

Drogas y Atención Primaria: una reflexión

Hasta el momento actual el abordaje del consumo de drogas ilegales ha sido atendido fuera del ámbito de la Atención Primaria de Salud, derivando a los pacientes a recursos específicos especializados en el tratamiento de patología adictiva (Centros de Atención al Drogo-dependiente, Organizaciones No Gubernamentales, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria...). Desde la década de los ochenta, el paciente consumidor de drogas se ha identificado con el adicto a opiáceos por vía intravenosa. Por motivos políticos y sociales (más que sanitarios) el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes se ha llevado en su mayoría fuera de los Centros de Atención Primaria. En algunos casos por prejuicio y en otros muchos por ausencia de formación específica, el "drogadicto" es considerado como un paciente incómodo y de difícil abordaje.

Pero los patrones de consumo de drogas han sufrido cambios importantes a lo largo de las dos últimas décadas y es imprescindible el replanteamiento de esta relación. Los nuevos consumidores son con frecuencia personas socialmente normalizadas, jóvenes y sanas, que rara vez acuden a los servicios sanitarios. Frente al uso intensivo de opiáceos, que centra toda la vida del heroinómano, aparece el uso recreativo de drogas como un elemento más del tiempo de ocio. Nuevas sustancias (éxtasis, GHB, ketamina...) coexisten con otras como el cannabis, cuyas prevalencias de consumo en todas las edades (y particularmente entre los jóvenes) han experimentado incrementos notables. Frente a esta progresiva normalización social del consumo de algunas drogas entre los jóvenes, la alarma por parte de los padres es frecuente, llegando a demandar sistemas de detección de metabolitos para saber si sus hijos "se drogan".

El entorno de la Atención Primaria de Salud constituye un ámbito idóneo desde el que poder abordar muchas cuestiones relacionadas con el consumo de drogas de una forma eficiente: el abordaje integral basado en una visión biopsicosocial, la accesibilidad del sistema, el contacto con la unidad familiar, la posibilidad de trabajo interdisciplinar y de una atención continuada hacen que el Médico de Familia sea un agente ideal para la prevención, seguimiento y tratamiento de muchos

de los posibles problemas asociados al consumo. Pero la condición previa para esto es una reflexión en profundidad sobre los objetivos a conseguir y las herramientas a utilizar, así como una formación específica en esta materia, insuficientemente abordada hasta el momento en los programas de pregrado y postgrado. En este último punto es destacable la inclusión de contenidos específicos sobre drogas en el nuevo Programa Formativo de la Especialidad. Sin embargo, es deseable una mayor implicación de los profesionales de Atención Primaria en esta materia, que reviste consecuencias sanitarias y sociales importantes.

Las situaciones y posibilidades de intervención que pueden presentarse en la consulta son múltiples. El modelo de la Entrevista Motivacional constituye en el momento actual el marco teórico más adecuado desde el cual valorar los problemas relacionados con el consumo de drogas. Es necesario poner énfasis en una historia clínica detallada considerando la edad del paciente, las sustancias concretas, dosis utilizadas, vía de administración, patrón de consumo (ocasional, esporádico, habitual o compulsivo), contexto del consumo, concurrencia de patología, repercusiones sobre la vida social, laboral o escolar... Todos estos elementos permitirán valorar la necesidad de intervención y sus características. Así, una correcta anamnesis y una buena relación médico-paciente son las herramientas de trabajo más eficientes. El uso de análisis de orina con el objetivo de desenmascarar el consumo de un paciente es una práctica aún habitual que casi nunca está justificada: se trata de un método coactivo que choca con el principio de autonomía del paciente y que quiebra la relación terapéutica. Las actitudes paternalistas o moralizantes deben ser sustituidas por la mutua confianza y el respeto: en muchas ocasiones los consumidores (en particular los más jóvenes) tienen miedo de ser catalogados como "drogadictos" si son sinceros.

La prevención primaria es un capítulo importante y el Médico de Familia puede colaborar en ámbitos preventivos como la familia o la escuela a través de la vertiente comunitaria de la Especialidad. La información sobre drogas debe ser realista, objetiva y ajustada a la evidencia científica disponible, huyendo

siempre de enfoques alarmistas y exagerados. En los últimos años se ha popularizado el término "elevar la percepción del riesgo" como eufemismo de la clásica estrategia del miedo. Pero exagerar los problemas asociados a las drogas es tan contraproducente como minimizarlos, ya que lleva a desprestigiar los canales de información habitual en beneficio de otros no controlados. Demostrada por la vía de los hechos la imposibilidad de "un mundo sin drogas", retrasar la edad de contacto con las drogas institucionalizadas (el alcohol y el tabaco) parece un objetivo razonable.

Las medidas encaminadas a proteger la salud del consumidor deben de ser también consideradas como un objetivo prioritario. Su eficacia está claramente demostrada en sustancias como la heroína (programas de metadona o de intercambio de jeringuillas). Pero el consumidor de cualquier otra sustancia puede también aprender pautas de uso más seguro que reduzcan los riesgos y daños sobre su salud. Este tipo de intervención debe entenderse como una prevención específica sobre colectivos concretos y complementaria a la prevención primaria, no como opuesto a ésta. Con este tipo de mensajes el paciente no se siente juzgado y percibe la preocupación del médico por su salud, lo que contribuye a una mejor relación médico-paciente, facilitando un seguimiento continuo. Las medidas de reducción de riesgos pueden incluir desde mensajes sencillos (espaciar el consumo, no mezclar

sustancias, evitar compartir cilindros de aspiración en consumidores de sustancias por vía intranasal para disminuir el riesgo de transmisión de virus hepatotrofos...) hasta programas de análisis de pastillas y otras drogas para descartar la presencia de adulterantes. Los mensajes de reducción de riesgos también tienen importancia en el caso de drogas socialmente normalizadas como el alcohol y su estrecha relación con los accidentes de tráfico (proponiendo alternativas del tipo "si vais a salir en coche y vais a beber, es importante que el conductor se abstenga de consumir bebidas alcohólicas").

En definitiva, nos encontramos ante un campo de trabajo apasionante en el que casi todo está por hacer. Desde su creación, hace aproximadamente un año y medio, el Grupo de Intervención en Drogas de SEMFYC viene desarrollando actividades formativas en distintos foros. El pasado mes de Octubre a través de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete (SESCAM) impartimos un curso en esta ciudad sobre Abordaje del Consumo de Drogas en Atención Primaria para Médicos de Familia, del cual se realizará próximamente una segunda edición, esta vez destinada específicamente al colectivo de enfermería.

Fernando Caudevilla Gálligo

Grupo de Intervención en Drogas de la SEMFYC