas preventivos eficientes y eficaces.

La experiencia nos lleva a pensar que, si después de los 10 años ya hay valores, creencias y aptitudes internalizadas, debemos trabajar antes de esa edad. Desde la concepción hasta los dos primeros años de vida se construyen las condiciones en el aparato mental que permitirán adquirir con posterioridad conocimientos que servirán para decidir saludablemente.

La pediatría tiene la privilegiada oportunidad de acompañar en estos primeros años a los padres. Sabemos que nos enfrentamos con poblaciones que padecen múltiples carencias que no se limitan a lo material/económico ni están presentes en un determinado segmento de la sociedad; carencias originadas en sus grupos familiares y el contexto donde crecieron y se desarrollaron. En muchos casos se convertirán en impedimento a la hora de proveer a sus hijos de modelos relacionales que permitan en el futuro contar con instrumentos para enfrentar los complejos escenarios sociales en forma saludable.

A las carencias en los microcontextos (familias e instituciones intermedias), debemos destacar el agravamiento del deterioro del macrocontexto y su impacto sobre las familias.

Ante estas situaciones, trabajar preventivamente en los primeros años de vida

implicará: ayudar a fortalecer el vínculo madre-hijo, promover la lactancia materna, estimular las caricias, los besos, el juego, crear nuevas formas de comunicación en un ambiente de amor, realizar un seguimiento durante la primera y segunda infancia, abordando los indicadores de riesgo detectados y descritos en este trabajo. Acciones que permiten a los pediatras trabajar para la prevención de patologías psicosociales en la etapa adolescente. Jerarquizar nuestra misión educadora junto a la asistencial. Son los jardines maternos y los jardines de infantes lugares privilegiados para este trabajo.

Muchas madres y padres requieren de esta ayuda. Ofrecerla es darle la oportunidad a muchos niños de crecer y desarrollarse en mejores condiciones para enfrentar escenarios adversos.

Finalmente, mientras la sociedad siga educando para el deseo, para el tener, con carencia de un modelo humano válido y de un proyecto nacional generador de entusiasmo; mientras los hogares no sean ámbito de encuentro, trasmisión de amor, de responsabilidades y de diálogo, se seguirá arrojando a los jóvenes al espejismo de la violencia, de la intolerancia, de las adicciones, de la incapacidad para enfrentar creativamente la lucha diaria.

El desafío para enfrentar este problema no es sólo para los equipos de salud, sino para todos los sectores de la sociedad. No es tarea exclusiva para profesionales y funcionarios. Sin la participación de la comunidad los logros serán escasos. Cuanto mayores sean la sensibilización, la organización, la participación y el compromiso de todos los sectores sociales mayor será la posibilidad de tener éxito.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología sin números. Serie Washington: PALTEX, 1992; 16:28.
- Organizado por Secretaría de Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico, República Argentina, Presidencia de la Nación. Seminario de Narcoeconomía. Buenos Aires: SEDRONAR, 1999.
- Roldán C. Adicciones: el contexto del problema. En: Falke, G. Adolescencia, familia y drogadicción. Buenos Aires: Ed. Atlante. 1998; 24.
- Tenti Fanfani E. La escuela vacía. Buenos Aires: Unicef-Losada, 1992.
- Etcheverry JG. La tragedia educativa. Buenos Aires:

- Fondo de Cultura Económico de Argentina, 1999.
- Aguinis M. El atroz encanto de ser argentino. Buenos Aires: Planeta, 2001, 137.
 - Silber T, Pagnoncelli De Souza R. Uso y abuso de sustancias en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana*. 1998; 3:148-162.
 - Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires. Página Web: www.spadla.gba.gov.ar
 - Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente). *Adolescencia: Detección de Riesgos y Propuestas de Acción*. Ministerio de Salud, Promin. Buenos Aires: SASIA, 2000.
 - Serfaty E, Roldán C y col. Internación domiciliaria en adolescentes. *Sociedad Iberoamericana de Información científica* 1996; 1(2):47-49.
 - Serfaty E, Roldán C y col. Internación domiciliaria de adolescentes consumidores de drogas. *ACMEON* 1996; 5(17):11-16.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Grimson WR. *Sociedad de adictos*. Buenos Aires: Planeta, 1999.
- Marchioni M. *Ciudades preventivas*. Buenos Aires: Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas*. Washington: OPS, 1998.
- Kellogg F. *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* Washington: OPS, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. *Marco Conceptual de la Salud Integral del Adolescente y su cuidado*. Washington: OPS, 1990.
- Yaria JA. *La cultura del Malestar*. Buenos Aires: Universidad del Salvador, 1995.
- Yaria JA. *Posmodernidad y redes sociales*. Buenos Aires: Universidad del Salvador-Lumen, 1999.