Esta publicación se realiza en el marco del proyecto
"Prevención de la Infección del VIH-SIDA en Usuarios de Drogas Inyectables en el Cono Sur" (1999-2001)
llevado adelante por organismos gubernamentales y no gubernamentales de la región;
con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA).
El objetivo principal de este proyecto, es contar con datos fidedignos y un análisis exhaustivo
acerca de las actitudes y comportamientos de los usuarios de drogas inyectables (UDIs),
sus prácticas individuales y grupales que permitieran sugerencias de líneas de acción,
que reduzcan o minimicen los riesgos y los daños, en esta población en especial en relación con el VIH.
Recomendaciones que ya se están comenzando a implementar en forma piloto en la región.
El Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública
y el Programa de Investigación y Prevención del Consumo Problemático de Drogas del Área de Salud de IDES,
han ejecutado este proyecto en forma conjunta en coordinación con los organismos ejecutores
de Argentina, Chile y Paraguay.
El Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES), fundado en 1984, es una Asociación Civil sin Fines de Lucro,
integrada por cientistas sociales, médicos, técnicos y educadores, orientada a contribuir al desarrollo social
y a la promoción plena del ser humano.
El Programa de Investigación y Prevención del Consumo Problemático de Drogas del Área de Salud de IDES,
a cargo de este proyecto desarrolla:
* Intervenciones preventivas sustentadas en la teoría de aprendizaje y desarrollo
de destrezas y habilidades para gestionar riesgos.
* Se sustenta en principios éticos de solidaridad, confidencialidad,
promoción de la autonomía y el autocuidado.
* Sus intervenciones son sustentadas en diagnósticos de situación de las poblaciones objetivo.
* Realiza diferentes intervenciones:
Cursos -Talleres de Capacitación, Trabajo de Calle a Nivel Territorial, Seminarios, Foros...
Encontrarán aquí las PALABRAS DE APERTURA
que expresaron las autoridades nacionales e internacionales en la realización
del Foro-Debate "SIDA y Drogas: Investigación y Dilemas para la Construcción de una Agenda Pública",
realizado el 25 de mayo del 2001.
El Foro fue coorganizado por la Junta Nacional de Drogas,
Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública y por éste Programa del Área de Salud de IDES.
En él se presentaron los estudios e investigación que aquí publicamos,
y lo que nos resulta aún más sustantivo: abrió el debate público
respecto a la Estrategia de Reducción de Daños en nuestro país.

ONUSIDA
UNICEF · PNUD · FNUAP
UNESCO · OMS · BANCO MUNDIAL

SIDA Y DROGAS: INVESTIGACIÓN Y DILEMAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA AGENDA PÚBLICA

Sida y Drogas, Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública

Programa Nacional de SIDA
Ministerio de Salud Pública

Programa Investigación
y Prevención Consumo
Problemático de Drogas
Área de Salud del Instituto
de Investigación y Desarrollo
IDES

Capítulo III

CONSTATACIONES ANTROPOLÓGICAS EN POBLACIÓN DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

Sonnia Romero Gorski (*)

Nos proponemos en este trabajo contribuir a que se instale en la sociedad, y en las instituciones, la convicción de que el *consumo problemático* de drogas tiene un origen social y cultural: antes de ser consumidas por las personas concretas, las sustancias tienen vigencia en una sociedad y momento dado. Su uso se transmite de persona a persona, es objeto de un aprendizaje, como cualquier otro uso o comportamiento.

Este punto de partida permitiría una apertura efectiva hacia tratamientos más integrales del tema.

La hegemonía de las ciencias médicas en la materia se explica en parte por la asociación de sustancias y prácticas adictivas, con diferentes y graves trastornos de la salud física y mental de las personas. Pero es indudable que el mundo de relaciones, de problemáticas y de significados que preceden, acompañan y resultan de los consumos adictivos, no se circunscriben al campo de la salud estricto sensu a pesar de que pueden traducirse en enfermedades y hasta en causal de muerte, (estamos hablando de contagios de VIH, hepatitis C, de descompensaciones psíquicas, de accidentes por sobredosis y/o de suicidio).

(*) Antropóloga, Doctora en Etnología. Asesora de la Investigación Cualitativa con UDIs, ejecutada por IDES.

CONDICIONES SOCIALES PARA LAS ADICCIONES

En el mundo contemporáneo se atribuye generalmente a las drogas un valor social negativo aunque se ha expandido su uso y diversificado la transformación y producción de sustancias psicoactivas, de drogas químicas.

Las personas que consumen asiduamente drogas, principalmente habitantes de los centros urbanos, adoptan nuevos sistemas de vida, de relaciones sociales, de actividades económicas y de relacionamiento con el propio cuerpo.

Este es un marco general de realidad expansiva del fenómeno que podemos mantener para el caso uruguayo; aunque aquí no encontremos partes de la población socialmente y culturalmente "encerrada" en guetos (ver estudios en USA, L. Wacquant, 1993; Ph. Bourgeois, 1998), si podemos decir que aquí hay lugares sociales, barrios en la ciudad, círculos etarios, por actividad, así como situaciones familiares que conforman coyunturas favorables al consumo y circulación de drogas. Estos aspectos aparecen en forma recurrente en la población de consumidores y/o adictos, de forma tal que es posible establecer "perfiles situacionales" tanto a partir de los relatos de adictos o ex adictos (S. Romero, 1999, 2000) así como de datos recogidos en estudios epidemiológicos (Bustelo, 1997; JND, Programa FAS, 1999, otros).

En Uruguay el modelo cultural vigente habilita más a los varones y más tempranamente, a fumar y consumir bebidas alcohólicas así como a frecuentar lugares públicos; los varones constituyen en sí un grupo de mayor riesgo y de hecho están mucho más representados en el grupo de consumidores de drogas, realidad que se refleja en todos los estudios epidemiológicos realizados en el país, así como en la composición del grupo de informantes contactados, en este proyecto (coordinado por M. L. Osimani, IDES 2000).

De todas formas dicho modelo es permeable a cambios estructurales y de hábitos registrándose una tendencia a la uniformización de comportamientos "acompañando el reconocimiento de la igualdad de

derechos para ambos sexos y el acceso masivo de las mujeres al mercado de trabajo. Aunque aún son los varones los que presentan índices más altos de consumo de alcohol (y de droga) es de suponer que progresivamente las mujeres vayan aumentando su participación en el consumo de drogas. Ya son grandes fumadoras y consumidoras de medicamentos y tranquilizantes, (ver Bustelo, Montevideo, 1997"- S. Romero, 2000).

LOS TESTIMONIOS: un estilo de vida

Tanto varones como mujeres representan la tendencia de localización principalmente urbana de las conductas adictivas, así como registran evidencias de profunda desestabilización personal y familiar.

Estos jóvenes, (se trata en su mayoría de personas que tienen menos de 29 años) han tenido o tienen particular protagonismo en experiencias de vida tempranamente autónomas durante las cuales adhirieron a comportamientos y/o consumos específicos.

La vida fuera de la casa, fuera de la familia de origen comienza para muchos de ellos tempranamente, hacia los 14 años. El alejamiento incluye a veces un traslado fuera de la ciudad o del país: "...me fui a vivir con uno que ya se picaba, vivimos en Lagomar, después en Solymar"; "...discutí con mi madre y me fui, después estuve dos días acá en la plaza de la Bandera y después me fui para Brasil, arranqué con unos pibes para Brasil"; "me fui, siempre hice la mía"; "vivíamos en una casa, formamos una banda muy cerrada, cuatro mujeres y ocho varones, nos adueñamos del barrio, estuvimos como dos o tres años. No nos cabía nada, éramos los que mandábamos en el barrio, los pinchetos".

En los testimonios vemos un estilo particular de vida en el que se establece un "parentesco" por elección, formando hermandades o fratrías con las que se convive, y con las que se organizan formas legales o ilegales de solventar la actividad común: el consumo de sustancias psicotrópicas.

El alejamiento con respecto a la familia puede también alcanzar al propio círculo de amigos o compañeros, ya que no sólo perturban al adicto/a las

diferencias generacionales en torno a cuestiones cotidianas, sino que se instalan diferencias culturales profundas: entre el mundo de los consumidores y de los no consumidores hay diferencias de comportamientos, de prioridades, de valores, de lenguaje y hasta del uso del tiempo.

El consumo comienza por ser parte de actividades recreativas y puede hasta programarse para que no interfiera con otras ocupaciones. Así la práctica de "emparrillarse" los fines de semana da cuenta de esa posibilidad de distribución del tiempo; significa también disponer de un lugar físico apropiado, libre de interferencias, y donde se pueden colocar literalmente sobre la mesa toda una gama de sustancias, cocaína para inhalar y para inyectarse, marihuana, ácido, anfetaminas, morfina entre otros y mucho "whisky y mate, no comemos, con eso nos basta".

Estos dos factores, de espacio y de tiempo, constituyen claves para un trabajo sobre posibilidades de reducción del daño: se constata que el consumo, incluso de droga inyectable puede diferirse y/o programarse, a condición de contar con un lugar apropiado.

Desconectarse de todo para "alucinar", puede ser expresado explícitamente, para experimentar sensaciones fuera de la normalidad cotidiana, "en general yo creo que todas las drogas que me he metido, siempre ha sido con ese afán, ¿no?, de ver las cosas desde otro ángulo, vos decís, vamos a probar para ver, ¿no?".

En esta búsqueda los jóvenes de diferentes sectores sociales parecieran participar de una confrontación generacional, como una forma de auto afirmación en un estilo de vida propio objetivamente observable en el espacio público, "en los barrios se junta la gente en las esquinas, se fuma porro, se toma vino, viste que no hay espacios así para la gente joven, para los adolescentes cuando están saliendo, cuando vos estás en el liceo, viste que hay una etapa que adentro de la casa no podés estar, o sea, no podés estar mucho porque entrás a quemarte frente a los mayores"; "en general se pica más la clase media que los delincuentes, se pican también, pero la guita está en Pocitos y los que no, roban. Acá en el Barrio Sur y todo eso, o transan o

roban, ¿porque de dónde sacan la guita?"; "... sos de la castita más loca y más drogo, ¿no?, en mi barrio, de mi generación muy pocos quedaron afuera de esa práctica, por lo menos de haber probado alguna vez (inyectarse)"; "me empezó a importar (los riesgos) después que se empezaron a morir. De los doce que éramos quedamos unos pocos"; "...a la mujer la vi siempre más zarpada, más seria en el tema: la que toma, toma de verdad, la que se inyecta es la que más se preocupa para que salgan temprano las cosas"; "... éramos un grupo de amigos. Muchos tienen el prejuicio de que las personas que consumen, sobre todo inyectables, son más bien de clase baja... uno de mis amigos el padre es escribano, el otro era médico cardiólogo, el otro era hijo de una mamá de barrio pero un fanático de la química y se conocía todas las fórmulas de todos los remedios, qué pegaban, cómo pegaban. Un poco empezamos a jugar entre todos, jugábamos a volar".

ACTUALIZACIÓN SOBRE LA FAMILIA

La población uruguaya mayoritariamente vive en ciudades y se caracteriza por una amplia integración de las mujeres al mercado de trabajo; asimismo predomina el tipo de familia conyugal, neolocal, al mismo tiempo que aumenta la representación de los hogares monoparentales en los que el grupo madre/hijos es el más frecuente. Todos estos aspectos traen aparejados cambios culturales, entre los cuales se destaca la redefinición del lugar de niños y jóvenes dentro de la familia, dentro de la casa.

En particular en los hogares montevideanos, la rutina doméstica está llena de momentos de soledad cotidiana para los niños, adolescentes y jóvenes un rato, incluso horas. Esta modalidad no es exclusiva de un sector social carenciado, sino que por el contrario es la más difundida en los diferentes sectores sociales. (con la salvedad de que es posible encontrar aún en los dos extremos opuestos de la estructura social mayor presencia de personas en la casa).

Es importante asumir como un dato que surge del propio sistema social, y de los modelos culturales imperantes por lo menos desde hace dos décadas, que la gran mayoría de los jóvenes debe enfrentar un cierto tipo de soledad o de auto-gestión de su vida cotidiana.

Antropológicamente podríamos decir que en nuestra sociedad los cambios (en la organización de la vida, distribución de roles, de espacios, entre otros) han sido más rápidos que la capacidad de las personas y/o de las instituciones para crear recursos alternativos. En este sentido las clases pre-escolares, escuelas y liceos de horario completo y cantinas escolares, entre otros, constituyen lugares sustitutos de socialización y contención afectiva. Pero estas alternativas, no están generalizadas en Uruguay y no cubren el espectro de situaciones o descompensaciones que afectan a las personas, jóvenes y adultos.

EN CUANTO A LAS RELACIONES INTERGENERACIONALES

La distancia que hay entre el mundo de los jóvenes y de los adultos, sobretodo en el período incierto de la adolescencia, es algo que puede "leerse" en muchos indicadores objetivos, entre ellos, en la expansión de los consumos adictivos. En ese sentido son elocuentes los recuerdos, los testimonios de escenas de vida cotidiana de los que dan cuenta los informantes. Testimonian de una distracción, o no-mirada (en el sentido que no está preparada como para ver detalles) de una generación hacia la otra.

Incluso cuando se produce el consumo problemático de drogas que llega al límite del nivel de tolerancia psíquica y física no parece ser advertido por los padres; así un joven que ya había pasado incluso detenciones, por períodos de vida fuera de la casa, con desarreglos comportamentales evidentes y que decide internarse para hacerse una cura, "tiene" que decirle al padre que es un adicto, hablarle sinceramente sobre lo que significa ser un adicto. El padre se mostrará sorprendido, ofendido, le retira hasta el saludo. La madre lo apoyará y... se desata el conflicto conyugal.

O en otras versiones, "... mis viejos siempre me quisieron ayudar, ellos sabían que yo consumía, mi viejo para no enfrentarse conmigo no me decía nada, apenas me saludaba y mi vieja por taparme a mí, para que mi viejo no se pusiera mal, era la que me bancaba, la que me daba la plata..."; "Creo que nunca se enteraron del consumo intravenoso o no se quisieron enterar, pero nunca se habló de forma explícita, nunca se habló directamente"; "...en mi casa no se daban cuenta de nada, me sentaba a la mesa a comer con ellos, destruida, desfigurada, comía como una bestia, hasta leche tomaba, y ellos nada".

Estas historias son reiteradas y previsibles como guiones de películas ya vistas. Aunque también hay casos de un dramatismo agudo, "mi padre falleció cuando yo tenía 9 años, un paro súbito... y después mi madre falleció cuando yo tenía 15 años recién cumplidos (...). Esas son grandes frustraciones también. Ahí es como hice un plop, dije, ahora nadie me gobierna, nadie me manda, voy a descubrir el universo..."

En el plano de los valores de auto-control o de contención comportamental, resulta poco realista atribuir indiscriminadamente a los adultos, a la familia, un rol positivo en la transmisión. Si bien no fue el centro de las preguntas, puede concluirse del total de los relatos sobre una imagen poco valorizada de la/las familias. No hay figuras fuertes de referencia, no hay en general momentos que se vivan con placer dentro de la casa o en el entorno familiar. Los sentimientos mencionados son más bien de malestar, de angustias. A los efectos de lo que estamos demostrando es muy significativo que se mencione la posibilidad de "hacer la mía" como algo muy positivo. Es una meta excluyente de la familia o de los que viven en la misma casa.

Hay que considerar que la discordancia entre el comportamiento emic de los adultos y los valores etic que proponen difundir, produce una reacción de rechazo o rebeldía por parte de los jóvenes, que se muestran sensibles respecto de la coherencia de los mensajes que se les dirige. Este aspecto es importante en relación con la función educativa que directa o indirectamente cumple la familia.

Asimismo las ausencias, (por separación, fallecimiento o abandono), los conflictos con padrastros y/o madrastras, conforman factores de riesgo, fácilmente detectable en las historias personales de los adictos. En términos de prácticas sociales estos testimonios muestran signos alarmantes de fracturas en cuanto a tenencia, educación y monitoreo de los jóvenes, aspectos ya señalados en estudios anteriores, (S. Romero, 1999; 2000).

Un patrón común

En síntesis podemos retener un patrón similar para el entorno familiar: éste se caracteriza por la carencia de condiciones para asegurar un lugar de pertenencia material y simbólico, una "casa" donde recibir cuidados estructurantes, atención afectiva estable y efectiva. Es decir que el entorno familiar es recurrentemente problemático.

La fijación de afectos es buscada y, parece suceder, fuera de ese ámbito.

Retorno a casa

Cuando se refieren a una recuperación o control posible de su adicción, todos sin excepción, varones y mujeres, mencionaron el proceso de alejamiento y descomposición de las relaciones, de los afectos, constatando que durante su período de dedicación al consumo (o adicción) "perdieron todo". Bajo las presiones del consumo (una vez instalado como hábito) y las necesidades económicas que se generan, no pueden seguirse manteniendo comportamientos éticos o lealtades firmes ni con padres, parejas y/o hijos). El proyecto de abandonar el consumo adictivo viene invariablemente acompañado de una notable revalorización de las relaciones y afectos primarios.

Recién podemos registrar (en los testimonios) afectos reconocidos expresamente como tales en las relaciones entre pares, es decir entre "hermanos" o compañeros de vida y luego con los niños, principalmente con los hijos. Estos parecen ser los que mejor captan la atención y los

sentimientos positivos, "ahora me levanto a las siete, la levanto a ella, la visto para que vaya a la escuela, la llevo a la escuela, cosas que antes no me interesaban, ¿no?"; "... no se pueden dejar tiradas (las jeringas), ¿qué hacés después que un niño se pinchó con una jeringa? Te tenés que matar".

"... un día tenía 40 gramos y se puso a tomarlos. (Cuenta la historia de una amiga de unos 27/28 años que perdió dos hijos por el VIH y tienen tres ahora). Pasó tres días conectada y le quedaba para seguir consumiendo. Dice que en un momento entró al cuarto y el nenito de ella de cinco años, estaba con la aguja pinchándose. Dice que fue algo que parecía fantasmal, tiró la jeringa y quería salir a la calle y estaba paranoica total... así como estaba lo llevó al Pereyra que le hicieran algo, la vieron en ese estado y llamaron enseguida un psiquiatra para que la apoyara en ese momento. (...) dejó de consumir hace tres años, si sabe que yo consumo me mata".

Como expresamos en trabajos anteriores (S. Romero, 1999; 2000), la familia forma parte de lo que podríamos llamar condiciones objetivas del contexto en el que surgen los consumos adictivos como prácticas sociales y las personas adictas en particular. Hay que seguir jerarquizando la familia (independientemente de cómo esté compuesta) como un lugar referencial más inmediato y más significativo para sus integrantes. En términos antropológicos la importancia de esa función está en que, -para bien o para mal – 'la enculturación es una experiencia de aprendizaje parcialmente conciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce u obliga a la generación más joven a doptar los modos de pensar y comportarse'..., (M. Harris, 1985), S. Romero 1999: 147".

La baja incidencia del monitoreo parental,(ver Bustelo 1997 en Romero, 2000) es un factor de riesgo que se constata en el universo analizado (IDES, 2000). Esto quiere decir que no estamos ante hechos aislados, sino ante la evidencia de que se trata de prácticas sociales establecidas.

Otro tipo de datos que aparecen recurrentemente en las historias, plantean la dificultad de los jóvenes para establecer relaciones afectivas y para asumir

roles parentales para los cuales no se tienen referentes firmes en la propia experiencia.

EL APRENDIZAJE Y PERCEPCIÓN DE RIESGOS

En este universo se confirma también que el consumo de sustancias psicotrópicas pasa por el momento indispensable del aprendizaje (social) del consumo.

Se pudo establecer claramente que cualquier tipo de consumo (alcohol, pegamento, drogas, drogas químicas, inyectables) siempre implica la existencia de otros, tanto en las motivaciones como en la instrumentación del consumo.

Puede observarse una percepción de los riesgos que significa el consumo de drogas inyectables (referencias a jeringas descartables, uso de preservativos), pero hay así mismo testimonios claros sobre la dificultad de mantener el cuidado cuando se consume en grupo. Los temores no necesariamente refieren al peligro del contagio sino temor ante reacciones violentas de los demás, temor por reacciones propias y sobretodo hay deseo de evitar la exposición una vez pasado el momento del "flash".

Es decir que una vez que se aprende y que se adopta el consumo de drogas inyectables se puede optar por la mayor seguridad de un consumo solitario. Y esta en realidad puede ser una medida de reducción del daño de más amplio espectro.

Está bien representado en este universo el apoyo logístico que brinda el territorio al que se pertenece, "el barrio" es una referencia significativa y recurrente. La pertenencia a grupos etarios y/o territoriales tiene que acompañarse con la determinación de soportar las consecuencias, sobre todo cuando se plantea el uso de sustancias inyectables. En ese estadio se registran conductas netamente suicidas: no hay desconocimiento sobre la relación de riesgo entre el uso compartido de jeringas y el contagio de VIH/SIDA, u otras enfermedades infecciosas. No siempre se toman precauciones con

jeringas, con uso de preservativos. Por difícil que sea admitirlo, hay que reconocer que en los discursos aparece la posibilidad de contraer enfermedades, incluso el SIDA, como una fatalidad que no se elude: como dice un testimonio, "... sabía que él tenía el virus, pero no me importó, me inyecté lo mismo. El es mi hermano, somos como hermanos".

Algunos de los relatos refieren a otros riesgos que se asumen como parte de las exigencias de la nueva vida: estrategias poco éticas y/o ilegales de conseguir dinero, vida sexual compartida entre varios partenaires sexuales, la bisexualidad activa, entre otros. El fenómeno de la vida en bandas, está representado en este universo y es una realidad social y cultural que necesita una aproximación más específica porque define estrategias económicas, comportamentales, sexuales, propias de subculturas dentro de la sociedad global. El reconocimiento técnico de esta particularidad, junto con el reconocimiento de las condiciones sociales de producción del fenómeno, es condición indispensable para el diseño de campañas o estrategias de prevención, de reducción del daño.

Fuera de esa realidad específica, hay cambios irreversibles que afectan a todos los sectores sociales y es importante enfrentarlos con nuevos y adaptados parámetros.

ANEXO, observaciones

Si bien señalamos como una medida de reducción del daño el consumo en privado, y si es posible en solitario, no parecería aplicable aquí la propuesta hecha en algunos países del UE, (Drugnet Europe, mars-avril, 2001). Las "salas de inyección" donde idealmente se evitarían / controlarían los mayores riesgos incurridos por los que se inyectan en grupo, no son compatibles con la visibilidad social que hay en ciudades chicas o de rango medio.

La práctica inevitable de la compra en farmacias de jeringas descartables debería ser estratégicamente aprovechada, por ejemplo dar a leer material (información/prevención) antes de entrega de jeringas. El objetivo no sería tanto la difusión de información (de la cual no carecen los UDIs), sino la aceptación social e individual, del consumo de inyectables. La existencia social sería un campo de reducción y/o disuasión del consumo.

BIBLIOGRAFIA

Bourgeois, P., *"In serch of respect. Selling crack in El Barrio"*. UCLA, California Press.

Drugnet, 2000, 2001, números 26 y 28. Lettre d'Information Bimestrielle de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies.

Harris, M., 1985. *"Parentesco, Residencia y Filiación en Introducción a la Antropología"*, Manual. Ed. Alianza Universidad, Madrid.

Informe JND/OPP/FAS/PNUD *Registro de Casos: "Resultados de la vigilancia epidemiológica, en puntos claves del país, sobre uso de drogas ilícitas"*, Montevideo (Hospital Maciel), Interior (Artigas, Rivera y Maldonado), 1995, 1997.

Romero Gorski, S., *"Perfil Socio-Cultural y Motivaciones para el Consumo de Drogas"*. En: Observatorio Uruguayo de drogas. Junta Nacional de Drogas, Programa FAS-Salud/OPP/BID. Uruguay, 1999.

Romero Gorski, S., *"Actas del 3er. Congreso Chileno de Antropología"*. Ed. En Santiago de Chile, 2000.

Wacquant, L., *"De América como utopía al revés"*. En: La Misère du Monde, P. Bourdieu, Ed. du Seuil, Paris.