

Reporte de investigación

Consumo de sustancias: factores psicosociales intervinientes en consultas a centros públicos de atención

Pablo Barrenengoa¹**Correspondencia**

pablobarrenengoa@hotmail.com

Filiaciones institucionales¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (Argentina)**Resumen**

La familia, las redes sociales de apoyo y los espacios de pertenencia institucional, educativa y laboral, son factores de importancia en el entendimiento y abordaje de la etiología del consumo problemático de sustancias psicoactivas (CPSP). El objetivo general de este trabajo fue identificar y analizar factores psicosociales relacionados con CPSP en pacientes atendidos en Centros de Atención de las Adicciones (CPA) de la Provincia de Buenos Aires (BA), Argentina. Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal. Se obtuvieron los registros centralizados por el Observatorio sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas sobre variables sociodemográficas y psicosociales de la población usuaria de la red de atención. Principalmente, se hallaron la debilidad de redes sociales de contención y apoyo, la falta de proyección a futuro en pacientes con edad promedio de 28 años, y escenarios familiares con dificultades en el desempeño de las funciones socioafectivas. Aquellos pacientes con proyección a futuro presentaron mayor presencia de redes sociales de apoyo y contención y de intereses.

Palabras clave

consumo problemático de sustancias | factores psicosociales | servicios de salud | adicciones | proyección de futuro

Cómo citar

Barrenengoa, P. (2017). Consumo de sustancias: factores psicosociales intervinientes en consultas a centros públicos de atención. *Revista de Psicología*, 16, 121-135. doi: 10.24215/2422572Xe008

DOI

10.24215/2422572Xe008

Recibido

5 oct. 2017

Aceptado

30 nov. 2017

Publicado

22 dic. 2017

Editor

Nicolás Alessandrini | Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España)

ISSN

2422-572X

Licencia© Copyright: Barrenengoa, P. Este trabajo se distribuye bajo una licencia de Cultura Libre [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)**Entidad editora**

RevPsi es una publicación de la Facultad de Psicología (Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

**ACCESO ABIERTO**
DIAMANTE

Consumo de substâncias: fatores psicossociais envolvidos em consultas a centros de atendimento público

Resumo

A família, as redes de apoio social e os espaços de pertencimento institucional, educacional e laboral são fatores de inestimável importância na compreensão e abordagem da cadeia etiológica do uso problemático de substâncias psicoativas (CPSP). O objetivo geral deste trabalho foi identificar e analisar os fatores psicossociais relacionados à PSCP em pacientes atendidos nos Centros de Atenção a Dependentes (CPA) da Província de Buenos Aires (BA), Argentina. Para tanto, foi desenvolvido um estudo descritivo transversal. Registros centralizados foram obtidos pelo Observatório do Uso de Substâncias Psicoativas em variáveis sociodemográficas e psicossociais da população usuária da rede de atenção. As principais características encontradas foram a fragilidade das redes sociais de contenção e apoio, acompanhadas da falta de projeção futura em pacientes com idade média de 28 anos; adicionado a cenários familiares com dificuldades no desempenho de funções socioafetivas. Os pacientes com projeção futura apresentaram maior presença de redes e interesses sociais de apoio e contenção.

Palavras-chave

consumo problemático de substâncias | fatores psicossociais | serviços de saúde | vícios | projeção futura

Consumption of substances: Psychosocial factors involved in consultations to public care centers

Abstract

Family, social support networks and institutional, education and labor spaces are factors of inestimable importance in understanding and addressing the etiological chain of problematic use of psychoactive substances (CPSP). The overall objective of this work was to identify and analyze psychosocial factors related to patients with CPSP attended in Addictions Care Centers (CPA) in the Province of Buenos Aires (BA), Argentina. A descriptive cross-sectional study was designed. The records of sociodemographic and psychosocial variables of the population using the service network were obtained from the Observatory of Psychoactive Substances Use. The main characteristics found were weak social networks and support containment, accompanied by the lack of forward-looking in patients with average age of 28 years; in addition to familiar scenarios with difficulties in carrying out the socio-affective functions. Patients with future projection showed higher presence of social support networks and containment and interests.

Keywords

problematic consumption of substances | psychosocial factors | health services | addictions | future projection

Aspectos destacados del trabajo

- Se analizan factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en Provincia de Buenos Aires.
- Se halló que la debilidad de redes sociales de contención y apoyo es relevante.
- Asimismo, cumplen un rol importante la falta de proyección y las dificultades familiares.
- Se necesita fortalecer la oferta de tratamientos que incluyan la dinámica familiar como inherente al consumo.

El fenómeno del CPSP ha sido abordado desde diferentes perspectivas, en la complejidad de sus determinaciones. En él convergen análisis y discursos del ámbito jurídico, penal, psicológico, mediáticos y policiales, que pueden reproducirse tanto en la presentación clínica de quienes consultan (*Le Poulichet, 1991*) como en las prácticas de los equipos de salud. Según los datos oficiales de la SeDroNar (Secretaría de Drogas y Narcotráfico), el 2,9 % de la población de entre 16 y 65 años de la Argentina (600.000 habitantes), consume drogas ilegales. En este país, las últimas encuestas, además de marcar el crecimiento del consumo y el descenso en las edades de inicio, hacen una especial referencia al policonsumo. Esto significa que es muy difícil encontrar sujetos con CPSP que sean consumidores de una sola sustancia. (*Virgolini, Molinari y Specogna, 2005*). Partir desde una perspectiva de salud pública sobre el CPSP permite poner en cuestión la judicialización del problema (*Herbón, 2007*), al mismo tiempo que implica reconocer diferencias entre las drogas como sustancias categorizadas jurídicamente desde su carácter lícito o ilícito y la relación que cada usuario establece con esa droga, su historia y el riesgo de que ese consumo se vuelva problemático e interfiera en su vida cotidiana, la de su familia o su comunidad (*DNSMyA, 2013*). En esta línea argumentativa, Kameniecki señala que “más que intentar imponer nuestros ideales a las personas que consumen, se hace necesario hacerles un lugar en el sistema sanitario” (2007, p. 107). Esto pone en primer plano el análisis de las condiciones psicosociales de vida que determinan pautas de conducta que aumentan la vulnerabilidad a que se opere el pasaje del uso a la dependencia entendiendo a esta última como la imposibilidad de detener el consumo. Algunas investigaciones (*Granados Hernández et al., 2009*) han destacado a factores tales como la pobreza, la falta de proyecto de vida, la inequidad social, las dificultades en la dinámica familiar y el bajo nivel de estudios, como algunos de los factores de riesgo vinculados a la intensidad del uso de drogas. (*León Sánchez, Camacho Delgado, Valencia Ortíz, Rodríguez-Orozco, 2008*). Asimismo, la acumulación de factores estresantes en la vida, generalmente, es precedida por factores tales como

dificultades emocionales serias, dificultades en las relaciones interpersonales, escaso control de impulsos, entre otros. En este sentido, la familia y las redes sociales de contención, entendidas estas como aquellas tramas relacionales que determinan en gran medida los intercambios y modelos vinculares con el entorno, resultan factores de inestimable importancia, tanto para el entendimiento de la cadena etiológica del consumo, como la apreciación de los factores intervinientes en el tratamiento y rehabilitación. Se entenderá como factor de riesgo psicosocial a las características, variables o peligros que favorecen que un individuo desarrolle un problema de salud (Clayton, 1992). Se parte de una concepción de familia en tanto grupo social primario, abierto a las transformaciones sociales que se han dado respecto de la familia tradicional moderna, pero con funciones de sostén, cuidado, puesta de pautas y límites y construcción de sentidos compartidos que garantizan cierta permanencia y cierta capacidad de cambio. (Delucca, González Oddera y Martínez, 2010).

Algunas experiencias previas (Granados Hernández et al., 2009) han relevado los factores de riesgo que más inciden en las llamadas adicciones considerados desde la perspectiva de los familiares de personas con consumo problemático. Aun así no se cuenta en la actualidad con un análisis sistemático de los datos recolectados por los mismos equipos de salud en los establecimientos públicos de atención, respecto a los factores psicosociales y redes de contención social en pacientes ingresados a tratamiento. Asimismo, el predominio histórico del modelo médico sanitario y ético jurídico (Nowlis, 1975) en los abordajes de las políticas públicas con fuerte acento en la estigmatización, criminalización e internación de los sujetos con CPSP constituyen huellas de intervención estatal bajo la égida de las sociedades disciplinarias (Foucault, 1975/1976), siendo estos modelos actualmente puestos en cuestión por los nuevos paradigmas en salud mental basados en la Ley Nacional N° 26.657 desde la perspectiva de los derechos humanos (DNSMyA, 2013) que inauguran dispositivos basados en el modelo de la reducción de daños.

La Provincia de BA concentra poco más que un tercio de la población de la Argentina. Desde el Ministerio de Salud de la Provincia de BA se divide la provincia administrativamente en regiones sanitarias, como sedes descentralizadas de esa misma dependencia. Asimismo, si bien BA puede sub-dividirse en función de diversos criterios, uno de ellos es el que diferencia el Área Metropolitana de Buenos Aires (constituída por 24 municipios que rodean la Capital Federal y el Gran La Plata) y el interior bonaerense (constituido por 108 municipios de menor dimensión demográfica pero mayor extensión territorial) (INDEC, 2008). Actualmente, BA cuenta con una Red de CPA, como respuesta gratuita a esta problemática desde el sector público de salud. Son 189 los servicios que funcionan en la casi totalidad de los distritos que componen el territorio provincial. La pregunta que vertebró la investigación se formuló del siguiente modo: ¿Cuáles son los factores psicosociales relacionados con el consumo problemático de sustancias psicoactivas en pacientes atendidos en los CPA de la Provincia de Buenos Aires? Se espera con dicha investigación poder contribuir al desarrollo, evaluación y mejoramiento de las políticas de salud mental y adicciones de la Provincia de BA.

Objetivos

Objetivo general

Identificar y analizar factores psicosociales relacionados con CPSP en pacientes atendidos en CPA de la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- 1.1) Caracterizar los pacientes con CPSP según región sanitaria, sexo, edad, nivel de estudios, condición laboral, estructura familiar, redes sociales de apoyo y contención, intereses y proyección a futuro.
- 1.1.1) Describir la estructura familiar de los pacientes según sus redes sociales de apoyo y contención.
- 1.1.2) Describir el nivel de estudios de los pacientes según su situación laboral
- 1.1.3) Describir la situación laboral de los pacientes según sus redes sociales de apoyo y contención.
- 1.2) Analizar similitudes y diferencias entre hombres y mujeres en relación a la proyección a futuro, intereses y de redes sociales de apoyo y contención.
- 1.2.1) Analizar la proyección a futuro en relación a las redes sociales de apoyo y contención e intereses.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio y diseño

Estudio descriptivo de corte transversal.

Población

Pacientes ingresados a tratamiento a quienes se les completa un formulario de admisión por CPSP.

Unidad de análisis

Cada paciente ingresado a tratamiento por CPSP que figuren en el formulario de admisión, en el lugar y periodo determinado.

Lugar y período

138 CPA distribuidos en 12 regiones sanitarias entre mayo de 2010 y abril de 2013. Los datos fueron centralizados por el Observatorio sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones y Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires (SADA). Dichos CPA son aquellos de los cuales se dispone de datos en el período estipulado.

Instrumento

Se obtuvieron de los registros centralizados por el Observatorio sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas. El instrumento de recolección de datos es utilizado como un procedimiento rutinario en las entrevistas de admisión a tratamiento en los CPA. Contiene información sobre numerosas variables sociodemográficas, familiar, judicial, toxicológica y psicológica. Para este trabajo solo se utilizan las variables sociodemográficas (edad, sexo, región sanitaria de residencia, estado civil, nivel de estudios y situación laboral) y variables psicosociales (grupo de convivencia, redes sociales, estructura familiar, proyección a futuro e intereses). Respecto a la indagación de variables psicosociales protectoras, los psicólogos que realizaron la admisión tuvieron en cuenta, para todos los indicadores, modos de funcionamiento predominantes:

- Posee: cuando está presente o consolidado el indicador.
- Posee medianamente: es ocasional o no muy desarrollado, hay que fortalecerlo.
- No posee: se considera que no posee factores de protección en a variable en cuestión, es necesario desarrollarlos.
- Desconocido: no se indagó en este dato

A continuación se explicita la concepción de las categorías psicosociales indagadas.

Redes sociales de apoyo. Aquellos ámbitos o personas que promuevan la participación de los jóvenes en espacios recreativos, deportivos, artísticos y culturales. Se tomará en cuenta, en general, la presencia de una o mas personas que ejercen una influencia positiva en la persona. Entendiendo por “influencia positiva” a quien, en cada caso particular, escuche, incentive, mueva a reflexión, impulse conductas relacionadas al cuidado de la salud, a buscar un interés propio y a la construcción de un proyecto de vida..

Proyección a futuro. La presencia de un objetivo (conciente o inconciente), una perspectiva que orienta y promueve un desarrollo a futuro ejerce una influencia potenciadora en la persona, generando una sensación de pertenencia a un grupo o a un ideal colectivo.

Intereses. El desarrollo de preferencias, gustos, áreas de su propio interés que promuevan sujetos más independientes y autónomos. Es importante diferenciar los intereses propios de los intereses del grupo familiar o de pares que condicionan a la persona.

Estructura familiar. Se consideró, en términos generales, si existen funciones familiares (más allá de quien ocupe el lugar), de sostén y cuidado (incluyendo si acompañan el tratamiento o si lo entorpecen) y de puesta de pautas y límites (Delucca et al., 2009). Indica distintas modalidades familiares que remiten a una forma de funcionamiento predominante. Se tuvo en cuenta las siguientes modalidades:

- Con funciones de sostén socio-afectivo: brinda apoyo afectivo con pautas y límites. Promueve el interés y la búsqueda de otras personas, intereses o actividades extrafamiliares. Promueve un proyecto de vida propio. Favorece el tratamiento.
- Con dificultades en el ejercicio de las funciones familiares: produce una sensación de abandono o desinterés y falta de apoyo afectivo y efectivo. Está presente pero tiene serias dificultades en ejercer las funciones familiares.
- Otros contextos que ejercen funciones de sostén (familia ampliada, otros significativos).
- Ausencia de estructura familiar. Cuando el sujeto refiere no poseer contacto con ningún miembro de la familia o no tiene familiares.
- Desconocido: no se indagó el dato.

Procesamiento y análisis de los datos

Los datos recabados de los formularios de admisión se sistematizaron en una base de datos nominal con ID preestablecido para cada unidad de observación. Los datos categorizados de acuerdo a las variables definidas se procesaron mediante Base Excel y programa estadístico Epiinfo 7. Todas las variables fueron procesadas mediante análisis univariado de frecuencia absoluta y frecuencia porcentual. Se construyeron tasas de ingreso para poder realizar comparaciones entre regiones sanitarias, dada la discrepancia poblacional entre ellas y para comparar las regiones pertenecientes al interior y a la región metropolitana bonaerense. Se categorizaron los datos según las variables expuestas en un plan de tabulación, ordenado según la secuencia de los objetivos específicos. Para las variables “región sanitaria” y “área geográfica” se decidió eliminar los registros de aquellos menores de 15 años (324 registros) y mayores de 65 (55 registros) para poder comparar los ingresos de esa franja etaria entre regiones sanitarias, con la elaboración de tasas. Las poblaciones entre 15 y 65 años por región sanitaria utilizadas fueron las publicadas por la Dirección de Información

sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Tabla 1). De acuerdo al objetivo 1.2, se analizó la significación estadística de las relaciones entre variables planteadas en el mismo. Se utilizó a tal fin la prueba de Chi cuadrado. Las variables proyección a futuro e intereses se agruparon del siguiente modo: aquellos pacientes codificados como posee y posee medianamente se recodificaron como “posee”, dejando “no posee” del mismo modo en que fue registrado y se eliminaron los registros sin datos consignados en la Tabla 2.

Resultados

De la recolección de los formularios de admisión se obtuvieron un total de 8815 registros correspondientes a todas las regiones sanitarias que disponen de CPA. El 84,37% de los pacientes es de sexo masculino y el 15,63% femenino. La edad media es de 28,6 años, con un DS de 12,19. Respecto a la distribución por región sanitaria, la tasa de ingreso más alta a la red de atención está representada por la región sanitaria III (74,8 cada 10.000 habitantes entre 15 y 65 años), seguida por la VIII (63,4) y la I (50,5), todas localidades del interior bonaerense. La tasa más baja corresponde a la región IX (3,75). La tasa de ingreso en el interior (21,2 c/ 10.000 hab) resulta más alta que la de la región metropolitana (15,9 c/ 10.000 hab.). (Tabla 1). Respecto al nivel de estudios, el nivel alcanzado más frecuente es el nivel terciario (38,12%). En cuanto a la situación laboral de los pacientes que ingresan a la red de atención, el 23,75% posee trabajo fijo, 31,22% trabajo eventual, 13,6% nunca tuvo trabajo remunerado, 21,13% desocupado y 1,5% pensionista. En relación a la situación habitacional, el 83 % posee un lugar estable donde residir.

En relación a las variables psicosociales, los resultados se resumen en la Tabla 2. En cuanto al análisis bivariado descriptivo correspondiente a los objetivos 1.1.1, 1.1.2 y 1.1.3 se obtuvieron los siguientes resultados. En relación a la estructura familiar de los pacientes según la presencia de redes sociales de apoyo y contención, aquellos pacientes con desempeño de las funciones socioafectivas de su estructura familiar presentaron mayor porcentaje de redes sociales de apoyo (82,08%) que aquellos pacientes con estructura familiar donde se observaron dificultades en las funciones socioafectivas (55,41%). Respecto a la variable nivel de estudios según situación laboral, se observa que a mayor nivel de estudios alcanzado, mayor porcentaje de pacientes con trabajo fijo (57,32% nivel terciario completo, 35,18% nivel terciario incompleto, 42,5% secundario completo, 20,5% secundario incompleto). Asimismo, el trabajo eventual y la desocupación son menores en pacientes con nivel de estudios terciario (11,72% y 16,74% respectivamente) y aumenta a menor nivel de estudios. En cuanto a la variable situación laboral según redes sociales de apoyo y contención, aquellos pacientes pensionistas o con trabajo fijo poseen mayor porcentaje de presencia de redes sociales de apoyo y contención (71,6% y 74,36% respectivamente). Aquellos pacientes desocupados o que nunca tuvieron trabajo remunerado fueron aquellos que presentaron mayor porcentaje de falta de redes sociales de apoyo y contención. (36,29% y 29,44% respectivamente).

Por último, en el análisis comparativo entre pacientes hombres y mujeres, se encontró una frecuencia mayor de proyección a futuro en mujeres estadísticamente significativa ($p=0.02$), mientras que las otras variables comparadas no arrojaron diferencias significativas entre los grupos comparados (Tabla 3). Al analizar las redes sociales de apoyo en relación a la proyección a futuro se observó que la frecuencia de redes sociales de apoyo en pacientes con proyección a futuro es diferente que la frecuencia de redes sociales de apoyo en pacientes sin proyección a futuro. Se observan diferencias significativas entre los grupos comparados ($p=0.000$). Al analizar los intereses en relación a la proyección a futuro se observó que la frecuencia de intereses en pacientes con proyección a futuro es diferente que la frecuencia de intereses en pacientes sin proyección a futuro. Se observan diferencias significativas entre los grupos comparados ($p=0.000$).

Tabla 1.
Tasas y porcentajes de ingreso a la red de atención ambulatoria según la región sanitaria.

	n	%	Población 15-65 años	Tasa de ingreso cada 10.000 hab.
<i>Región sanitaria</i>				
I	1053	11.95	208315	50.54
II	357	4.05	80318	44.44
III	582	6.60	77762	74.84
IV	522	5.92	174927	29.84
V	374	4.24	997285	37.5
VI	1052	11.93	1198623	88.76
VII	947	10.74	719386	13.16
VIII	744	8.44	358040	20.77
IX	624	7.08	98339	63.45
X	178	2.02	98875	18
XI	1587	18.00	378614	41.91
XII	795	9.02	564535	14.08
<i>Área geográfica</i>				
Región metropolitana	5125	58.14	3219198	15.9
Interior	3690	41.86	1735821	21.2
Total	8815	100	4955019	17.7

Tabla 2.
Caracterización de variables psicosociales de pacientes ingresados a tratamiento.

Variables psicosociales	n	%
<i>Estructura familiar</i>		
Con desempeño en las funciones socioafectivas	3923	44.5
Con dificultades en las funciones socioafectivas	3807	43.19
Ausente	314	3.56
Otras	520	5.9
Desconocido	251	2.85
<i>Grupo de convivencia</i>		
Amigos	810	9.19
Familia de origen	914	10.37
Familia propia	4654	52.8
Institución	220	2.5
Pareja	1521	17.5
Solo	119	1.35
Otros	502	5.69
Desconocido	75	1.71
<i>Redes sociales de apoyo y contención</i>		
No	5812	65.9
Sí	2394	27.16
Desconocido	609	6.91
<i>Proyección a futuro</i>		
Sí	1988	22.55
No	5012	56.86
Medianamente	1510	17.13
Desconocido	305	3.46
<i>Intereses</i>		
Posee	2241	25.4
Posee medianamente	5355	60.7
No posee	787	8.9
Sin datos	432	4.9

Discusión

La mayor parte de consultantes en los CPA corresponde al sexo masculino y edad promedio de 28 años. Esta tendencia coincide con datos suministrados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (*INDEC, 2008*). Aun así, estudios actuales señalan

que, si bien se encuentran prevalencias más elevadas tanto de consumo precoz como de consumo problemático en la población masculina, el consumo de sustancias como los tranquilizantes es mayor en mujeres. (Hernandez López et al., 2009). Por otra parte, orientaciones teóricas que han incluido la perspectiva de género en el análisis de las inequidades en salud señalan que, además de existir diferencias en torno a

Tabla 3.
Tabla de contingencia de sexo y proyección a futuro según intereses, redes sociales de contención y apoyo y proyección a futuro

	Proyección a futuro						Intereses						Redes sociales					
	Posee		No posee		P		Posee		No posee		P		Posee		No posee		P	
	n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%		
Sexo																		
Femenino	1100	84.4	203	15.6			1171	90.6	121	9.4			924	73.1	340	26.9		
Masculino	5900	81.9	1307	18.1	.026		6425	90.6	666	9.4	.975		4888	70.4	2054	29.6	.053	
Proyección a futuro																		
Posee							6668	97.1	196	2.9			5000	75.8	1593	24.2		
No posee							869	59.8	583	40.2	.000		718	50.7	698	49.3	.000	

las prácticas de consumo y el tipo de sustancia consumida entre géneros, el acceso a los servicios de salud también se ve limitado por las expectativas y roles sociales diferenciados atribuidos a las mujeres, hecho que podría condicionar su menor demanda y adherencia al tratamiento (Jeifetz y Tajer, 2010). La mayor presencia de proyección a futuro hallada en pacientes mujeres permite sostener que se trata de un factor protector que debe ser potenciado, en tanto que la posibilidad de elaboración de un proyecto de vida ha sido descripto como uno de los elementos más importantes a la hora de generar un corto circuito en el consumo compulsivo de sustancias (Téllez, Cote, Savogal, Martínez y Cruz, 2003). Aquellos pacientes con proyección a futuro presentaron mayor presencia de redes sociales de apoyo y contención y de intereses. Puede decirse que el establecimiento de lazos sociales que promuevan la participación de la persona en diferentes ámbitos que habilitan el desarrollo e interrogación sobre sus preferencias, favorece la capacidad de construcción de una perspectiva lanzada hacia adelante, capaz de consolidar aspectos de su vida personal, familiar y comunitaria que deslinden la vida cotidiana del consumo. Por otra parte, si se considera las edades promedio de consultas y el enfoque preventivo necesario para abordar la problemática, iniciativas de políticas sociales recientes en nuestro país tendientes a fomentar la iniciación o culminación de estudios en población juvenil vulnerable (Poder Ejecutivo Nacional, 2015), forman parte de estrategias universales que deberían fortalecerse, de cara a la oportunidad de establecer proyectos de vida sustentables en los más jóvenes. Aún así, una buena parte de los pacientes indagados posee trabajo fijo. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los trabajadores que presentan problemas de consumo presentan un ausentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores, al tiempo que aumenta el riesgo de sufrir accidentes, aumento de rotación de personal, merma de la productividad, entre otros efectos (ILO, 2010). Este dato resulta interesante a los fines de promover mecanismos de detección temprana de casos de CPSP en el ámbito laboral con el objetivo de facilitar el acceso a tratamiento en los casos en que sea necesario (Ochoa Mangado y Madoz Gúrpide, 2008).

La tasa de ingreso en el interior de la provincia resulta más alta que la de la región metropolitana. Esto permite decir que hubo más consultas por CPSP a la red pública de atención en regiones sanitarias menos pobladas, de actividad económica predominantemente agrícola-ganadera y con mejores indicadores de NBI (necesidades básicas insatisfechas), que en aquellas regiones sanitarias más pobladas, de actividad predominantemente industrial y con peores indicadores de NBI. Si bien no se trata de un diagnóstico concluyente sobre el consumo en la provincia de BA, sí constituye un indicador sobre la atención pública de esta problemática de salud. La densidad poblacional de la provincia de Buenos Aires y su gran heterogeneidad ameritaría estudios comparativos que estratifiquen este indicador por municipio, debido a que los mismos pueden esconder grandes diferencias al interior de cada región sanitaria. Por otra parte, la tasa de ingreso calculada en este trabajo no es lo mismo que prevalencia de consumo en esas jurisdicciones. El sub-registro de las acciones en salud y las diferentes prácticas en cada uno de los CPA en torno a esta

tarea, sumado a la posible diferencia en torno a la calidad de los datos, también son factores que deben ponderarse para evitar lecturas lineales de estos resultados.

Las dificultades en las funciones socioafectivas familiares registrada en casi la mitad de los pacientes induce a pensar en la necesidad de fortalecer la oferta de tratamientos que incluyan la dinámica familiar como parte del consumo y no como algo externo a la problemática. Esto coincide con una de las prioridades establecidas por la Ley 26.657 acerca de la participación de los usuarios y sus familias en los tratamientos. Asimismo, señala cierta direccionalidad en torno a la responsabilización subjetiva de usuarios y familiares, lo que implica visualizar el problema de consumo desde la complejidad de los factores intervinientes, más que desde interpretaciones mono-causales que otorgan un poder omnímoto a la droga como agente causal (Quevedo, 2013). La escasez de redes sociales de apoyo y falta de proyección a futuro halladas, coinciden con el aislamiento, retracción y abulia característica de muchos pacientes toxicómanos, donde se corrompen gradualmente los vínculos que no tienen que ver con el consumo (De la Villa Moral Jimenez, 2008; Le Poulichet, 1991). La pregunta plausible de ser elaborada a partir de esto sería si todos los casos de CPSP constituyen verdaderas toxicomanías, según lo teorizado por modelos psicoanalíticos (Antonietti, 2010, Le Poulichet, 1991; Sinatra, 2010), o se trata de momentos y coyunturas específicas donde el consumo interfiere temporalmente en la vida cotidiana de las personas. Investigaciones futuras de corte clínico y cualitativo podrán arrojar luz sobre estos aspectos.

Conclusiones

El presente trabajo pretende contribuir en la investigación de posibles factores de riesgo, de vulnerabilidad o de protección, relacionados a las consultas realizadas por pacientes en la red de atención provincial a las adicciones. Los hallazgos principales de este trabajo son una aproximación de carácter general, a la población que demanda tratamiento, específicamente en estos servicios de salud especializados. La debilidad de redes sociales de contención y apoyo, acompañadas de la falta de proyección a futuro en pacientes con edad promedio de 28 años; sumado a escenarios familiares con dificultades en el desempeño de las funciones socioafectivas parecen ser algunas de las características más destacadas de los pacientes que consultan por CPSP en los CPA de la Provincia de Buenos Aires. Se desprende para futuras indagaciones el estudio comparativo de pacientes que residan en localidades del interior de la provincia y del conurbano bonaerense. Asimismo, el ahondamiento en la peculiaridad de las características mencionadas, amerita desarrollos posteriores de abordaje cualitativo, que tome las perspectivas de los propios usuarios.

Limitaciones

Como todos los datos proceden de fuentes secundarias su validez está ligada a la validez de los registros, por lo tanto no se pudo verificar la existencia previa de errores

sistemáticos. Las limitaciones de la fuente radican en la posible discrepancia de criterios entre los equipos de salud en el modo de completar los datos del formulario de admisión. Por otra parte, dado que el formulario se completa en las entrevistas de admisión, es posible que tan solo una entrevista no baste para ofrecer un panorama acabado de los factores psicosociales aquí explorados, aunque sí constituye un primer acercamiento de inestimable importancia para el primer diagnóstico de la población usuaria. Debido a que se trata de un muestreo no probabilístico, los resultados no pueden extrapolarse al resto de la población, pero aportan información relevante sobre las características de los usuarios del sistema público de atención a las adicciones.

Agradecimientos

Se agradece especialmente a la Subsecretaría de Salud Mental y Atención de las Adicciones, al Dr. Carlos Sanguinetti y la Lic. Andrea Gonzalez por haber facilitado los medios y su tiempo para la realización de esta investigación.

Referencias

- Antonietti, M. (2010). *Tóxico en los márgenes del psicoanálisis*. Buenos Aires: Lazos.
- Calabrese, A. (2015). Fundamentos del trabajo territorial en adicciones en el campo de la salud mental. En DNSM (Ed.), *Políticas públicas de salud mental. Enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad* (pp. 115-118). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones - Ministerio de Salud de la República Argentina.
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington: American Psychological Association.
- De la Villa Moral Jiménez, M. (2007). Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 250-291.
- Delucca, N. E., González Oddera, M. y Martínez, A. (2010). Modalidades de la diversidad de vínculos familiares. *Revista de Psicología*, 11, 105-123.
- Delucca, N. E., Pétriz, G., Longás, C., Vidal, I., Rodríguez Durán, A., Romé, M., ... Martínez, A. (2009). Investigaciones sobre temas del desarrollo. Historización y desafíos de la parentalidad. *Psicología e investigación. Revista de Psicología*, 10, 81-95.
- DNSMyA. (2013). *Ley Nacional de salud Mental N.º 26.657*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones - Ministerio de Salud de la República Argentina.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Granados Hernández, M., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L. y Wright, M. da G. M. (2009). Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 770-775.
- Herbón, C. (2007). Adicciones tempranas. En M. Conocente y M. Kameniecki (Eds.), *Las adicciones: desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta: perspectivas y abordajes en instituciones públicas argentinas* (pp. 89-103). Buenos Aires: Letra Viva.
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D. y Pérez Álvarez, M. T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.
- ILO. (2010). *Drug and alcohol abuse, an important workplace issue*. Ginebra: International Labour Organization.

- INDEC. (2008). *Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina.
- Jeifetz, V. y Tajer, D. (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones: Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de Investigaciones*, 17, 317-320.
- Kameniecki, M. (2007). Consumo de drogas; ¿problema moral o sociosanitario? En M. Conocente y M. Kameniecki (Eds.), *Las adicciones: desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta: perspectivas y abordajes en instituciones públicas argentinas* (pp. 105-117). Buenos Aires: Letra Viva.
- Le Poulichet, S. (1991). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- León Sánchez, D., Camacho Delgado, R., Valencia Ortiz, M. del R. y Rodríguez-Orozco, A. R. (2008). Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Revista Cubana de Pediatría*, 80(3). Recuperado a partir de [HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ABSTRACT&PID=S0034-75312008000300004&LNG=ES&NRM=ISO&TLNG=ES](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312008000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga*. París: UNESCO.
- Ochoa Mangado, E. y Madoz Gúrpide, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 25-32.
- Poder Ejecutivo Nacional. (2015). DNU 505/2015. Decreto 84/14 - Modificación. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 33103, 3.
- Quevedo, S. (2013). *Modelo abstencionista - prohibicionista*. Buenos Aires: CENARESO / Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones / Ministerio de Salud de la Nación.
- Sinatra, E. (2010). *Todo sobre las drogas?* Buenos Aires: Grama.
- Téllez, J., Cote, M., Savogal, F., Martínez, E. y Cruz, U. (2003). Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina (Bogotá)*, 51(1), 15-24.
- Virgolini, M., Molinari, M. y Specogna, M. (2004). *Programa VIGI+A*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.