

margen N° 10 - diciembre 1996

## Uso de drogas: prácticas profesionales cuestionadas

Por Diana Rossi, Graciela Touzé y Silvina Carro

Trabajadoras Sociales.

En este trabajo, nos proponemos revisar la influencia en las prácticas profesionales de la asociación del uso de drogas ilegales con enfermedad, a fin de favorecer un análisis crítico de nuestras intervenciones. Asimismo, presentamos el resultado de algunas investigaciones referidas a las prácticas de los usuarios de drogas -particularmente de cocaína- a modo de contribución a su desmitificación.

La construcción del uso de drogas como problema social encuentra fundamento en diversos procesos económicos, políticos y culturales. Muchos análisis sobre el uso de drogas han eliminado su complejidad para reducirla, naturalizarla y circunscribirla a la interpretación jurídico-penal o psiquiátrica. Las prácticas profesionales de diferentes disciplinas reproducen esos saberes lo que se expresa en estereotipos que contribuyen al desarrollo de procesos de estigmatización social de individuos y conjuntos sociales.

Resulta pertinente emplear el concepto de construcción social en los procesos de salud-enfermedad-atención, definido como "el proceso de condicionamiento recíproco entre las representaciones y las prácticas, desarrolladas tanto por los 'especialistas del campo' (curadores) -incluidos los distintos niveles de organización institucional- y los diversos conjuntos sociales. A su vez, por representación social entendemos la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar (dar sentido)" (Grinberg et al., 1993).

Diversas investigaciones han mostrado que la representación social de la enfermedad se describe como un estado que aparece bruscamente y que ha sido producido por una causa externa, que en general es de carácter social aún para la enfermedad mental. Se asocia también a la inactividad. Esta concebido como un fenómeno destructivo. Está relacionada con la pérdida del rol social, con la dependencia de otro y con la angustia (Páez et al., 1991). Para algunas personas la misma enfermedad es una manera de actividad. Este último aspecto puede relacionarse con los procesos de estigmatización social y resulta bastante claro cuando analizamos muchas de las historias de quienes se definen como "ex adictos".

Entre los estereotipos más habituales, el fetiche de las sustancias y la tentación de simplificar confunden cualquier uso de drogas con adicción y descartan las sutilezas del estilo en el uso, presentando soluciones preventivo-asistenciales que se circunscriben a la droga y no a los sujetos en los contextos donde se da el uso.

Para el caso de las sustancias ilegales esa visión reduccionista no admite diferencias en los patrones de consumo. Esto es, el consumidor -cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso- es visto como un adicto y se lo identifica con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud, también se lo señala como potencialmente peligroso y vio-

lento, con un patrón único de uso de drogas, con escasos vínculos sociales e institucionales.

El trabajo de Erickson (1993) revisa una amplia serie de estudios comunitarios de usuarios de cocaína y muestra de manera clara que aún entre los usuarios fuertemente adictos a la cocaína, no hay un patrón único de profundización continua de la exposición a riesgos diversos o de agravamiento del cuadro adictivo.

Autores alemanes contemporáneos como Scheerer y Schivelbusch, renuncian al uso de las palabras "droga", "psicoactivo" o sus semejantes a favor de la denominación de sustancias de gozo/usufructo, por tratarse aquéllas de términos muy cargados semánticamente a lo largo de siglos de embates ideológicos. Este último término parece encarnar con mucha propiedad la razón de las dificultades (o imposibilidades) de prevenir el uso de esas sustancias por ser éstas primariamente productoras de placer. Ese concepto apunta también a las complejas posibilidades de las intervenciones preventivo-asistenciales orientadas a la disociación entre la búsqueda del placer y la compulsión, o a la reducción de los riesgos de un uso no controlado por las estrategias microculturales de autopreservación.

Con respecto a la adopción de medidas preventivas por parte de los usuarios de drogas, la experiencia internacional ha mostrado que las acciones deben fundarse en un conocimiento más preciso de sus prácticas, ya que en torno al consumo de drogas se desarrollan un conjunto de acciones, reglas, valores y rituales.

Entre 1992 y 1994 el Programa de Abuso de Substancias de la OMS (WHO/PSA) en asociación con el Instituto Interregional de Investigación del Crimen y Justicia de las Naciones Unidas (UNICRI) desarrollaron el mayor estudio global sobre cocaína.

Se recolectó información de 22 ciudades en 19 países sobre cómo se usan la cocaína y otros productos de la coca, quién los usa, qué efectos tienen en los usuarios y en la comunidad, y cómo han respondido los gobiernos al problema de la cocaína. Entre los países de Sudamérica, fueron incluidos en el estudio Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú.

En dicho estudio, se señaló a modo de conclusión que no es posible describir un usuario de cocaína promedio. Se encontraron usuarios de cocaína en ambos sexos, en todas las edades desde niños a muy ancianos, casados y solteros, en amplias áreas geográficas, entre todos los grupos étnicos y en todas las clases socioeconómicas.

La información de los países participantes no demuestra una "explosión" de la cocaína en el mundo pero sí una "difusión" del uso de cocaína en la mayoría de los países.

Se halló un enorme rango de diferencias en la cantidad de droga usada, la frecuencia, duración, intensidad y las razones para el uso. No obstante, se identificaron cuatro patrones generales de uso: la inhalación de cocaína; fumar crack/pasta base; cocaína inyectable y mascado de hojas de coca.

El uso más popular en el mundo entero es la inhalación de clorhidrato de cocaína. Está vista en muchos países como una actividad de ocio vinculada con la elite social. A menudo asociada con "intelectuales" y ricos hombres de negocios. Identificada principalmente con usuarios casuales, recreacionales, de bajas dosis que toman cocaína por diversión o para obtener un efecto específico en una situación específica. No se reportan problemas significativos entre este grupo de usuarios. La inhalación de cocaína ha aumentado en la mayoría de los países participantes en el estudio en los últimos 5 años, pero parece estar estabilizándose o declinando en USA, Australia, Canadá, Holanda, España y México, aunque estaría en aumento en Brasil y Perú.

El comportamiento de fumar pasta base o crack es mucho más minoritario en los países estudiados y se observó principalmente entre los desempleados, "homeless", los pobres y otros grupos minoritarios y socialmente aislados como trabajadoras del sexo y chicos de la calle.

La pasta de coca (pasta, pasta basuca o basuco) se usa casi exclusivamente en Sudamérica aunque se la reportó también en el estudio de Corea. Se dice que involucra uso diario y a menudo se fuma en forma continua y descontrolada. Se la considera más dañina que la cocaína inhalada. El uso de pasta de coca estaría aumentando en los países andinos, en especial Ecuador.

El crack se usa extensivamente en algunas ciudades de USA. También se reporta uso en niveles bajos en muchos otros países: cerca de dos tercios de las 19 localizaciones informan uso de crack. Generalmente se fuma en pipas pero en Barcelona los usuarios se refieren a en plata o chino, que significa quemar la droga sobre una lámina de aluminio e inhalar los vapores. La imagen de los usuarios de crack y de pasta base es similar. Se cree que la droga es altamente adictiva y se la asocia con conductas violentas y delincuencia. Los usuarios de crack son comparados con los usuarios de cocaína inyectable. El uso de crack parece aumentar en Brasil y Nigeria y entre grupos tales como trabajadoras del sexo y usuarios de opiáceos en Holanda.

Aunque se informa uso inyectable de cocaína en la mayoría de los centros, sigue siendo una práctica minoritaria en la mayoría de las localizaciones fuera de USA. El clorhidrato de cocaína se inyecta como solución o en una mezcla o "cocktail" (combinada con heroína como "speedball" o con metadona). Se lo identifica con los desempleados y otros grupos de bajo status socioeconómico y poblaciones aisladas socialmente. El uso inyectable requiere especial atención debido a la diseminación de virus como el VIH, hepatitis B y C. Los usuarios de drogas por vía endovenosa están extremadamente marginalizados en la mayoría de los países y se los desprecia como "junkies". Las tasas de uso inyectable parecen relativamente estables en los países estudiados y en descenso en algunos países debido al VIH/SIDA. En Río de Janeiro y San Pablo el uso inyectable de cocaína se ha hecho común aunque parece estar produciéndose un cambio por el uso de crack.

El consumo de hojas de coca está enteramente integrado en la cultura tradicional andina. Para la mayoría de los usuarios mantiene su carácter sagrado. Sus usos principales son:

- aumento de energía para el trabajo y contra la fatiga y el frío.
- medicinal.
- sagrado, especialmente en las ofrendas a Pachamama.
- social, para mantener la cohesión y cooperación comunitaria.

El uso es muy estable, comienza en la adolescencia y no se interrumpe en toda la vida.

En todos los países participantes, los problemas de salud derivados del uso de sustancias legales, particularmente alcohol y tabaco, son mayores que los producidos por el uso de cocaína. También en muchos países, los problemas crónicos relacionados con la pobreza, el hambre, enfermedades infecciosas, guerra y conflictos sociales eclipsan cualquier problema de salud relacionado con el uso de cocaína.

En los países estudiados la mayoría de los servicios de tratamiento están pobremente coordinados, a menudo son culturalmente inapropiados e ineficaces en lograr la "rehabilitación". A diferencia de la heroína -para la cual la metadona es una respuesta reconocida y efectiva- la dependencia

de cocaína no tiene un tratamiento tipo de sustitución. La mayoría de las personas que sufren problemas relacionados con la cocaína se recuperan de ellos sin recibir ningún tratamiento formal.

Las principales características de los programas de tratamiento se analizaron según su orientación y entrenamiento de los equipos.

a) Orientación abstencionista

Los tratamientos formales tienden a lograr que los usuarios se detengan en el uso antes que a reducir el daño del uso de cocaína. Estos modelos abstencionistas son considerados inflexibles por algunos informantes clave. El tratamiento compulsivo o no voluntario es común.

b. Entrenamiento de los equipos

Virtualmente en todos los lugares se informó la falta de entrenamiento adecuado de los equipos en el tratamiento de cocaína y otras drogas. Muchos de los profesionales que tratan usuarios fueron considerados desinformados respecto del espectro del uso de cocaína y de los mejores abordajes para el tratamiento según los informantes clave. Se hallaron abusos hacia las personas en tratamiento en más del 25% de los países participantes. Los abusos incluyen explotación financiera y sexual, negligencia, agresión y abuso psicológico. Algunos centros de tratamiento se muestran entusiastas en la aplicación de drogas psiquiátricas y tranquilizantes mayores.

Muchos informantes afirman que los grupos de auto-ayuda que enfatizan una orientación religiosa alienan o contrarían a un número de beneficiarios potenciales. El rol de los no-profesionales, especialmente ex-usuarios, en tratamiento no está claro. Los programas basados en modelos o creencias religiosas están muy difundidos, aunque su eficacia a menudo no se evalúa o es examinada críticamente, por lo que resulta desconocida. El tratamiento por cocaína para prisioneros a menudo es diferente del ofrecido al resto de la comunidad. Varios países no tienen ningún tratamiento para prisioneros y donde existe, los servicios son mínimos.

Los resultados del estudio referido resultan especialmente útiles para contextos como el nuestro, en el que la política pública en el campo de las drogas ilegales ha centrado su intervención en la penalización del usuario y el tratamiento compulsivo de muchos de ellos. Esa lógica paradójica da sustento a parte de las construcciones que hacen que muchos de los trabajadores de este campo digan que "los adictos son irrecuperables", mientras continúan desarrollando un conjunto de intervenciones supuestamente orientadas a esa "recuperación" que nunca se producirá. En estos casos suele depositarse la responsabilidad en el "adicto" y su familia en lugar de cuestionar la propia práctica.

Otro estereotipo clásico relaciona el uso de drogas con descontrol sexual, lo que le agrega otra connotación desfavorable en relación con el fenómeno del VIH/SIDA. En lo que se refiere a las conductas sexuales diferenciales entre las personas que usan drogas y las que no lo hacen, un análisis de diversas investigaciones permite enunciar que "la mayoría de las explicaciones acerca de la relación entre el uso de drogas y la conducta sexual no pueden distinguir entre los efectos farmacológicos y las percepciones populares de los 'efectos' de las drogas en la conducta sexual. Los determinantes de la relación entre uso de drogas y riesgo sexual permanecen inciertos".

La población a la que suele accederse más fácilmente, y a partir de la cual se ha construido la información existente en la Argentina, es la que participa en instituciones de tratamiento del uso de drogas, en el sistema carcelario o en el ámbito hospitalario. En un estudio del organismo gubernamental francés de lucha contra el SIDA, se estima en tres años el período que precede al primer contacto de un usuario de drogas con una institución sanitaria y social -siendo las más frecuentes la guardia hospitalaria de emergencia o la prisión- y en seis años la primera consulta a un centro de tratamiento. Muchos usuarios jamás realizan este recorrido (Fournié, 1993).

Para desarrollar una tarea preventivo-asistencial es necesario oponerse a la tentación de naturalizar el fenómeno y articularlo con técnicas de intervención que simultáneamente se justifiquen y se den fundamento. Por tanto la actitud preventivo-asistencial debe atender a la complejidad y diversidad de los usos, ya que el discurso uniforme y pretendidamente seguro no sólo es inadecuado sino fuente de otros sufrimientos como alimento de los procesos de estigmatización social.

### **Bibliografía**

- Fournié, J. "La prévention du sida auprès des toxicomanes. Etude sur les modèles d'intervention mis en oeuvre par les acteurs de la prévention", Agence française de lutte contre le sida, décembre 1993.
- Goffman, E. "Estigma: la identidad deteriorada", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1963.
- Grinberg, M. et al. "Construcción social y Hegemonía: Representaciones médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico"; Programa de Antropología y Salud, Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, mimeo, 1993.
- Mesquita, F. y Bastos, F. (organizadores) "Drogas e AIDS. Estratégias de Redução de Danos". Editora Hucitec, São Paulo, 1994.
- Páez, D., San Juan, C., Romo, I. y Vergara, A.; "SIDA: imagen y prevención", Ed. Fundamentos, Madrid, 1991.
- Rhodes, Tim "Risk, intervention and change. HIV prevention and drug use", Health Education Authority, Londres, 1994.
- Rossi, D. y Touzé G. "Prevención del SIDA en consumidores de drogas" en Seminario sobre SIDA - Colección Divulgación, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 1996.
- Touzé, G. y Rossi, D. "SIDA y Drogas: ¿Abstención o reducción del daño", Fondo de Ayuda Toxicológica, Buenos Aires, julio de 1993.
- WHO/UNICRI "Cocaine project". Summary papers, Programme on substance abuse, WHO, Ginebra, 3-3-95.