

DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador

© Ediciones UCSH

Primera Edición, noviembre 2008.

Ediciones UCSH

General Jofré 462, Santiago

Fono: 56-2-4601144

Fax: 56-2-6345508

e-mail: publicaciones@ucsh.cl

www.ucsh.cl / www.edicionesucsh.cl / www.universilibros.cl

Registro de Propiedad Intelectual N° 173.874

ISBN: 978-956-7947-76-8

Diseño y Diagramación: Fabiola Hurtado Céspedes

Impreso en LOM ediciones

Ninguna parte de esta publicación, incluyendo el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopia sin autorización previa del editor.

DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Estado del arte en estudios de
toxicomanía en Argentina, Brasil,
Colombia, Chile y Ecuador

JORGE BAEZA CORREA (Editor)

2008
FEDERACIÓN INTERNACIONAL
DE UNIVERSIDADES CATÓLICAS (FIUC)
Centro Coordinador de la Investigación

Los contenidos de esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen a sus instituciones académicas y/o a la Federación Internacional de Universidades Católicas.

El presente texto fue editado por Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez, la que sólo actuó como editor. Santiago de Chile, en el mes de noviembre de 2008.

ESTADOS DEL ARTE SOBRE USO/ABUSO DE DROGAS EN AMERICA LATINA:
Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES CATÓLICAS (FIUC)
21 rue d'Assas 75270 París, Cedex 06 Francia www.fiuc.org

Secretario General de la FIUC
Director Centro Coordinador de la Investigación (CCI- FIUC)
Prof. Mons. Guy-Réal Thivierge

Coordinador Científico
Sociólogo Pedro Nel Medina Varón
Secretario General Adjunto de la FIUC

Indice

Presentación	9
Introducción	11
1. La finalidad de un Estado del Arte. Su rol heurístico	12
2. La especificidad de los Estados del Arte que se presentan	15
ESTADOS DEL ARTE	
Abuso de drogas y su prevención en Brasil	19
1. La historia de la droga y su uso /abuso	20
2. La historia resumida de la prevención del uso abusivo de drogas en Brasil	25
2.1. De los problemas comunicacionales	26
2.2. Problemas de planificación	31
2.3. Problemas educacionales	34
2.4. Problemas científicos	40
2.5. Problemas de las políticas	43
3. Conclusión	47
4. Bibliografía	47
Estado del arte sobre los modelos conceptuales del uso/abuso de drogas en uso en Ecuador	51
1. El Modelo Jurídico – Punitivo	53
2. El Modelo médico hegemónico	57
2.1. Las herramientas (metodologías y técnicas) del modelo médico hegemónico para la aproximación al tema del uso/abuso de drogas	60

2.2. Los sistema de información sobre uso/abuso de drogas en el Ecuador	62
3. El Modelo Psicosocial	64
3.1. La edad de la exploración de identidades	66
3.2. La edad de la inestabilidad	68
3.3. La edad de la autosuficiencia	68
3.4. La edad de los sentimientos encontrados (the age of feeling in-between)	70
3.5. La edad de las posibilidades	71
4. El modelo sociocultural	72
5. Bibliografía	75

Consumo de drogas en Argentina 1994-2004 79

1. Construcción social del problema drogas	80
1.1. Las políticas sobre drogas	81
1.2. Los dispositivos de intervención	82
2. Contexto político-social del uso de drogas	84
2.1. Las condiciones del contexto: los efectos de la crisis	85
2.2. El sistema de salud y la oferta asistencial en materia de drogas	86
2.3. La legislación sobre drogas	88
3. Tasas y tendencias del uso de drogas en Argentina	90
3.1. Consumo de cocaína	93
3.2. Consumo de cannabis	95
3.3. Consumo de Alcohol	96
3.4. Consumo de medicamentos no prescriptos	98
4. Problemas de salud asociados al uso de drogas	99
5. Dispositivos de intervención en drogas y demanda de atención	101
6. Consideraciones finales	104
7. Bibliografía	105

Estado del Arte de Estudios en Colombia sobre uso/abuso de drogas en jóvenes 111

1. Los problemas de investigación o la indagación por el objeto	112
1.1. Problemas que enfatizan en las relaciones causales	112
1.2. La conducta de consumo como problema de investigación	113
1.3. La cognición como objeto de interrogación	115

1.4. La interrogación por lo procesos subjetivos	115
1.5. La pregunta por los contextos	116
1.6. La relación como supuesto de la existencia de problemas	117
2. Las metodologías de las investigaciones consultadas	117
2.1. Enfoque metodológico interpretativo	117
2.2. Enfoque metodológico empírico analítico	120
2.3. Enfoque metodológico mixto	123
3. Resultados de las investigaciones	124
3.1. Qué se conoce de las dimensiones subjetivas	124
3.2. Aspectos clínicos	129
3.3. Situaciones asociadas con el consumo	132
3.4. Hallazgos epidemiológicos	133
3.5. Recomendaciones para investigaciones futuras	135
4. Las concepciones de sujeto: ¿a quién se refieren los estudios?	135
5. El modo de entendimiento del objeto de consumo	139
5.1. Qué hay detrás del concepto	141
5.2. La relación entre sujeto y el objeto de consumo: una relación peligrosa	144
6. Variables de los estudios epidemiológicos	146
7. Conclusiones	147
8. Bibliografía	151

Jóvenes y uso/abuso de drogas en el caso de Chile.

Estudios 1994 - 2006	165
1. Datos cuantitativos de la realidad chilena en la materia	166
2. Estudios cualitativos en la realidad chilena	170
2.1. El discurso “sobre” y “de” la droga	171
2.2. El discurso de la droga: el discurso de quienes la consumen	174
2.3. Diferentes consumos diferentes discursos	179
2.3.1. El consumo de cigarro: un riesgo asumido como manifestación de autonomía	
2.3.2. El consumo de alcohol: un discurso y una práctica diferenciada por sexo	
2.3.3. Consumidores de marihuana: la existencia de un discurso legitimador	
2.3.4. Consumidores de Pasta Base de Cocaína: El silencio de los angustiados	
2.3.5. El consumo de éxtasis: una droga de moda	
3. A modo de cierre	202
4. Bibliografía	203

ALGUNOS PUNTOS EN COMÚN EN LOS ESTADOS DEL
ARTE DE LOS DIFERENTES PAÍSES 209

- A. Las fuentes de información 209
- B. Perspectivas para abordar la temática de estudio 210
- C. Con relación a aspectos conceptuales y uso del
conocimiento acumulado universal 211
- D. Opciones teóricas para la comprensión del uso/abuso
de drogas 213
- E. Opciones metodológicas utilizadas en estudios de
uso/abuso de drogas 215
- F. Exigencias teóricas y metodológicas para avanzar,
desde lo acumulado 219

Presentación

La presente obra se ubica en el marco del Proyecto de Investigación: **Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales 2004-2007**, el cual es coordinado por el Centro Coordinador de la Investigación de la Federación Internacional de Universidades Católicas e involucra a un total de diez instituciones académicas:

América Latina

Brasil	Universidade Santa Ursula
Colombia	Universidad de San Buenaventura
Argentina	Intercambios Asociación Civil
Ecuador	Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Chile	Universidad Católica Silva Henríquez

Asia y Oriente Medio

Indonesia	Atma Jaya Catholic University
Tailandia	Assumption University
India	Stella Maris College
Filipinas	University of Santo Tomas
Libano	Université Saint-Joseph

La finalidad de este proyecto es la realización de diferentes estudios locales en materia de toxicomanía, con el fin de reforzar y consolidar una red de estudios sobre el fenómeno entre los países participantes.

Son objetivos de este programa de investigación:

1. Realizar estudios sobre el consumo de drogas y difundir los resultados en las comunidades elegidas.
2. Identificar las necesidades, problemas y oportunidades que presenta cada caso con el objetivo de mejorar la oferta de servicios.
3. Evaluar los recursos y medios de acción local, existentes o potenciales, sobre el tema.
4. Identificar las prioridades y formular las estrategias de acción apropiadas.

El Centro Coordinador de la Investigación es un servicio de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC), institución que reúne a más de doscientas universidades católicas del mundo entero, en un afán de progreso intelectual, humano y social. En base a este ideal, el Centro tiene por misión promover la investigación interuniversitaria y pluridisciplinar en el marco de la cooperación internacional. Atento a las problemáticas, intereses y expectativas de las universidades católicas y de sus respectivos ámbitos de acción, el Centro ofrece un espacio de encuentro, de debate, de producción y de difusión de conocimientos, con el fin de cuestionar permanentemente los desafíos del desarrollo humano, científico y social.

La Federación Internacional de Universidades Católicas, al igual que el Centro Coordinador de la Investigación, consideran que las toxicomanías constituyen uno de los mayores desafíos de nuestra sociedad contemporánea. Es por ello que el Centro cuenta con una larga tradición de cooperación en este campo de investigación y que la toxicomanía continúa siendo aún hoy en día uno de sus ejes temáticos prioritarios.

El proyecto titulado *Universidad y Uso/Abuso de drogas. Estudios locales (2004-2007)*, promovido y coordinado por el Centro, se inscribe precisamente en esta línea de investigación y ha dado fruto al presente “Estado del Arte”, en cuya redacción han colaborado las cinco universidades latinoamericanas participantes en la investigación. El “Estado del Arte” resultante consiste, específicamente, en una publicación conjunta que reúne, de manera sistemática, parte de la literatura más reciente y significativa existente sobre la problemática en los países correspondientes. Esta obra pretende, por lo tanto, proporcionar elementos del conocimiento que permitan a actores civiles y sociales poner en funcionamiento estrategias de intervención adaptadas a las comunidades en cuestión.

Los resultados científicos alcanzados al término de los tres años de duración del proyecto serán objeto de una publicación posterior.

Introducción

Una adecuada forma de ingresar al tema, cuando se reúnen equipos de investigadores de distintos países, como es este caso, es realizar un Estado del Arte. Es la posibilidad de compartir desde qué realidad se habla, pero también es un buen instrumento para el propio equipo de investigadores, ya que permite establecer la línea de base desde la cual se inicia su trabajo.

La presente obra nace del acuerdo de los equipos de investigadores de América Latina del Programa de Investigación: *Universidad y uso/abuso de drogas. estudios locales, 2004-2007*, el cual es coordinado por el Centro Coordinador de la Investigaciones de la Federación Internacional de Universidades Católicas e involucra a cinco instituciones académicas de la región: Centro de Estudios de Drogas, CEDUSO, de la Universidad de Santa Úrsula (Río de Janeiro, Brasil); Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente, CIAF, de la Universidad San Buenaventura (Medellín, de Colombia); Intercambios Asociación Civil (Buenos Aires, Argentina); la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Quito, Ecuador) y al Centro de Estudios en Juventud, CEJU, de la Universidad Católica Silva Henríquez (Santiago, Chile).

El acuerdo adoptado en esa oportunidad se centró en la realización de un Estado del Arte con las siguientes delimitaciones:

- Reunir estudios sobre uso/abuso de drogas en el propio país.
- Publicaciones no superiores al año 1995 (últimos 10 años).
- De preferencia referidas a población joven, edad 15 a 29 años. Colocar especial atención a cuatro ejes temáticos: (a) cómo se concibe la droga, imagen conceptual y empírica; (b) cuáles son los comportamientos y prácticas de quienes las utilizan y su patrón de uso; (c) datos epidemiológicos existen en el país sobre la materia y (d) metodologías en uso en el país para hacer estudios sobre la materia.

1. La finalidad de un Estado del Arte. Su rol heurístico

El presente estudio corresponde a lo que se denomina **Investigación Documental**. La Investigación Documental se refiere al hecho de que el investigador adquiere la información por medio de documentos ya existentes, sean: libros, periódicos, revistas, estadísticas, tesis, investigaciones publicadas, etc., incluido en ello, textos impresos como en medios electrónicos. En este tipo de estudio, junto con la importante labor de ordenar y analizar la información ya existente, la investigación no se limita a un trabajo descriptivo, sino que avanza a sistematizaciones y articulaciones entre el material recogido, que posibilitan nuevos conocimientos.

En este caso en particular, este estudio, que se inscribe en el contexto general de la Investigación Documental, corresponde a lo llamado **Estado del Arte**. Tipo de investigación que tiene por objeto, identificar, recuperar, reunir y organizar una vasta información, sobre un determinado tema¹. Como Estado del Arte, corresponde también a una de las modalidades de “Investigación de la Investigación”, dado que busca sistematizar los trabajos realizados dentro de un área, llama la atención sobre los cambios más importantes, los enfoques y métodos presentes, destaca las relevancias, redundancias y vacíos dentro de tema considerado.

Por lo tanto, un Estado del Arte:

- Identifica el conocimiento acumulado en el tema de estudio.
- Profundiza, precisa y afina conceptos, tesis y argumentos existentes en este campo.
- Sintetiza y explica los conocimientos existentes en la materia. Amplia y desarrolla los conocimientos que se tienen acerca del tema.

Este estudio, como Estado del Arte, hace una lectura de los resultados alcanzados en la materia, y genera nuevos conocimientos fundamentados en los ya existentes. Se puede decir, al respecto, que hace hablar

¹ Véase, DE LA TORRE VILLAR, Ernesto et al. Metodología de la Investigación. Bibliográfica, Archivística y Documental. Editorial McGraw-Hill Interamericana S.A., México, 1998 y CÁZARES HERNÁNDEZ, Laura et al. Técnicas actuales de Investigación Documental. Editorial: Trillas. México, 1987. Segunda edición.

al conocimiento previo. Refleja la elaboración existente en el campo objeto de estudio, dentro de un marco específico de tiempo, permitiendo la conceptualización y generación de nuevos conocimientos.

En este estudio en particular, se ha optado por la realización de un Estado del Arte, que junto a la realización de a) un directorio o listado de lo que se tiene en relación con el tema, b) implica un análisis interpretativo del tema en cuestión. Por lo tanto, el tipo de Estado del Arte que se realiza implica un estudio analítico e interpretativo de la documentación existente.

La realización de este Estado del Arte, como investigación documental, supone una secuencia de operaciones² que conducen racionalmente a la obtención de información necesaria para generar un conocimiento nuevo, propio, derivado del uso creativo de la información:

- Se parte de un ámbito temático que se selecciona por su vital importancia.
- Se plantean preguntas de investigación que especifican necesidades de información, delimitadas en amplitud, profundidad y temporalidad.
- Se define un campo de relaciones del tema principal (temas más generales, subtemas, temas relacionados, términos sinónimos).
- Se identifican fuentes de información que probablemente pueden dar respuesta a las necesidades planteadas.
- Se buscan y recuperan los documentos existentes y se seleccionan los más relevantes.
- Se realiza la documentación, análisis e integración de la información recuperada y se elabora un trabajo propio que constituye una producción de conocimiento derivado de la investigación documental.
- El trabajo final se comunica.

El Estado del Arte no es sólo el conocimiento producido o el conocimiento de punta. Se trata, más bien, de un proceso investigativo de carácter teleológico que pretende sistematizar críticamente el conocimiento circulado acerca de un tema y que tiene como rasgos principales:

² Aquí se sigue lo expresado en: <http://www.gdl.iteso.mx/biblio/formacion/opbasic.htm>

a) **Fundamentado.** Es decir, tiene como base, se fundamenta, en un muy alto nivel en la materialidad del conocimiento circulado, expresado a través de múltiples actores y canales, y que incluye tanto el saber especializado, científico, como el común. Teniendo presente en ello, que el conocimiento circulado supone una restricción respecto al producido, pues no todo lo que se produce circula. Por lo tanto, está la posibilidad de dejar de lado otras formas de materialización del conocimiento.

En este ámbito, es importante definir el nivel de especialización o científicidad a tener en cuenta para la selección de las fuentes, para luego intentar un proceso sistemático de análisis de dichas fuentes, lo que implica que se debe remitir siempre a su materialidad; es decir, que no aventura hipótesis a partir de las creencias o intuiciones de los miembros del equipo, sino que las contrasta y la valida con el material recopilado, ojalá en varios momentos del proceso. Al publicar los resultados del proceso, además, se debe citar literalmente los materiales o dar una indicación precisa de su disponibilidad para que las personas interesadas puedan efectuar los contrastes correspondientes.

b) **Tematizado.** No basta con decir que un Estado del Arte se ocupa de un tema particular, puesto que es conveniente para el proceso investigativo que se realice un análisis inicial del campo temático de pertenencia, el tema en sí mismo y sus componentes o subtemas, con fin de que haya claridad metodológica. Estos subtemas permiten identificar determinadas categorías de análisis dentro del estado del arte, tales como: relación con el objeto de estudio; fuentes de la información; métodos de investigación; implicaciones políticas, sociales y culturales.

c) **Acotado espacio-temporalmente.** Aunque podría aducirse con razón que la tematización es una acotación, hay otros elementos por acotar en términos de la historicidad del estado del arte, es decir, del reconocimiento del aquí y ahora del conocimiento circulado, de su marco espacio-temporal. La acotación espacial define la amplitud geográfica en la circulación del conocimiento. Para el presente ejercicio, se ha privilegiado, como ya se indicó, una acotación de preferencia nacional y términos de una acotación temporal, de preferencia la última década.

d) **Sistemático.** Básicamente se trata de garantizar la homogeneidad de las fuentes secundarias, en función de su validez interna y ex-

terna y de rigor metodológico o calidad subjetiva de las fuentes de consulta de la investigación cualitativa, con el fin de asegurar un buen nivel de comparabilidad en el análisis.

- e) **Crítico.** Un estado del arte parte de una descripción de la materialidad del conocimiento circulado, como ya se dijo, pero no acaba allí, pues simplemente quedaría en una revisión de fuentes, revisión documental, listado de centros de documentación, listado bibliográfico, etc. Apuesta decididamente a superar el nivel descriptivo para adentrarse en el nivel explicativo o comprensivo en torno al conocimiento circulado.
- f) **Interpretativo.** Un estado del Arte no puede entenderse como la simple comprensión de una supuesta realidad que es objeto del conocimiento, constituye principalmente un análisis de segundo nivel o de meta-análisis, una interpretación de las interpretaciones disponibles. El Estado del Arte es, en sí mismo un nuevo abordaje al conocimiento acumulado, que, al sumarse al conjunto amplio de abordajes posibles, permite formular una nueva interpretación.
- g) **Teleológico/ Heurístico.** No obstante lo anterior, el Estado del Arte no es un fin en sí mismo, es teleológico, en el sentido de que siempre sirve a fines ulteriores; abre e ilumina nuevos caminos.

2. La especificidad de los Estados del Arte que se presentan

Si bien hay un conjunto importante de elementos comunes entre los Estados del Arte de los diferentes países que se presentan a continuación³, una de sus riquezas mayores la constituyen sus muy distintos énfasis.

Cada país, dada la finalidad teleológica/heurística de un Estado del Arte, elaboró su trabajo teniendo presentes los objetivos específicos de su investigación. De esta forma, algunos trabajos resaltan con mayor fuerza determinados aspectos más que otros.

³ Para hacer del presente texto una obra que invite a su lectura, el trabajo del Editor implicó una reducción de los Estados de Arte originales de cada país, y además la generación de un adecuado equilibrio en el número de páginas entre ellos. Los resultados alcanzados en este campo, obviamente son de exclusiva responsabilidad del Editor; pero siempre queda el recurso de la comunicación directa con el Investigador Principal de cada Proyecto en particular, para lo cual se identifica su correo electrónico.

Estos mismos énfasis, que hacen de la suma de los diferentes Estados de Arte un trabajo más complementario que comparativo, hacen convenientes para una lectura –más de lo general hacia lo particular– avanzar en el orden en que se ubican a continuación los diferentes productos.

Partir por **Brasil**, que por sobre todo identifica problemas y ausencias que ayudan a especificar qué área y qué factores críticos son hoy relevantes de estudiar en el campo de drogas. Seguir por **Ecuador**, que coloca su énfasis en los modelos conceptuales que intentan explicar o comprender, pero también cómo actuar con respecto al uso de droga. Avanzar luego con el trabajo de **Argentina**, que se centra más en la intervención y profundiza sobre los modelos de intervención hoy utilizados y las lógicas que se derivan de ellos en el accionar de los aparatos sanitarios y jurídicos. Concentrarse luego en **Colombia**, que presenta un Estado del Arte exhaustivo, analizando el contenido de 92 textos, profundizando sobre los problemas de investigación, los objetivos que se trazan, los diseños y metodologías que adoptan y sus hallazgos relevantes. Por último, para terminar, con el trabajo de **Chile**, que tiene un carácter más descriptivo que analítico, se inicia el trabajo con una caracterización cuantitativa de la realidad juvenil frente a las drogas y luego se ingresa en la revisión de los estudios cualitativos, deteniéndose droga por droga.

ESTADOS DEL ARTE

Abuso de drogas y su prevención en Brasil

Roselli-Cruz, Amadeu⁴

Centro de Estudios de Drogas de la Universidad Santa Úrsula (CEDUSU)

El Centro de Estudios de Drogas de la Universidad Santa Úrsula (CEDUSU) realizó en 1993 por primera vez un “Estado del Arte” y, desde esa fecha, es sistemáticamente actualizado, con investigaciones realizadas en los años de 1997, 2000, 2003, 2005 y 2006.

La metodología usada es la de búsqueda en bancos de datos del gobierno federal (IBGE y Ministerios de Educación, Salud y Justicia) y de Universidades y Centros de Investigación (Cebrid). Además, se utilizan entrevistas con jefes de grupos de investigación, especialistas, profesores, padres, jóvenes dependientes y consumidores de drogas. De forma sistemática y por muestra, evaluamos lo que la prensa escrita y televisiva divulga sobre drogas, familia, escuela y juventud.

Los datos son tabulados y analizados según metodología de la lingüística (análisis del contenido y análisis del discurso) metáforas y teoría de la argumentación y de la psicología social. Luego, el material catalogado es estudiado bajo el enfoque de la Teoría de la Representación Social. Los autores principales de este sustento teórico son Bardin (1977), Cruz (2002), Franco (2005), Guareschi (1994), Lakoff (1993), Moscovici (1978), Spink (1993). Brasil tiene 26 estados y el CEDUSU mantiene actividades de investigación en 187 ciudades de 16 estados de todas las regiones geográficas del país, que proveen datos confiables y de calidad para la evaluación del estado de arte.

⁴ Director local del Proyecto, e-mail amadeu@icb.ufmg.br

1. La historia de la droga y su uso/abuso

Debido a que los medios de comunicación hablaron del movimiento hippie de los 60 y del “boom” de la cocaína de los 70, muchos creen que la droga es algo reciente, contemporáneo. En verdad, la droga es algo tan antigua que se confunde con la propia historia del hombre.

El libro más antiguo del mundo, la Biblia, según Jaffe (1988), cita al alcohol 165 veces, sin contabilizar el primer milagro de Jesús Cristo –en las bodas de Caná– en donde transformó agua en vino, y de la embriaguez de Noé. Recientemente, Ferreira, Gonçalves, Nogueira y Cruz (2001) encontraron un número aun mayor de citas acerca del alcohol en la Biblia con connotaciones tanto positivas como negativas con respecto a su consumo.

Según estudios antropológicos y arqueológicos, el abuso por primera vez de la droga fue, probablemente, entre los hombres primitivos; habitantes de las cavernas. Ellos eran colectores y se alimentaban de lo que la naturaleza les proveía. Eran nómades, es decir, cuando la comida se acababa, ellos se mudaban a otro lugar. En esa búsqueda de alimentos, encontraron plantas que les nutrían y plantas que, cuando ingerían, los mataban. Eran venenos vegetales, tan potentes como los venenos animales. En esa búsqueda, para alimentarse, como describen Cruz y Dias (1991), el hombre primitivo comió algunas plantas que lo dejaron adormecido, sin reacción hacia el mundo exterior, pero con una increíble sensación de bien-estar y placer.

Las tribus primitivas adquirían esos conocimientos y los transmitían en forma oral y luego por inscripciones rupestres a sus descendientes. Paredes de cavernas, piedras y papiros corroboran esos hechos. Se cree que una de esas plantas, con efectos depresivos, pudo haber sido la papoula (planta herbácea de la familia de las paraveráceas), de la cual se extraía el opio, que permite la fabricación de analgésicos como la morfina y meperidina (petidina), y de la heroína.⁵ Es muy probable que el cavernícola haya aprendido a usar los beneficios analgésicos de esa y de otras plantas narcóticas que proveen una gran sensación de bienestar, y que hayan también aprendido a controlar su uso.

⁵ La heroína, recordemos, es considerada la más perniciosa de las drogas de uso excesivo, pues su dependencia psíquica y física se impone muy rápido. El síndrome de abstinencia es muy grave y vinculado a la criminalidad para conseguirse, toda vez que es la droga más cara en el mercado del tráfico.

Se concluye que el uso abusivo de dichas plantas lo dejaría a la deriva en la foresta, poniendo en riesgo su sobrevivencia. Narcotizado, él sería cogido por los animales salvajes. Además, no se defendería él ni su familia de los ataques de las tribus enemigas. Por otro lado, sería abandonado por su grupo cuando fuera necesario caminar para nuevas plazas en búsqueda de comida. Y, bajo la influencia de la droga él no podría encontrar sus propios alimentos.

En otra ocasión, el cavernícola puede haber comido una planta que lo dejó excitado. Sería un estimulante. Pudo haber sido una rubiácea, de la cual se extrae el café, el mate y el té: todos contienen el estimulante conocido como cafeína. También pudo haber sido la planta *erythroxylum coca*, sustrato para la preparación del clorhidrato de cocaína. Las drogas estimulantes suprimen por algún tiempo el cansancio, el sueño y la indisposición corporal, facilitando la actividad deportiva y física⁶ Además de aumentar la actividad muscular, los estimulantes inhiben el centro del hambre en el hipotálamo de nuestro cerebro, disminuyendo el apetito⁷.

El cavernícola adoptó el uso de esas plantas estimulantes con el objetivo de realizar largas caminatas, atravesar grandes glaciales o regiones desérticas para buscar alimentos o conocer otras áreas desconocidas hasta entonces. Sin embargo, tuvo rápidamente que desarrollar un control social por los daños biológicos ocasionados por la droga estimulante. Como es sabido, ninguna droga estimulante trae energía al cuerpo humano (medicamentos anoréxicos, cafeína o cocaína). La energía gastada durante la acción de la droga es una energía acumulada para ser gastada en el futuro. Si la droga estimulante gastara ahora la energía que debería ser gastada en el futuro, habría un “déficit” energético en el futuro. Esa energía acumulada, para ser usada como

⁶ Por esa razón, los estimulantes como cafeína y clorhidrato de cocaína, entre otros, son prohibidos en actividades deportivas, caracterizando su uso en el llamado “doping deportivo”.

⁷ Por eso, estas drogas estimulantes, inclusive la cocaína, además de la dietilpropiona, femproporex y mazinol, son usadas como moderadoras del apetito. La pérdida de masa corporal realmente ocurre durante la acción de la droga; pero cuando se deja de tomarla, el centro del hambre vuelve a trabajar y lo hace ahora en exceso, recuperando el apetito y la masa corporal perdida. El aumento de peso puede llegar hasta el 20%, más allá de lo que fue perdido y recuperado. No es conducta clínica recomendable (Garattini e Samarin, 1978), (Goodman, 1996).

reserva, tiene la función de mantener la homeostasis del organismo durante situaciones de stress, enfermedades, pérdidas, emergencia, etc. La droga estimulante lleva a un rápido deterioro de la calidad de vida del usuario.

En búsqueda de alimento, en otra oportunidad, el cavernícola comió algunas plantas que les ocasionaron un gran impacto a nivel sensorial o perceptivo, que lo llevaron a confundir la realidad con lo imaginario: serán las plantas alucinógenas. La propiedad alucinógena es encontrada en plantas como la marihuana, algunos champiñones, algunos cactus y plantas que tienen en su composición sustancias con propiedades anticolinérgicas.^{8 9}

Para el cavernícola y para las tribus primitivas contemporáneas, como nuestros indígenas, las sustancias alucinógenas han cumplido y cumple una expresiva función psicosocial. Han sido incorporadas a los rituales de magia y de curación. Es decir, hay un control social para su uso. No cualquier indígena la usa/usaba. El que la puede usar no lo hace en cualquier momento por recreación personal. Su uso solo es permitido durante los rituales de magia, ceremonias religiosas para pedir por la fecundidad de la tribu y del suelo. Otros momentos de su uso son los rituales de curación para el tratamiento de los enfermos de la tribu.

La Ley de Estupefacientes de Brasil permite a los indígenas en territorio brasilero la plantación y uso de esas plantas que ya son parte de su cultura. Las legislaciones nacionales en todo el mundo tienden a permitir ese uso antropológico de drogas por parte de tribus primitivas por recomendación de la OMS – *Organización Mundial de la Salud*. Con eso, vemos que el hombre primitivo conocía los tres grandes grupos de drogas de abuso: los depresivos, los estimulantes y los alucinógenos. Además, se consideran como drogas el alcohol y el tabaco, también conocidos por los primitivos.

⁸ Propiedades anticolinérgicas son aquellas de sustancias cuya acción farmacológica se da por el bloqueo de receptores farmacológicos como acción colinérgica (Goodman e Gilman, 1996).

⁹ El prototipo de la droga alucinógena es la dietilamida del ácido lisérgico, más conocida como LSD; por lo tanto, perteneciente al género femenino. No tiene en Brasil mayor significado epidemiológico o clínico, debido a su bajo consumo. Más usados como alucinógenos son la marihuana. Medicamentos anticolinérgicos e infusiones del tipo del Santo-Daime.

Un día, después de cosechar frutas, el cavernícola las guardó en un hoyo en una piedra, frente a su caverna. Durante la noche llovió, el agua se almacenó en el hoyo desatando la fructosa de las frutas. El viento y los insectos trajeron levaduras y fermentos que se depositaron en aquella agua con el azúcar y el zumo de las frutas amasadas. Durante el día el sol calentó aquel caldo y catalizó el proceso de fermentación que transforma agua en alcohol. Es un proceso simple que el hombre fue perfeccionando durante siglos.

Algún tiempo después el hombre experimentó aquella bebida empozada y le gustó. Con creatividad descubrió que frutas como la uva, la caña de azúcar, etc. tenían el poder de hacer bebidas con mayor nivel alcohólico. En otro momento determinado, después de haber descubierto y dominado el fuego, un sinnúmero de otras drogas y preparaciones se fueron incorporando a su cultura. El hombre calentaba el agua y hacía té e infusiones extrayendo principios activos farmacológicos de las plantas, principios que no estaban disponibles cuando él las comía crudas.

Con el dominio del fuego, ese hombre histórico comenzó a buscar más confort y un día, después de enrollar algunas hojas secas en formato parecido a un cono y colocar fuego en una de las puntas, comenzó a soplar del otro lado, construyó un instrumento que al producir humo espantaba insectos y mosquitos de su caverna, permitiendo un sueño más tranquilo. Con el tiempo, además de soplar el humo, producto de las hojas secas quemadas, pasó también a aspirar y a controlarlo en la garganta y en los pulmones. Había inventado el cigarrillo. Este fue el inicio de una historia de problemas de salud para la humanidad, dentro de lo que se llamó como “males predecibles y evitables de agravios a la salud humana”, según la OMS.

Como se puede observar, la droga no es algo reciente; por el contrario, ella se confunde con la propia historia de la humanidad. Si el hombre primitivo ya conocía los principales tipos de drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco, el progreso de la ciencia convirtió a esas drogas en cosas mucho más poderosas. Si la bebida alcohólica hecha en un hoyo frente a su caverna tenía cerca de 3 a 4% de alcohol, la industria de bebidas que hace hoy el tequila mexicano, por ejemplo, lo prepara con cerca de 75 a 80% de concentración alcohólica. Esto se traduce en más daños al organismo vivo.

Los laboratorios farmacéuticos producen medicamentos anticolinérgicos con efectos alucinógenos mucho más poderosos que cualquier planta de la floresta amazónica. La concentración, en el humo, de nicotina de última generación, obtenida por el mejoramiento genético, induce a la dependencia con más facilidad y rapidez. Ya existe el mejoramiento genético de la marihuana, transformándola en concentración de THC (tetrahidrocarabinol) de 0,8% a 12%, lo que aumenta el poder de propiciar alucinación al momento de fumarse.

Si, por un lado, el hombre primitivo tenía conocimiento y acceso a esas drogas, él también desarrolló un control social eficiente para evitar el uso abusivo. Sin embargo, a lo largo del tiempo, la sociedad perdió ese control social. Se necesitó entonces elaborar un control jurídico, en forma de leyes de restricción y control del uso de drogas con potencial de abuso. Cabe recordar que algunas de esas drogas hoy prohibidas ya fueron en el pasado recomendadas por la medicina. Byck (1989) y Cesarotto (1989) relatan las experiencias personales de Sigmund Freud con la cocaína y analizan trabajos donde el psicoanalista austriaco la prescribía a los pacientes. Ese uso, dígame sea de paso, fue un fracaso y posteriormente su prescripción y venta fueron prohibidas.

Igualmente la gaseosa Coca-Cola¹⁰, conocida mundialmente, cuando fue lanzada en 1896, en la ciudad de Atlanta, en el estado de Georgia, en los Estados Unidos de América, tenía en su composición la cocaína. En 1914, el Congreso Norte-Americano promulgó la llamada "Ley Harrison de Narcóticos", prohibiendo la plantación, uso y comercialización de la cocaína, entre otras drogas. En esa entonces, la Coca-Cola cambió la cocaína por la cafeína¹¹ en su composición y pasó a usar apenas los pigmentos gustativos de la planta, pero sin los principios farmacológicos que pueden actuar como psicofármacos. Por otro lado, la heroína, al inicio del siglo pasado, también era ven-

¹⁰ En verdad, la planta *Erythroxylum coca*, de donde se extrae la pasta de la coca, que trabajada farmacológicamente se transforma en clorhidrato de cocaína, también tiene uso comercial, por poseer muchos pigmentos gustativos de aplicación en alimentos y bebidas. Sólo una empresa norteamericana tiene autorización para importar de Bolivia y Perú las hojas y hacer el procesamiento industrial para abastecer el comercio. La Coca-Cola es propietaria de esa firma y su mayor cliente.

¹¹ Sin embargo, la cocaína y la cafeína son clasificadas farmacológicamente como estimulantes, la cafeína, presente en el café, té negro y guaraná, es mucho más anodina y baja en su potencial toxicomaniaco.

didada en farmacias; llegamos entonces al LSD, que también tuvo su época y fue llamada droga revolucionaria para la psiquiatría y, de ser prescrita por médicos y vendida en farmacias, pasó a ser prohibida. Era indicada para facilitar la psicoterapia y las proyecciones del habla del paciente.

Luego de este panorama sobre la historia de la droga, intentaremos mostrar, a continuación, una breve historia de las etapas referentes a la prevención de las drogas, en Brasil.

2. La historia resumida de la prevención del uso abusivo de drogas en Brasil

Si la intención de este texto es contribuir a la comprensión y acción preventiva del uso abusivo de drogas, ¿cuál es la situación de prevención de este tema en el país, actualmente? Pensamos que es la misma de hace diez años. Peor aun: que ya era la misma en décadas anteriores, sin muchas novedades.

Podemos resumir en la figura 1, abajo, las cinco grandes áreas de análisis de los problemas de prevención del uso abusivo de drogas en Brasil y sus veinticinco factores críticos de éxitos y fracasos. Examinaremos, a continuación, cada uno de esos factores.

FIGURA 1. Grandes áreas de análisis de la prevención del uso abusivo de drogas y sus factores críticos de éxito y fracaso.

ÁREAS DE ANÁLISIS	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO Y DE FRACASO
Cuestiones Comunicacionales	a) Abordaje del tema b) Droga de mayor consumo c) 1ª droga (traficante/amigo) d) Desconocimiento de la legislación e) "El problema de las drogas"
Cuestiones de Planificación	a) Eventos aislados b) Proceso colectivo c) Metas irreales d) Discontinuidad de programas e) Uso/abuso
Cuestiones Educativas	a) Terrorismo farmacológico b) Importación de modelos c) Ideologías y prejuicios d) Identidad (prevenir/tratar/reprimir) e) El rol del educador

Cuestiones Científicas	<ul style="list-style-type: none"> a) Investigación b) Dependencia psíquica y física c) Manipulación de datos e interpretación d) Metodologías de investigación e) Academicismo
Cuestiones Políticas	<ul style="list-style-type: none"> a) Política Nacional de Prevención b) Discurso del poder c) Informe de recursos d) Liberación/despenalización e) Uso político f) Factores generales

Adaptado y modificado de Roselli-Cruz (1993, 1997, 2000, 2003, 2005)

2.1. De los problemas comunicacionales

2.1.1. Abordaje del tema: la cantidad de droga aprehendida y su valor en dólares

El discurso sobre la droga, tal como es divulgado por los medios de comunicación, por la familia y por la escuela, presenta una serie de problemas que comprometen el éxito de una prevención planificada. Los medios de comunicación optaron por una divulgación sensacionalista, en la cual el factor “tener”, sobrepasa el “ser”. La información más divulgada es la cantidad de droga aprehendida y su valor, en dólares.

Veamos un ejemplo, a título de ilustración: en el día 17/09/01 la prensa (radios, televisión, diarios impresos) divulgó la siguiente noticia, que ha sido transcrita por nosotros:

“Aprehendidos ayer en la autopista Fernão Días 760 kilos de marihuana proveniente de Paraguay, escondidos en un fondo falso de un camión, que se dirigía al triángulo minero. El cargamento fue evaluado en U\$250.000,00 (sic).”

En febrero de 1984, fuimos buscados por un profesor de Historia de enseñanza media desempleado, y nos pedía una orientación para resolver un problema de drogas con su hijo. En la noche anterior, mientras veía el noticiero nacional Jornal da Globo con su hijo de 7 años, oyó de éste lo siguiente (después de escuchar el reportero Cid Moreira decir que en aquel día la Policía Federal había aprehendido en el aeropuerto de Cumbica en São Paulo tantos quilos de cocaína, con un valor de U\$ 500.000,00 (quinientos mil dólares)):

“Mira bien, papá, la situación aquí en casa está difícil. ¿Por qué usted no trafica un poco de cocaína hasta conseguir otro empleo? Yo le ayudo. Eso da mucho dinero. Después lo dejamos. Es sólo mientras la situación esté complicada, con sólo la mamá trabajando.”¹²

Este estereotipo de noticia puede acarrear ese tipo de consecuencia, y la familia y la escuela tendrán que enfrentar problemas de tal naturaleza, y ser capaces de proveer la educación y la prevención. Una personalidad aún inmadura, mal formada, con una familia no preparada o ausente, frecuentando una escuela sin estructura para hacer la prevención, puede realmente presentar una reacción de ese tipo.

Los medios de comunicación no hacen, pues, con ese tipo de noticia, un trabajo de prevención, digamos, con un soporte didáctico. Y la familia y la escuela, sin referencias y sin orientación, apelan a cualquier tipo de prevención, como vamos a intentar demostrar. Uno de los recursos más frecuentes es hacer “terrorismo farmacológico”, como veremos. Abordar el problema por este medio no es recomendable.

2.1.2. Droga de mayor consumo

Sistemáticamente, el noticiario se centra en los casos de cocaína, otras veces en los de marihuana, raramente en otras drogas. Y pareciera que drogas de uso abusivo son apenas éstas. No obstante, las investigaciones epidemiológicas más serias y frecuentes en Brasil, las del Cebrid (Galduróz, Noto, Carline, 1997) y del CEDUSU (Cruz, 2000), apuntan a una infinidad de otras drogas de uso abusivo, destacándose el uso abusivo de medicamentos y de alcohol, principalmente en adolescentes.

Para Cruz (2000), en algunas ciudades de Brasil y en algunas etapas de desarrollo, como a los 15 años, el consumo de bebidas alcohólicas es superior en los jóvenes de sexo femenino, en frecuencia, aun cuando no en volumen.

Carline (1989 y 1991), Galduróz, Noto, Carline (1997) y Cruz (2000) están de acuerdo en que el consumo de medicamentos controlados entre los estudiantes es superior al consumo de marihuana y cocaína.

¹² La madre era profesora de la red municipal y había amenaza de huelga y baja de salarios, o por lo menos de atraso en el pago.

Los medios de comunicación están disparando “en el blanco equivocado”. Esa desinformación lleva a escuelas y departamentos de recursos humanos de empresas a frecuentemente encomendar a especialistas charlas sobre la marihuana y la cocaína para sus alumnos, funcionarios y sus familiares, olvidándose, así, de otras drogas más frecuentes y de más fácil acceso.

Hay una razón política para eso. Es más fácil culpar a Paraguay, Bolivia, Colombia y Perú, por plantar y distribuir marihuana y cocaína en Brasil, que reconocer nuestra culpa en el proceso. ¿Qué culpa? Si el problema de la escuela y del adolescente es el uso abusivo de medicamentos controlados por sector de vigilancia sanitaria del gobierno, entonces las culpas pueden ser vistas en el siguiente orden:

- mal prescripción médica
- falta de control de la vigilancia sanitaria en la farmacia
- crimen organizado que roba camiones que transportan medicamentos
- falta de prevención en las escuelas

Si hay abuso de prescripciones equivocadas, innecesarias o falsificadas, se revela una crisis en el sector de salud pública y en la enseñanza de cursos de salud. Si la venta de medicamentos llamados “controlados” no es efectivamente controlada (exigencia de receta especial, retención de recetas y control de stock), queda al descubierto una crisis en la administración de la salud pública del país. Si el consumo de droga de uso abusivo por parte de los adolescentes tiene su origen en el crimen organizado que roba camiones que transportan medicamentos, entonces está de manifiesto la falta de seguridad pública del país y si el producto del robo es receptado por farmacias que no son fiscalizadas por la vigilancia sanitaria, revélase una vez más la crisis de la salud pública.

En Brasil, se observa una crisis en la enseñanza de la medicina que se refleja especialmente en los cursos de farmacología médica, cuyos contenidos arcaicos y metodologías pedagógicas equivocadas hacen que el futuro médico tenga una formación deficiente en el arte y la técnica de la prescripción médica. Eso abre espacio para la sutileza de la propaganda de laboratorios farmacéuticos en que, sin ética y sin control científico, están reemplazando la enseñanza falsa y equivocada de la farmacología médica y la prescripción. Y todo eso ocurre

sin que las escuelas tengan una planificación de prevención del uso abusivo de las drogas. Se revela también una crisis en el sector de la enseñanza pública y también en la privada.

Así, es más fácil dejar que se hable de marihuana y cocaína culpando países vecinos que asumir la propia culpa en el sector de la educación, salud y seguridad pública. A la marihuana y la cocaína se les atribuye más culpa de la que realmente merecen. El problema del tolueno (presente en algunos pegamentos: en Brasil es el pegamento utilizado por los zapateros) y del alcohol es mucho más grave en nuestro país. El pegamento es el punto de partida/entrada a las drogas más fuertes (Carline 1989, 1991).

2.1.3. Primera Droga (Traficante/amigo)

La insuficiente investigación sobre prevención, aliada al abordaje sensacionalista de índole más policial que educativa, y la falencia de los sistemas de seguridad pública del país, crearon un interesante estado paranoico en la familia y en la escuela brasilera.

Después de la propaganda maciza de la dictadura del 64, cuando los comunistas podían ser encontrados debajo de la cama, dentro del ropero, etc., con la democratización, se buscó otro “malhechor.” Y fue esa la vez en que la imagen del traficante comenzó a hacerse omnipresente. Cruz y Dias (1991) y Cruz (1993) relatan casos de vendedores de palomitas de maíz, heladeros, vendedores de dulce, cantineros y/o cualquier persona que trabajara en lugares que potencialmente eran puntos de encuentro de traficantes, donde todos eran sospechosos de traficar drogas en escuelas, sin que se confirmaran las sospechas. Las seis primeras experiencias con la droga ocurren sin la participación del traficante, en general. Solamente después de que el niño o adolescente observa que tomó la droga y:

- obtuvo placer
- no murió
- no se sintió mal
- la familia no lo vio
- la escuela no lo sabe
- no se lo llevaron preso
- lo puede hacer de forma escondida

Sólo una vez que él o ella ganan confianza, busca un traficante para adquirir la droga. En sus primeras experiencias, ellos consiguen la droga con:

- amigos de la escuela
- vecinos cercanos
- parientes de la misma edad (primos – tíos)

Es decir, de modo general, las primeras drogas están debajo de los ojos de la familia y de la escuela. No obstante, es más fácil buscar un traficante imaginario que asumir nuestra responsabilidad en el proceso.

2.1.4. Desconocimiento de la legislación

En los últimos años, en la víspera de las elecciones municipales y estatales, el CEDUSU es solicitado por candidatos a los cargos públicos que quieren asesoría para montar el proyecto de una ley que obligue a las escuelas a tener un programa de prevención del uso de drogas entre los alumnos. Como ya hemos vistos, la ley existe y no se cumple. No será una nueva ley la que va a resolver ese problema. Desconocer la legislación no libera a nadie de darle cumplimiento, y desconocerla es también un factor de fracaso en la prevención.

2.1.5. “El problema de las drogas”

Un factor crítico de fracaso en la prevención es preocuparse solamente del “problema de las drogas”, olvidándose de los “problemas humanos”. Es una forma de escape del verdadero problema. Eso esconde el problema psicosocial subyacente. Las drogas en sí no constituyen ningún problema. Ellas están quietas en el altiplano central de Sudamérica, en los países vecinos, o en las farmacias y mesones de bares, “sin ninguna preocupación.”

El ser humano sí, con sus problemas existenciales, profesionales, sexuales, afectivos, entre tantos otros, busca en la droga, en el alcohol o en la violencia, una forma de convivencia, adaptación, rebeldía o “solución” para esos problemas. Hacer prevención de los “problemas de la droga” puede significar un escape a los problemas del hijo, del alumno, del ciudadano. Hacer prevención del uso de las drogas, con todo, es administrar conflictos.

2.2. Problemas de planificación

2.2.1. Eventos aislados

Un factor de fracaso de la prevención es aquel que considera esta actividad como un evento aislado, disociado de una planificación global o integrada. La ejecución de eventos aislados como charlas, día de la prevención, mural de la prevención, etc., no caracteriza la prevención propiamente tal: ella debe ser fruto de un proceso educacional constante, con formación de valores e incentivo hacia una cultura de valores preventivos con relación a las drogas, pero también a la gestación precoz, la higiene, el saneamiento básico, entre otros factores.

La prevención debe transformarse en Programa, pero un Programa con planificación, cronograma, flujograma, proyectos y evaluación. Esto no puede significar una burocratización, pero sí un ordenamiento. Hoy es prácticamente imposible conseguir recursos significativos para la prevención sin que el programa tenga prevista su evaluación. Y la evaluación fue observada en apenas 3.2% de los programas o proyectos examinados para detectar los factores críticos de éxito y fracaso.

2.2.2. Proceso colectivo

De nada sirve si alguien toma todos los cuidados preventivos para que su departamento no se encienda, tales como: evitar fuga de gas, cables pelados, conexiones clandestinas, conectar varios electrodomésticos en el mismo enchufe, etc. Esos cuidados evitarán, sí, que ocurra un incendio en su departamento. Sin embargo, si sus vecinos de abajo, de arriba, del frente, de atrás, de la derecha y la izquierda, no toman los mismos cuidados y hay un incendio en el edificio, el departamento en donde todos los cuidados fueron considerados también podrá ser quemado.

Si los amigos(as), colegas, enamoradas(os), novias(os), conocidos(as) de nuestro(a) hijo(a) no pasan también por un proceso de incentivo hacia una cultura de prevención, nuestro hijo(a) continuará en riesgo, aun cuando su familia, escuela y lugar de trabajo hayan trabajado la prevención con él/ella. La prevención es, pues, un proceso colectivo y no considerarla de esta forma es un factor de fracaso. La prevención debe convertirse en una red social que abarque todos los lugares po-

sibles en donde pueda existir la presencia, interacción y participación de jóvenes.

2.2.3. Metas irreales

La falta de investigación, o por lo menos una revisión de la literatura científica, determina fracasos como el de establecer metas irreales. Los proyectos de carácter religioso incurren más frecuentemente en este error. Ya hemos evaluado, como consultores, programas que se dispusieron a eliminar el alcoholismo en una comunidad de periferia en apenas seis meses.

Dos escuelas del área metropolitana de Belo Horizonte nos pidieron ayuda para eliminar el consumo de cigarrillos en el primer semestre de 1999, entre alumnos de la enseñanza media. Propusimos otro tipo de estrategia, con un plazo mayor, para ese mismo objetivo, lo que no fue aceptado. Acompañando el trabajo que fue ejecutado, observamos que resultó en un gran fracaso. Habíamos propuesto establecer como meta reducir el consumo en 10% por semestre. Es una meta más factible. Y si alcanzáramos una reducción de apenas 5% no significa exactamente un fracaso. No conseguir cumplir metas desmotiva al equipo y las buenas intenciones de la actividad.

En Brasil, algunas legislaciones parecen metas irreales, por la falta de decisión política y fiscalización. Por ejemplo, rezan los artículos 81 y 243 del ECA – Estatuto del Niño (Criança) y del Adolescente:

“ARTÍCULO 81. Se prohíbe la venta al niño y al adolescente de:

I. armas, municiones y explosivos

II. bebidas alcohólicas

III. productos cuyos componentes puedan causar dependencia física o psíquica aunque sea por utilización indebida”

“ARTÍCULO 243. Vender, proveer, aunque sea gratuitamente, suministrar o entregar, de cualquier forma al niño o al adolescente, sin justa causa, productos cuyos componentes puedan causar dependencia física o psíquica, aunque sea por utilización indebida:

Pena - detención de seis meses a dos años, y multa, si el hecho no constituye crimen más grave.”

Tener como meta el cumplimiento de este artículo de la legislación es irreal. Imagínese si la policía realmente se dispusiera a visitar todos

los bares del país durante un sábado, e hiciera cumplir la ley, procesando los dueños de los bares... Este artículo de ley no es exigible en ningún lugar de Brasil. Cuando por casualidad, como un hecho aislado, alguien lo cumple, el hecho se transforma en noticia en la prensa brasilera más por su lado “curioso y folclórico”.

2.2.4. Discontinuidad de programas

Como resultado de la planificación inadecuada, se ha llegado a una discontinuidad cíclica de programas oficiales de prevención. Los programas no llegan a un nivel de maduración. Comienzan, se acaban y tratan de recomenzar nuevamente. Las causas son varias; entre ellas están los problemas de los partidos políticos. El concejal (miembro del consejo municipal electo democráticamente) de un sector solicita al alcalde que cancele el programa de prevención en las escuelas porque es fruto del proyecto de otro concejal que es su enemigo político. O porque el Secretario Municipal de Educación será un futuro candidato a concejal está invadiendo su área electoral con ese programa de prevención. Esta es la realidad nacional, en el plan estatal y federal también.

Cuando hay cambios a nivel de gobierno municipal, estatal y federal, los programas de prevención son discontinuados, postergados, cancelados o transformados. El nuevo gobernante exige, muchas veces, el cambio del nombre del programa, el cambio del equipo (nombrando sus protegidos, pero sin la preparación técnica necesaria, por lo general).¹³ Recomenzar es siempre más difícil y la discontinuidad es hábito de la cultura nacional. Históricamente, todos los gobiernos actúan de esta manera con la reforma agraria, con la privatización, con la casa propia y con la prevención del uso de drogas también.

2.2.5. Uso/Abuso

Esta es una cuestión conceptual, operacional y lingüística también. Si la prevención es planificada para evitar el *uso de drogas*, será incohe-

¹³ Un ejemplo cómico de esto, es un programa social lanzado por un gobernador sirviéndose del Viejo Pascuero (Papa Noel), que usa ropa roja en todo el mundo. Al llegar un nuevo gobernador, de un grupo contrario, transformó el programa social, cambiando hasta el color de la ropa del Viejo Pascuero, que ahora es de un color que no alude al partido anterior. Es el único lugar del mundo donde el Viejo Pascuero se viste de otro color por razones políticas.

rente, pues la prevención no puede impedir el uso de medicamentos controlados como analgésicos y anestésicos. Imagínese el problema de impedir el *uso de drogas* de ese tipo en partos y cirugías como fimosis, por ejemplo.

La expresión *uso indebido de drogas* corrige, en parte, ese problema. Pero usa tres palabras y el nombre se ve muy largo, siendo poco estético. La utilización de la expresión prevención del “*abuso de drogas*” nos parece la más adecuada, aun cuando tampoco sea una unánime.

2.3. Problemas educacionales

2.3.1. Terrorismo farmacológico

La mayoría de los programas y proyectos de prevención que examinamos adopta el “terrorismo farmacológico” como estrategia educacional. Con el pretexto de entregar informaciones científicas sobre las drogas, exageran en sus efectos, los hechos son distorsionados, dudas científicas se transforman en verdades, y muchas certezas científicas son escamoteadas.

El denominado “terrorismo farmacológico” ejerce la pedagogía del miedo. Popularmente ésta también se llama “pedagogía del palo”. Los adeptos a esa línea de trabajo en prevención argumentan que el individuo se alejará de la droga, o no tendrán el coraje para acercarse a ella, si conoce todos los maleficios que ella puede acarrear.

Las exageraciones más comunes son aquellas que acusan la marihuana de provocar impotencia sexual. Para Braude y Szara (1976), Godman Gilman (1996), la marihuana puede causar, después de quince días de uso regular diario, una disminución de la producción de la hormona sexual masculina, la testosterona. Eso llevaría a una disminución de espermatogénesis, es decir, disminución de la producción de espermatozoides, lo que puede acarrear tan sólo la infertilidad, jamás la impotencia sexual.

Además de eso, la infertilidad, según los autores citados, es reversible después de cerca de quince a veintiún días de abstinencia del uso de la marihuana, normalizando la producción de los espermatozoides. A propósito, la infertilidad sexual es confundida con impotencia sexual. Dentro del terrorismo farmacológico de connotaciones sexuales, Cruz (1993) relata el contenido de charlas en universidades donde el

expositor describe el riesgo de homosexualismo causado por el uso de cocaína. No hay, en la literatura científica lo que compruebe esa afirmación. No obstante, es frecuente esa representación social de la asociación de homosexualidad con el abuso de drogas.

No deja de ser común que frecuentemente en charlas sobre las drogas en colegios, en seminarios públicos y en cursos sobre prevención del tabaquismo en escuelas de enseñanza fundamental y media, se afirme que “cada cigarro fumado significa un día menos en la vida de la persona”. Actualmente, no hay soporte en la literatura científica para tal conclusión. Cruz (1993:34) describió la argumentación de un alumno de quince años con tal afirmación:

“Raro eso. Mi abuelo fumaba tres cajetillas de cigarrillos por día. Comenzó a fumar a los 14 años y nunca lo dejó. Y él murió con 94 años. Si él no fumara, debería entonces haber muerto alrededor de los 300 años. ¿Es esto posible?”

Esta estrategia de prevención relaciona mucho el uso de drogas con la muerte y usa toda una configuración lingüística e icónica dentro del campo semántico de la muerte. La psicología del desarrollo nos hace atender a las relaciones cognitivas y afectivas del niño y de los adolescentes respecto a la muerte, revelándose que es una cuestión de alta complejidad. Apelar a la muerte es una táctica de miedo y no de educación, lo que no creemos recomendable como prevención: para nosotros, el discurso de prevención tiene que ser el discurso de la vida y no el discurso da muerte.

2.3.2. Importación de modelos

Es frecuente que encontremos en Brasil modelos de prevención importados de otros países. La Embajada de Estados Unidos, a través de sus consulados y servicios culturales, envía gratuitamente programas de prevención para quien los soliciten. Hay también una distribución directa a las escuelas y la prensa, llegan incluso para aquellos que no lo han solicitado. Un ejemplo es el programa PRIDE, según Gleaton (1984)¹⁴. Este programa comunitario es dirigido a la clase media alta

¹⁴ Este modelo sólo alcanzó resultados en la clase media alta de los Estados Unidos y sólo en la región Sur, en familias con estructura bien definida en los padrones americanos. Todas las tentativas de implantación fallaron en el Brasil, entre otros factores, por la estructura y dinámica diferente de la familia brasileña.

norteamericana. Dicho programa obtuvo algo de éxito en Estados Unidos, pero ello no significa que puede ser un programa exitoso en otra cultura.

La figura 2, abajo, muestra cuáles son las drogas que aparecen en trabajos efectuados por alumnos de la enseñanza básica y media, en investigaciones escolares solicitadas por profesores de Ciencias y Biología.

FIGURA 2. Frecuencia de las Drogas de Abuso mencionadas en 204 trabajos escolares de alumnos de la enseñanza básica y media, solicitados por Profesores de Ciencias y Biología

DROGA	FRECUENCIA (%)
1. Heroína	100
2. Cocaína	100
3. Marihuana	100
4. LSD	100
5. Opio	91
6. Hachís	81
7. Crack	72
8. Alcohol	41
9. Tabaco	40
10. Tranquilizantes	21
11. Otras drogas	19
12. Anorexígenos	19
13. Jarabes	18
14. Loló (droga líquida para aspirar a base de éter)	12
15. Lanza-perfume (droga líquida/eorosol a base de etilo)	11
16. Esmalte	9
17. Pegamento/cola de zapatero	8

Investigación hecha con alumnos de los estados de Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte, Ceará, Pará, Roraima.

Observamos que las drogas con 100% de frecuencia son la heroína, cocaína, marihuana y LSD. Lo curioso es que la heroína no es un problema en Brasil. Aquí no existe su tráfico, debido a que su precio¹⁵ es muy alto para los padrones económicos brasileiros. Es válido entonces preguntarse: ¿si no es un problema, cómo aparece en trabajos

¹⁵ Dependiendo de la procedencia (Tailandia, Afganistán, Turquía y Colombia), del grado de pureza (de 5 a 20%) y del local de la compra en Nueva York-NY (5ª Avenida – Harlem) o San Francisco-CA (China Town – Pier 38), el precio puede variar de US \$50.00 a US \$15 la dosis de 1 gramo.

de alumnos brasileiros? Por otro lado, la droga menos abordada, en último lugar, con apenas 8%, es el pegamento/cola de zapatero, que sí es nuestro gran problema social. Algunos autores brasileiros tienden, en sus libros y trabajos, a abordar la heroína y dejan de lado el pegamento/cola, apenas citándola. Los autores extranjeros traducidos a la lengua portuguesa tienden a abordar lo más grave en sus países, como es el caso de la heroína en Estados Unidos y Europa, lugares donde no existe ningún problema con el abuso del pegamento/cola y, por lo tanto, sus libros no consideran este tema. Es un ejemplo más de la importación innecesaria de modelos. Chauí (1989) realizó un importante estudio sobre la importación de modelos educacionales, demostrando sus problemas y riesgos de fracaso.

Concluyendo, los alumnos brasileiros están usando más libros de autores extranjeros que de autores brasileiros para realizar sus trabajos sobre el tema de la droga en Brasil. Esto es una distorsión de la realidad, una desinformación. Además, la mayor parte de los profesores que corrigen los trabajos no se preocupan del tema.

El hecho es que encontramos una gran cantidad de videos, cintas, libros, manuales y programas extranjeros de prevención del abuso de drogas, siendo aplicados en comunidades y escuelas brasileiras sin cualquier tipo de evaluación. Importar el modelo y aplicarlo es mucho más fácil, que desarrollarlo considerando los valores de la cultura local. Aunque sí es posible importar una metodología para la elaboración de un programa de prevención, no se debe importar el programa.

2.3.3. Ideologías y Prejuicios

Un grave problema de prevención, además del exceso de materiales didácticos extranjeros, es la falta de productos inculturados brasileiros. El análisis del material disponible revela problemas de ideologías y prejuicios sociales graves siendo difundidos en las escuelas, en nombre de la prevención del abuso de drogas.

En nombre de la educación, –el racismo, machismo, prejuicios y otros, como los de las clases sociales,– son pasados de forma subli-

¹⁶ Cury (1996) viene haciendo un sinnúmero de reimpresiones, no obstante no hace la revisión de contenido, ni actualización de las informaciones científicas y epidemiológicas, ni la revisión gramatical ni ortográfica de esa cartilla *Drogas: Guia de orientação para Pais, Jovens e Professores*.

minar. Cury (1996:11) ya ha editado sucesivas reimpresiones¹⁶ de su manual con el sugerente nombre de *Drogas. Guía de Orientación para Padres, Jóvenes y Profesores*. En la página 11 encontramos el texto:

“Los padres trabajan con ahínco para ganar dinero, y uno de los objetivos de ese esfuerzo es la compra de alimentos para nutrir los cuerpos de sus hijos (...). Las madres, por otro lado, se esmeran en preparar platos sabrosos y nutritivos para los hijos, y esa responsabilidad es generalmente asumida sin que nadie las aconseje. Esta dedicación de los padres es muy importante y expresa el amor que sienten por sus hijos¹⁷.”

En el enunciado inicial, tratan de inculcar a los hijos un sentimiento de culpa, por el hecho que los padres tengan que esforzarse tanto para alimentarlos. En seguida, el texto nos remite al papel “social de la mujer”, que sigue pegada a la cocina preparando “platos sabrosos y nutritivos” para la familia. El autor, además, dice que la mujer asume esa responsabilidad sin que “nadie la aconseje”. Es decir, el autor, Cury (1996:11), está diciendo implícitamente que la “mujer ya conoce su lugar –la cocina– y para allá se dirige sin que el hombre tenga que recordarle.

El autor no considera, entonces, en ningún momento, todo el sistema social secular y sus condicionamientos que llevaron a la mujer al papel que él describe, en una estructura socioeconómica machista. Millones de ejemplares de dicho manual fueron distribuidos a las escuelas de todo el estado, no obstante, un sinnúmero de profesores lo devolvió por no estar con el abordaje del tema.

En 1996, durante un Congreso Estatal de Prevención del Abuso de Drogas, realizado en Curitiba-PR, un expositor afirmó categóricamente que, después de que la mujer se dedicó al trabajo afuera, los hijos pasaron a usar muchas más drogas; por lo tanto, para él, si la

¹⁷ No es admisible que el amor familiar sea expresión de traer dinero para la casa y hacer “platos sabrosos”. Entonces, si el padre estuviese desempleado y la madre resolviera estudiar, trabajar fuera, comprar alimentos refrigerados para microondas para que cada cual haga su propia comida, la familia terminaría. O, por eso, los hijos pasarían a usar drogas.

mujer regresara a la casa, a ser una dueña de casa nuevamente, el número de jóvenes drogados debería disminuir¹⁸.

El mensaje que los dos últimos autores citados entregan a la política de prevención del Estado, para los profesores que deben ejercerla en la sala de clase y para los alumnos –objetos de la acción preventiva–, es el de una representación social negativa de la mujer.

En esta misma línea, observamos que el racismo también es estimulado y reforzado con la prevención mal hecha. En obras de teatro pedagógico sobre la prevención, la atribución de roles es bastante sintomática. El 92% de las veces el rol de traficante es desempeñado por personas negras, mulatas o del norte (nordestinas). El 96% de los roles de heroína (actriz principal que salvará el usuario de las drogas) el aspecto físico corresponde a una persona blanca y rubia (Cruz, 1991). De esta manera, la prevención del abuso de drogas, mal hecha, mal planificada –sin que su discurso sea analizado– pasa a ser vehículo de la no-educación y del prejuicio.

2.3.4. Identidad (prevenir – tratar – reprimir)

Un factor de fracaso en la prevención es el hecho de que la institución escolar no defina su identidad de trabajo. ¿Qué quiere hacer con sus alumnos en relación con el abuso de drogas? Uno de los roles de la escuela es, también, el de hacer prevención. La escuela no es ambulatorio o clínica de tratamiento para dependientes. Ella tiene que aprender a proporcionar los pasos y atenciones necesarias para la asistencia oportuna a quien la necesite. No cabe a la escuela hacer represión. Ese rol es el de la policía. La identidad de la escuela es la del trabajo educativo, preventivo.

2.3.5. El Rol del educador

Una significativa resistencia al trabajo de prevención del abuso de drogas en la escuela, hecha por algunos profesores, es la que podemos sintetizar a continuación:

“¿Entonces, ahora tenemos que, además de enseñar a bañarse, amarrar los zapatos, limpiar la nariz, cepillar los dientes, decir

¹⁸ El autor de la afirmación fue presionado por el plenario para citar las investigaciones en que se basaba, pero se recusó. Preguntando si era un dato empírico, confirmó inicialmente, pero después lo negó.

gracias, buenos días, vacunarse, enseñar las tablas matemáticas y a leer y escribir, también hay que hacer prevención del abuso de drogas, involucrándonos con traficantes, por ejemplo? ¿Y nuestros programas de curso? ¿Y nuestros cronogramas? ¿Y todo por el mismo sueldo”?

Nuestra respuesta es afirmativa: la prevención es necesaria pero no forzosamente en los moldes caricaturescos antes mencionados. Los *Temas Transversales de los PCNs* incluyen la prevención del abuso de drogas dentro del currículo básico. Como hemos enfatizado, prevención y educación son excelentes sinónimos y, así, el rol del educador es también el del ejercer la prevención con sus alumnos.

2.4. Problemas científicos

2.4.1. Investigaciones

El trabajo de prevención debe siempre orientarse por la investigación: para la planificación, para la búsqueda de los datos epidemiológicos, para el análisis de las representaciones sociales de la droga en el ambiente y para el análisis del discurso de la comunidad y del material didáctico de la prevención.

En suma, no puede existir “improvisación” con respecto a la prevención del abuso de drogas. Sin embargo, pocos programas de prevención están fundamentados en investigaciones. Unos pocos programas ejecutados por grandes universidades usan la investigación como soporte.

2.4.2. Dependencia psíquica y física

Cuando se habla de dependencia de drogas, las personas en general tienden a relacionarla con la “dependencia física”, ya que el cuerpo es afectado. Así, el aspecto psicológico no se valoriza mucho, y es considerado menos grave. En verdad, no es ésta una visión correcta. Lo que mantiene la dependencia física de alguien es la dependencia psicológica.

El tratamiento de la dependencia física puede ser hecho entre dos y quince días, sin mayores problemas. Está hecho para desintoxicar el organismo, cuidar del aspecto nutricional y posibles daños físicos, en general, poco graves, la mayoría de las veces. Sin embargo, el trata-

miento de la dependencia psicológica puede tomar de algunos meses a muchos años, dependiendo del caso.

La dependencia psicológica va a lidiar con el simbolismo de la droga utilizada en las representaciones de la vida del paciente. En cuanto la “memoria del placer de la droga” ocupa espacio en el consciente y en el inconsciente de la persona, ella o él va a recordar la droga y sus beneficios y va a seguir buscándola. Eso es lo que mantiene la dependencia.

No obstante, como ya hemos dicho, las personas se preocupan mucho más de la dependencia física, del cuerpo. Porque este cuerpo es el que puede morir por “sobredosis”. Entonces, el discurso de la prevención se dirige a esta posible muerte del cuerpo; la prevención se transforma en el discurso de la muerte, en vez de ser el discurso de la vida.

2.4.3. Manipulación de datos e interpretación

Un dato muy curioso de la prensa brasilera es la preocupación por las cifras para estructurar sus noticias. Lo que está correcto. Sin embargo, no importa mucho el origen de los números que van a ilustrar la noticia.

Cuando alcaldes y/o secretarios municipales de educación, salud o asistencia social nos buscan para encargarnos programas de prevención para las ciudades, nos trae afirmaciones, datos, tablas y gráficos sin saber su real origen. Cuando contamos con el origen del dato, en qué diario fue publicado, o qué radio lo divulgó, intentamos rastrear la información y escasas veces encontramos el autor de la información. Concluimos que lo que parecía una investigación epidemiológica real era apenas una información lanzada por si acaso, con buenas intenciones, por un policía, un médico, un director de escuela, que en general puede afirmar algo así: “En nuestra comunidad, debe haber un 40% de drogadictos”.

La prensa divulga ese comentario de una forma estructurada para causar impacto y dar confiabilidad a su información, procurando repercusión y continuidad del tema. La información mencionada, entonces, puede ser publicada “camufladamente” de la siguiente forma: “Especialista divulga investigación confirmando que en la comunidad de la escuela A B C existen 40% de consumidores de drogas”.

La información repercute en otros órganos de la prensa, en la comunidad, y pasa a tener valor de “verdad”. Luego, las autoridades buscan, considerando dicha información, orientaciones y convenios para actuar. Los políticos entonces pueden solicitar la ayuda del CEDUSU–Centro de Estudios de Drogas de la Universidad de Santa Úrsula–, y otras instituciones, para conseguir apoyo del gobierno estatal o del gobierno federal, buscando vender sus programas con esos datos y con el raciocinio de “mientras más grave sea el dato estadístico, más fácil será conseguir los recursos”. No estamos de acuerdo con esta estrategia.

2.4.4. Metodologías de investigación

Si por un lado la investigación es fundamental para la planificación de la prevención de abuso de drogas, por otro lado, encontramos algunos problemas con las metodologías utilizadas. Algunas veces, encontramos en una ciudad dos investigaciones hechas por el mismo grupo de personas o institución, pero ninguna de los dos pueden ser comparadas por existir un tipo de metodologías o tratamiento estadístico diferentes.

El Ministerio de Salud ha estado intentando estandarizar algunos ítemes para compatibilizar datos de epidemiológicos, con la ayuda del *Center of Disease Control* (CDC), órgano de la OMS.

2.4.5. Academicismo

En la evaluación de algunos perfeccionamientos para profesores de la periferia, visualizando la prevención, nos encontramos con datos interesantes. Los profesores perfeccionados tenían dificultades de comprensión de algunas palabras muy técnicas.

Los textos de estudios que recibieron presentaban el mismo problema. En las clases teóricas expositivas se repetía mucho la palabra “endocardite bacteriana”, “THC”, “superego”, “fase oral”, etc. Los textos (manuales) daban esos términos por sabidos. Es decir, los profesores no aprovechaban la oportunidad del perfeccionamiento. Hay elitismo en nuestro conocimiento, dificultando el traspaso a los profesores culturalmente menos familiarizados con el tema. El academicismo puede ser una traba cultural a la prevención y su acción multiplicadora.

2.5. Problemas de las políticas

2.5.1. Política nacional de prevención

Algunas escuelas están esperando a que el secretario municipal de educación dé inicio a la prevención, y éste está esperando que el alcalde la autorice, y éste espera que el secretario estadual haga algo. Y este último no hace nada porque el gobernador del estado está esperando que el Ministerio de Educación lo haga, etc...

Este es un ejemplo del inmovilismo con que se trata la prevención del abuso de drogas en muchas escuelas. La prevención del abuso de drogas, con noticias en el noticiero, no es prioritaria. Hace parte de la estrategia de inmovilismo. Debido a eso, no creemos en políticas nacionales ni estaduales de prevención. Preferimos establecer una política municipal de prevención de abuso de drogas, desburocratizando el proceso y transformándolo en más cercano para la realidad local. En algunos lugares, se ha logrado incluso una política comunitaria para la prevención del abuso de drogas, actuando en apenas una parte de una ciudad, según la descripción de Cruz (1989).

2.5.2. Discurso del poder

Históricamente, desde el inicio del siglo XX, cuando se buscaba a alguien para hacer una charla, curso sobre drogas, o para un equipo de prevención, los primeros a ser convocados son: un abogado, un policía y un psiquiatra.

Foucault¹⁹ (1979, 1997), en varios momentos de su obra, explica esa alianza represora (ley-policía-psiquiatría) por actores que no compiten entre si. En los libros *Manicomios, prisiones y conventos* e *Historia de la locura*, Foucault describe la estructura de un sistema represivo, que es igual a lo que ocurre con la droga y queda históricamente revelado. Los representantes de esos poderes tienen el dinero y la autoridad de la policía para decir lo que está correcto/incorrecto o quién está enfermo/sano dentro de la sociedad. Es el discurso del poder el que actúa en ese caso.

¹⁹ Michel Foucault (1926-1984) fue filósofo y psicólogo, y ofreció una nueva dimensión para la comprensión de los fenómenos históricos. Sus trabajos sobre las formas del poder y de la represión sobre el saber son clásicos.

2.5.3. Adjudicación de recurso

Los recursos son destinados mayoritariamente para la represión policial al narcotráfico. La prevención –vista siempre dentro del contexto educacional– es colocada sistemáticamente en segundo plano. La represión se preocupa de reducir la oferta y la prevención busca reducir la demanda. Son dos procesos que pueden y deben caminar juntos. Ambos merecen y necesitan de un presupuesto para operar.

Sin embargo, observamos el lugar privilegiado de la represión. Para ella, compra de armamentos, unidades móviles (vehículos) y barcos, lo que es difundido por la prensa como parte de la denominada “cobertura policial ostensiva que brinda la sensación de seguridad” y rinde dividendos políticos. Mientras que los cursos de perfeccionamiento de profesores para la prevención no tienen impacto en la prensa.

2.5.4. Liberación/despenalización

Liberar o despenalizar el abuso de drogas da para grandes debates académicos, jurídicos y policiales, dividiendo las opiniones y los medios de comunicación. El diario *O Globo* se manifestó en contra de la despenalización de las drogas. Por su parte, el diario *Folha de São Paulo*, su editorial, se manifestó a favor.

En congresos y simposios se discute el problema. Existen argumentos interesantes: si el alcohol está liberado, entonces hay que liberar las drogas. Es un mal uso de la democracia esa frase. ¿Entonces también vamos a liberar el agro-tóxico para el uso doméstico? Y el que quiera puede tener en la casa pequeñas bombas atómicas... ¿También vamos a democratizar el uso de isótopos radioactivos para hacer bombas?

Un diputado del Partido Verde, de Río de Janeiro, movilizó la prensa y los jóvenes, pregonando la despenalización de la marihuana, con los argumentos de que ella es un producto natural y, por ello, no puede producir daño. Un sinnúmero de Departamentos Académicos de universidades y facultades brasileras promovieron debates sobre el tema. Se aprovecharon de que lo “natural” y la homeopatía estaban de moda y ocuparon un espacio. La argumentación no se justifica. La penicilina no es natural, es un producto industrial de laboratorio y salva vidas todos los días en todo el mundo. Por otro lado, productos

naturales como la cicuta²⁰ son un poderoso veneno natural, es un vegetal que puede matar, como lo hizo con el filósofo Sócrates.

Liberar esto o aquello en una sociedad en particular es un problema que amerita reflexión. Brasil es signatario de tratados internacionales que prohíben tal actitud. Y, si algunos países liberaran o despenalizaran, serían invadidos por usuarios buscando esa facilidad y creando problemas sociales²¹. Así que esa medida tendría que ser universal, algo que al parecer es difícil que suceda.

2.5.5. Uso político

La droga tiene un lado estratégico en el discurso del poder. Cada vez más, en cada elección, los candidatos hacen uso del abuso de la droga como una plataforma política. El cantante Nelson Gonçalves, ex-usuario de drogas y cantante de mucho éxito, cuando fue candidato a diputado federal, realizó toda su campaña afirmando que su trabajo estaría enfocado al tratamiento y prevención del abuso de drogas. Así como tenemos los candidatos de “lobbies” bien estructurados, como del sistema bancario, de los contratistas, de los laboratorios farmacéuticos, tenemos también la “bancada de las drogas”²² pero de débil actuar.

²⁰ El filósofo griego Sócrates (469-399) fue condenado a muerte por usar la llamada ironía socrática, también llamada de “mayerútica”, para polemizar sobre los asuntos de su interés, como la educación de los jóvenes. Eso incomodaba al poder político, que lo condujo a la muerte. El instrumento de muerte fue beber la infusión de la planta de cicuta.

²¹ Este es el caso de Holanda, muy citado entre los usuarios de drogas en Brasil y por la prensa. Cuando Holanda descriminalizó el porte de marihuana y hachis en pequeña cantidad en alguno barrios y calles de Amsterdam, esperaba, con eso, pasar a una imagen liberal y democrática, obteniendo ganancias con el turismo internacional que allí podría consumir drogas sin problemas policiales. Pero la estrategia fue equivocada. El turista que apareció andaba a “dedo” o en bicicleta, dormía en bancos de plaza pública, se bañaba en fuentes y en monumentos, hacía sus necesidades en medio de la calle y comía emparedados. Ese turista no pagaba pasajes aéreos, hostel, restaurantes, no alquilaba autos, no consumía la prostitución de alto lujo, ni la vida nocturna, no consumía bienes culturales. Además de eso, alejó al turista que no quería mezclarse con este tipo de personas. Fue un fracaso de marketing.

²² La llamada “bancada de la droga” tiene políticos con diferentes perfiles. Algunos, como el diputado José Elías Murand (PSD-MG), están en contra de la liberación de la droga. Otros, como el diputado Fernando Gabeira (PT-RJ), luchan por su liberación.

Las drogas, como una plataforma electoral, en su mayoría, son promesas ingenuas e inconsistentes. En la transición de gobiernos municipales y estatales, programas exitosos planificados por años, son eliminados porque tienen la marca de los gobiernos anteriores.

2.5.6. Factores generales

Además de los factores anteriores relacionados, otros pueden ser detectados y aún no se encuentran suficientemente estudiados y descritos, no obstante ya pueden ser percibidos:

- Aumento de la criminalidad entre los adolescentes de clase media y alta. Ese aumento de criminalidad entre jóvenes contempla un gran aumento del ítem tráfico de drogas. Si el crimen de traficar drogas aumenta entre jóvenes hijos de clase económica de “Formadores de Opinión” en la sociedad, ¿Cuál será la repercusión futura del tema a nivel de la prensa y de la escuela?
- Aumento de la prostitución de “lujo” entre jóvenes de ambos sexos de clase media y alta y su correlación con el crimen organizado de tráfico de drogas. Las mismas preguntas anteriores pueden ser formuladas sobre los formadores de opiniones en la sociedad.
- Mayor nivel del involucramiento de los policías con la facilitación del tráfico de drogas. Este factor significa que los dos ítems anteriores se agravan y tienen más espacio para difundirse en la sociedad, por la disminución de los controles sociales. Tenemos que preguntarnos cómo es que esto repercutirá en la escuela.
- Mayor participación de las mujeres en el tráfico de drogas. Esa mayor participación no refleja un nuevo rol social de la “mujer emprendedora”, pero sí, un síntoma más del machismo brasilero. Para la mujer es más fácil liberarse de la represión policíaca que el hombre. Por eso, los hombres se han aprovechado para involucrarlas en el crimen organizado.
- Aun cuando todavía no sea posible describir los datos epidemiológicos, podemos describir por lo menos una centena de niños y adolescentes usando sobretodo marihuana y cocaína como automedicación para el TDAH-Trastorno del Déficit Atencional e Hiperactividad. Las drogas de abuso cuestan mucho más barato que el medicamento alopático indicado como el metilfenidato. Este medicamento comparte con la cocaína el mismo mecanismo de acción, bloqueando el medidor químico cerebral dopamina.

Esto explica la automedicación hecha con droga de abuso que, en promedio, cuesta 70% más barato que el medicamento recomendado.

3. Conclusión

Las situaciones descritas reflejan el “ESTADO DEL ARTE” sobre el problema del abuso de drogas en Brasil, y su prevención. Nuestro trabajo de investigación y prevención en CEDUSU tiene que considerar esta realidad en la escuela, en la comunidad inmediata a ella y en la sociedad en general. El desconocimiento de esta realidad puede inviabilizar el trabajo de la Universidad Santa Úrsula. Esta realidad, es decir, el Estado del Arte, debe ser continuamente evaluada para instruir las estrategias de acción del CEDUSU.

4. Bibliografía

1. ASSMANN, H. (1998). Metáforas novas para reencantar a educação. Epistemologia e didática. Piracicaba: Editora da UNIMEP. 261p.
2. BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 229p.
3. BÍBLIA (1969): A Bíblia Sagrada. Antigo e novo testamento. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil.
4. BÍBLIA DE ESTUDO DE GENEBRA. (1999). Sociedade Bíblica do Brasil. São Paulo: Editora Cultura Cristã. 1710p.
5. BRANDÃO, H. H. N. (1994). Introdução à análise do discurso. Campinas: Editora da UNICAMP. 3ª ed. 96p.
6. BRAUDE, M.; SZARA, S. (1976). Pharmacology of the marihuana. New York: Raven Press. Vol. 1. 458p.
7. BURKE, P; PORTER, R. (Org.). Linguagem, indivíduo e sociedade. São Paulo: UNESP. 1994.
8. BYCK, R. (1989). Freud e a cocaína. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo. 383p.
9. CARLINE, E. A. (Org.). (1989). Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987. Brasília: Ministério da Saúde.
10. _____(Org.). (1991), II Levantamento Nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes do I e II graus – 1989. CEBRID. Escola Paulista de Medicina. São Paulo.

11. CARNEIRO, A. D. (Org.). (1996). O discurso da mídia. Rio de Janeiro: Oficina do Autor. 154p.
12. CHAUI, M. (1989). Conformismo e resistência. Aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense. 3ª ed. 180p.
13. CORMAC, E. R. M. (1990). A cognitive theory of metaphor. Cambridge: Bradford Books – The MIT Press. 3ª ed. 254p.
14. CRUZ, A. R. (1989). Prevenção do abuso de drogas como atividade de extensão universitária. SBPC – Universidade Federal do Paraná. Curitiba: Ciência às 6 e Meia. :43-49.
15. CRUZ, A. R.; DIAS, J. B. (1991). Abuso de drogas na adolescência:133-145. IN - MAAKAROUN, M. F.; SOUZA, R. P.; CRUZ, A. R. Tratado de adolescência. Estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1100p.
16. CRUZ, A. R. (1991). Teatro pedagógico antidrogas. Estudo do racismo e preconceito. Rio de Janeiro: Jornal do CEDUSU. 4(1):11-19. jan-mar.
17. _____ (1993). Redução do espaço social do idoso por dependência física e psicológica ao abuso de drogas. Um estudo do neto aos avós. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Departamento de Psicologia. 253p.
18. _____(Org.) (2000). Epidemiologia das drogas de abuso e situação social da criança e do adolescente no Brasil. CEDUSU. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula. Jornal do CEDUSU 13(1):1-250.
19. _____ (2002). Análise do discurso da prevenção do abuso de drogas. Tese de Doutorado em Lingüística. FALE – UFMG. 275p.
20. CURY, A. J. (1998). Drogas. Guia de orientação para pais, jovens e professores. São Paulo: Seqüência. 8ª ed. 54p.
21. DELL'ISOLLA, R. L. P. (2001). Leitura: inferências e contexto sócio-cultural. Belo Horizonte: Formato. 2º ed. 248p.
22. ECO, U. (1974). As formas do conteúdo. São Paulo: Perspectiva. 184p.
23. FIORIN, J. L. (1993). Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática. 3ª ed. 88p.
24. FOUCAULT, M. (1979). Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal. 14ª ed. 296p.

25. _____(1997). A Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Fofense Universitária. 5ª ed. 240p.
26. _____(1999). A ordem do discurso. São Paulo: Loyola. 5ª ed. 80p.
27. FRANCO, MLPB. (2005). Análise do conteúdo. Brasília: Líber. 80p.
28. GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINE, E. A. (1997). IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. CEBRID – UFSP. CONFEN – ABIFARMA. 130p.
29. GLEATON, T. J. (1984). “Plano comunitário para a prevenção do abuso de drogas”. Atlanta: PRIDE. National Parents’ Resource Institute for Drug Education:1-15.
30. GOODMAN GILMAN, A. (Org.) (1996). As bases farmacológicas da terapêutica. Rio de Janeiro: McGrawHill. 9ª ed. 1436p.
31. GUARESCHI, P. (Org.) (1991). Comunicação e controle social. Petrópolis: Vozes. 71p.
32. GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) (1994). Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes.
33. JAFFE, J.; PETERSEN, R.; HOGSON, R. (1988). Vícios y drogas. Madrid: Harla. 128p.
34. JOLY, M. (1996). Introdução à análise da imagem. Campinas: Papyrus. 152p.
35. LAKOFF, G.; JOHNSON, M. (1980). Methaphors we live by. Chicago: The University of Chicago Press. 1980.
36. LAKOFF, G. (1993). The contemporary theory of metaphor. IN: ORTONY, A. Metaphor and thought. Cambridge: Cambridge University Press. 2ª ed. 678p.
37. LINTON, R. (1973). O homem: uma introdução à antropologia. São Paulo: Martins Fontes. 9ª ed. 496p.
38. LUZ, A. A. (2000). Educação e prevenção ao abuso de drogas. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. 185p.
39. MAAKAROUN, M. F.; SOUZA, R. P.; CRUZ, A. R. (1991). Tratado de adolescência. Estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1100p.

40. OLIVEIRA, S. R. M. (1992). A ideologia no discurso sobre drogas. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. UnB. Brasília.
41. SPINK, M. J. (Org.). (1993). O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense. 311p.

Estado del arte sobre los modelos conceptuales del uso/abuso de drogas en uso en Ecuador

*Gross A. Milton*²³

*Terán P. José*²⁴

Facultad de Medicina PUCE. Quito-Ecuador

En esta fase de estudio, se ha privilegiado la profundización de un aspecto fundamental: los modelos conceptuales del uso/abuso drogas por parte de los jóvenes. Así, se ha logrado desplegar un mapa preliminar de los componentes o subtemas que ellos comportan.

Dentro de los modelos conceptuales del uso de drogas, se han identificado los siguientes subtemas:

- a) el modelo jurídico-punitivo
- b) el modelo medico hegemónico
- c) el modelo psicosocial y
- d) el modelo sociocultural

Estos subtemas, a su vez, han permitido identificar determinadas categorías de análisis dentro del estado del arte, como la relación y determinación de estos modelos con el objeto de estudio; fuentes y utilización de la información; métodos de investigación y herramientas de los modelos conceptuales e implicaciones políticas, sociales y culturales en cada uno de los modelos.

Este trabajo tiene como objetivo sistematizar críticamente el conocimiento producido y circulado sobre la investigación del uso de drogas, independientemente de su materialidad (origen, fecha de generación, tipo de documento, etc.). El punto de partida metodológico es la identificación y ubicación de documentos escritos sobre el tema y

²³ Investigador principal del Proyecto, e-mail: mgross@puce.edu.ec

²⁴ Director local del Proyecto, e-mail: jteran@puce.edu.ec

publicados en la red (Web Net). Su selección estuvo filtrada al usar la hemeroteca virtual HINARI y la biblioteca virtual PROQUEST, que incluyen revistas y artículos especializados en el tema de las drogas. Aparte de ello, muchos de los documentos consultados provienen del buscador GOOGLE y han sido calificados en su pertinencia y calidad bajo la opinión (subjetiva) de los autores.

La idea central de este documento es efectuar la revisión del Estado de Arte sobre las técnicas y métodos de investigación utilizados en el contexto de los modelos conceptuales del uso/abuso de drogas; discutir sus posibilidades y limitaciones para la comprensión de la construcción social del objeto de investigación.

El punto de partida para este propósito estriba en la ubicación y precisión de lo que los estudiosos llaman los modelos conceptuales dominantes sobre “las drogas” y que, en la mayoría de los tratados o artículos, se los clasifica como:

1. **Modelo jurídico-punitivo:** el cual se asienta en una visión dualista de la realidad, con posiciones opuestas e irreductibles: individuo-droga, legalidad-ilegalidad, finalidad médica y no médica.
2. **Modelo médico hegemónico o de salud pública:** basado en la concepción de Menéndez (1990), se lo define como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”.
3. **Modelo psicosocial:** en el cual el individuo desempeña el papel de agente activo que mantiene una interacción droga-usuario motivo de la observación. El uso es un comportamiento que persiste en cuanto desempeña una función para el individuo. El contexto es concebido en términos de la influencia sobre las actitudes del usuario y conductas de familiares, amigos, grupos de pares y de la sociedad en su conjunto.
4. **Modelo sociocultural:** En este el énfasis es atribuido al contexto. La droga adquiere un significado e importancia no tanto por sus propiedades cuanto por la manera como cada sociedad define su utilización.

Las particularidades de la manera como cada uno de estos modelos confronta el tema del uso/abuso de las drogas es el interés de esta revisión.

1. El Modelo Jurídico - Punitivo

En el estudio *la Drogadicción como proceso de salud-enfermedad-atención. Representaciones y practicas sociales en conflicto* de Aldo Andrés Casas (2003), la caracterización del modelo jurídico-punitivo se contextualiza en determinados hitos históricos que marcan la evolución de las drogas desde su uso hedónico, ritual, mágico y religioso²⁵ y otros, hacia una conceptualización de las drogas como sustancias prohibidas, que deberían perseguirse hasta su eliminación. En este modelo, “a partir de la fiscalización de determinadas drogas, califica como delito todo lo que se relaciona con ellas y dispara la criminalización de sus usuarios, la creación de un poderoso mercado negro, múltiples agencias burocráticas y policiales y la elaboración del discurso de “guerra a la droga”. Sin lugar a dudas, la referencia contemporánea geopolítica más sobresaliente en este marco y que atañe al Ecuador tiene que ver con la estrategia de erradicación y lucha contra las drogas liderada y endosada a la ONU por los Estados Unidos (USA), conocida como la guerra contra las drogas. Esta política involucra, desde 1988, la noción de la llamada tolerancia cero, interpretada como “la guerra contra los consumidores de droga” (Inciardi, 1993)

Esta guerra ha sido analizada en varios foros como la XX Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas consagrada al problema mundial de las drogas, en donde, en opinión de expertos, se concluye indicando que “la situación mundial de las drogas no ha dejado de agravarse desde mediados de los años setenta, cuando se constató el comienzo de una explosión de la producción, tráfico y consumo de sustancias puestas bajo control. A fines de los noventa, lejos de mejorar, la situación continúa empeorando, especialmente con el boom de las drogas de síntesis (alucinógenos y derivados anfe-

²⁵ En las sociedades precapitalistas podemos constatar que el uso de drogas tiene una orientación marcadamente mágico-religiosa, como instrumento de comunicación trascendente con los espíritus y con los otros hombres, o para auxiliarlos en aquellos sectores más inseguros y, por lo tanto, más angustiosos de su vida diaria como son la salud o la economía. Romaní 1997.

tamínicos de tipo éxtasis) y el agujero negro en el sistema financiero internacional generado por el blanqueo de dinero”.

En esta misma cita, se preveía para el siglo XXI una estrategia similar con el objetivo de la completa eliminación del enemigo-droga. ‘La droga’ sigue siendo considerada un ‘flagelo’, tal como la peste o la esclavitud, ante el cual el único tratamiento posible es la “eliminación”. (Laniel, 1998). En nuestra región, la expresión descarnada de esta guerra premeditada se bautiza como el Plan Colombia, hecho que caracteriza un momento histórico, “que por la ambición e irracionalidad de un sistema político que quiere mediante el terrorismo y la violencia guerrera aplacar la magnitud del consumo por parte de su población. [...] si el consumo es síntoma de una alteración, la mera represión sólo esconderá las señales, las volverá más ocultas y clandestinas” (Grimson, 1999).

En el artículo: “Futility in action: Coca fumigation in Colombia” (Laurel Sherret 2005), se menciona que la guerra contra las drogas tiene un propósito global de reducir el flujo de narcóticos a los USA y reducir al interior del país la demanda. En Colombia, el elemento socioeconómico de esta guerra estriba en la capacidad del gobierno para persuadir a los productores de coca el cambio hacia cultivos legales.

En un marco global de análisis, Colombia está interesada en parar la producción y el tráfico, en tanto que los USA quiere parar el flujo de drogas hacia su territorio, endosando políticas punitivas y de control a los países productores o desalentando la demanda en su territorio o una combinación de ambas estrategias. Estas políticas de reducción de la oferta incluyen la sustitución de cultivos, desarrollo alternativo, reformas legales, desarticulación de redes ilegales y erradicación de la materia prima vía fumigación aérea (al momento, el interés prioritario de erradicación es la hoja de coca).

En los países del área andina, la fumigación aérea para erradicación de los cultivos de coca, solamente es legal en Colombia y se la realiza en el marco del Plan Patriota (desplazar a los insurgentes hacia el sur del país (Putumayo, Cauca, Huila, y Caqueta) para que Ecuador actúe como un yunque para eliminar a los insurgentes con el apoyo militar de los USA.

La información para la fumigación se genera en el “Illicit Crop Monitoring System” que, en Colombia, es apoyado por el Programa de Control de Drogas de las Naciones Unidas (UNDCP) y los USA, mediante el uso de imágenes satelitales SPOT, LANDSAT, IKONOS, y ERS – para estructurar el censo anual de cultivo de coca (UNDCP, 2002). Este censo, en Colombia, indica un decremento global del 11.3% de las hectáreas cultivadas de coca, a pesar de que en 13 de los 23 departamentos vigilados el cultivo de coca se había incrementado en un rango del 2.7% hasta el 457.3% (UNDCP, 2002). Esta estrategia no ha sido inocua y los países vecinos han demandado el cese de fumigaciones en 10 Km. de la frontera. La última posición de la Cancillería de Ecuador demandó el cese de las fumigaciones aérea que afecta a los pobladores y cultivos de las localidades ecuatorianas fronterizas y solo acepta las fumigaciones manuales.

Esta estrategia de fumigación inscrita en la guerra contra las drogas, aparte de generar una reacción de violencia y terror como resultado de la concepción de que el problema se resolverá mediante el ejercicio de una guerra aplastante ha despertado concomitantemente un gran debate con respecto al perfil toxicológico relativo del glyphosate sustancia que se halla involucrada como factor de riesgo para producir efectos adversos reproductivos y en la modulación endocrina. A pesar de que, en revisiones sistemáticas de este tema, no se ha hallado “evidencia convincente” de esta posible asociación (Williams, Kroes, & Munro, 2000), otros investigadores presentan evidencia contraria a la anterior (Paz y Miño y cols., 2007), quienes evaluaron el daño sobre el DNA en una población ecuatoriana expuesta al glyphosate. Concluyen que, como consecuencia de la dispersión aérea de esta sustancia en las fumigaciones en el vecino país, existe un alto grado de daño del DNA en el grupo expuesto, comparado con el grupo control. “Estos resultados sugieren que la formulación de glyphosate más una solución de surfactante, utilizada para las fumigaciones aéreas, tiene un efecto genotóxico en los individuos expuestos”.

Junto a esta discusión, se presenta también un debate respecto de los efectos ambientales en una de las zonas de mayor biodiversidad del planeta, sobre todo por sus impactos evidentes en los cultivos para la subsistencia, la seguridad de los anfibios y aves en la amazonía, la militarización de comunidades indígenas y el desplazamiento de campesinos y refugiados, entre otros impactos.

En el marco del modelo jurídico-punitivo de la construcción social de la realidad, cuando se marca un cierto tipo de actividad como infamante (con el refuerzo, a veces, de la sanción penal), cuando se lo estigmatiza (Goffman, 1975), no se apunta tanto al cambio del comportamiento de los que están involucrados en dicha actividad, como a controlarlos mejor y separarlos del resto de la población, para preservar a esta de la contaminación. (Casas 2003).

La estigmatización y criminalización de los usuarios de drogas es el fundamento operante de este modelo, el cual, una vez que categoriza a este segmento poblacional, con arquetipos de un segmento social desviante²⁶, generador de alarma social, es necesario aplicarle los mecanismos más rigurosos de control social²⁷. “Los criterios de atribución de desviación son criterios de poder y el proceso inherente a la identificación de los desviados es también esencialmente político, dado que la conducta desviada es la que viola las reglas dominantes. Los patrones que hacen a la conducta desviada se desarrollan en una secuencia ordenada: existe un modelo secuencial en el que el momento en que un individuo es definido por los demás como desviado es crucial, y el proceso que conduce a la instauración de una carrera desviada asume así características de profecía autocumplida: la estigmatización provoca la marginación del estigmatizado” (Becker, 1963; Kornblit, 1989).

²⁶ Las relaciones existentes entre enfermedad y anormalidad ya fueron señaladas por Parsons: “la enfermedad tiene que ser definida –en uno de sus aspectos principales– como una forma de conducta desviada” (Parsons, 1984). Para este autor, inscrito en la orientación positivista, la desviación es real, existe en la experiencia objetiva y remite al comportamiento que se encuentra por fuera del sistema normativo (enfermedad y criminalidad). Por lo tanto, interesa preguntarse por las causas de la conducta anormal. Por el contrario, el interaccionismo considera la desviación como una definición social; la aplicación de nociones como bueno/malo, correcto/incorrecto, sano/enfermo, son relativas y socialmente construidas, desde relaciones de poder. De allí que, para la perspectiva interaccionista, el interés se centra en los procesos de construcción de tales definiciones y en las consecuencias del etiquetamiento tanto para los “desviados” como para los autores de esas atribuciones.

²⁷ Entendemos por control social a los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas, o, dicho de otra manera, la forma en que minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado. Pueden reconocerse controles sociales formales e informales. Siguiendo a Castel y Coppel (1994), distinguiremos autocontroles y controles societarios entre los controles sociales informales y hetero controles como las formas institucionalizadas de control social.

El Estado Ecuatoriano, mediante Decreto Ejecutivo No. 1180, publicado en el Registro Oficial No. 239 del 24 de diciembre de 2003, ha decretado sus políticas en el tema que caracterizan de manera clara su alineamiento con la estrategia de lucha contra las drogas, en el marco conceptual del modelo jurídico punitivo.

“Art. 1.- La lucha contra la droga y sus efectos constituye una línea política permanente del Estado Ecuatoriano, con el fin de alcanzar y garantizar la coexistencia de los integrantes de la sociedad, en un ambiente sano que tienda al desarrollo humano sostenido y sustentable. Por tanto, es su responsabilidad y la de sus instituciones desarrollar, dirigir y ejecutar políticas y estrategias para el cumplimiento de ese propósito. Que en términos de la reducción de la oferta y demanda estratégicamente propone:

- Reducir el cultivo, producción, fabricación, venta, tráfico y distribución ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, el desvío de sustancias controladas y los delitos conexos.

- Proteger la integridad psíquica y física de la comunidad, en especial de los niños, niñas y jóvenes, del uso indebido de sustancias psicoactivas; y asegurar el acceso a diferentes modalidades de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social a la población afectada por el consumo indebido de drogas.

2. El Modelo médico hegemónico

El concepto estigmatizante de “droga” que sentó las bases del modelo jurídico-represivo, en donde se asigna a la sustancia un papel protagónico (ésta es pensada como un sujeto activo), coadyuva a la construcción de un poderoso sistema de control social formal e informal (modelo médico-sanitarista) que se sostiene en la figura del “drogadicto-enfermo” como *leit motif* de su acción²⁸.

Los orígenes de esta transición se ubican, a grandes rasgos, en el despegue industrial americano que consideraba que, para que pueda

²⁸ Es entonces que una “clase terapéutica rigurosamente seleccionada asumiría en exclusiva una tutela de la mente y el cuerpo en esencia idéntica a la anterior tutela de la religión oficial sobre la pureza de la fe y la salud de su alma; en un caso la base era teológica y en el otro científica, pero por eso mismo los nuevos tutores podían considerarse absolutamente legitimados” (Casas).

florecer el nuevo capitalismo era preciso fortalecer mecanismos de control social antes desconocidos. En este tránsito del Estado teocrático al Estado benefactor, respaldado por una vigorosa cruzada norteamericana de prohibicionismo, se consolidan algunas teorías de sustento del modelo médico hegemónico en su aproximación al tema de las drogas; entre ellas²⁹:

- a) La aceptación de que el control de los niveles de marginalidad (asociada con los consumos) ya no puede confiarse a la sociedad civil, sino al Estado.
- b) Al interior de los Estados, se asume que “la salud pública no consiste tanto en evitar las poluciones que amenazan desde afuera al ciudadano como en protegerle de ciertas tentaciones internas y, sobre todo, de aquellas que lo mueven a alterar por medios químicos su modo de sentir el mundo³⁰”.
- c) Las medidas preventivas (fase de latencia) para el hombre común, y para los Estados no comprometidos aún con un verdadero «problema» de drogas, se basan en una política fundamentada en la salud pública y el progreso científico.
- d) Como expresión del progreso científico se requería la formación de una farmacrática³¹ con el propósito original de cortar una especie de epidemia como un mecanismo autoalimentado de intervención estatal.
- e) Se comienza a acoger la idea de la “dieta farmacológica” como incumbencia estatal.
- f) Se origina una psicología y sociología del nuevo adicto.
- g) La psiquiatría se ofrece así al Estado contemporáneo para cumplir

²⁹ Tomado de la síntesis conceptual de la *Historia de las drogas* (Antonio Escohotado) realizada por el Lic. Pablo Kohen.

³⁰ Suposición: el enfermo, llamado toxicómano desea curarse y que antes del tratamiento obligatorio sus facultades intelectuales como adulto de la especie humana están obnubiladas por los paraísos artificiales del estupefaciente. Si en el principio aparecía como «diablo» ahora se presenta como un «enfermo», justificando en ambos casos un avasallamiento de su voluntad. La conversión religiosa forzada será sucedida por el cambio forzado de personalidad mediante psicoterapia, con lo cual queda vigente la barbarie nuclear de omitir el derecho a la responsabilidad propia, corolario inexcusable de la libertad.

³¹ A su juicio, la ideología oficial farmacrática solo tenía un barniz humanista, bajo el cual yace, inmodificada, la barbarie más arcaica: el negocio de manipular a las vidas ajenas sumado a la ambición de fundir a la Medicina y el Estado (Szasz y el “terapeutismo”).

las funciones desempeñadas en el Estado teocrático por el estamento clerical.

El modelo médico hegemónico está altamente imbricado con el modelo jurídico-punitivo. Cuando el usuario de drogas pasa a ser rotulado como “drogadicto”, queda inscrito socialmente en un proceso que entrecruza la lógica sanitaria³² y la lógica punitiva, distinta, pero relacionadas ambas con el control.

“Los consumidores que hasta hace 20 años pasaban desapercibidos hoy se los indagan y se les pide que revelen, proclamen, admitan y declaren. Se los designa como víctimas peligrosas, enfermas pero amenazadoramente cercanas al vicio, la infracción y la mala intención, operándose con rapidez deslizamientos para caracterizarlos como delincuentes. Por esa razón, se les exige, apremia, obliga a comparecer frente a los médicos y los fiscales. Este ejercicio de poder se vuelve tema médico en tanto disfunción que hay que descubrir en el comportamiento. Se vuelve tema jurídico en tanto establece a quienes vigilar y castigar. Enfrentamiento y refuerzo recíproco. Padres e hijos, educadores y alumnos, jueces y reos, médicos y enfermos circulando alrededor de discursos y prácticas que se han tornado fundamentales.” (Ventre, 2001)

“Las investigaciones y codificaciones que llevan a cabo diversas organizaciones revelan qué se debe saber y evaluar para regular y administrar el problema. Se convierte, de esa forma, en una ciencia política porque se ocupa de resolver una cuestión que se tipifica como tema de Estado. Particular posición de este Estado que proclama su vocación y su intento de abandonar sus responsabilidades sobre muchos aspectos que tienen que ver con la salud de la población, pero que en este tema [...] adopta una postura centralizadora, monopólica, ocultando bajo un discurso técnico, su intención de ejercer un efectivo control social.” (Ventre, 2001).

³² En los años veinte, Lewin elaborará sus trabajos que servirán de base para el desarrollo del modelo médico-sanitarista donde el lugar del drogadicto-delincuente será ocupado por el de drogadicto-enfermo (drogodependiente) mediante el diagnóstico y prescripción, desintoxicación, rehabilitación, reinserción social y en multiplicidad de ocasiones como manera particular de ésta, quedará fijado en el rol social del ex-adicto” (Wallace, 2000).

2.1. Las herramientas (metodologías y técnicas) del modelo médico hegemónico para la aproximación al tema del uso/abuso de drogas

Esta ubicación fronteriza/límite de control social de los dos modelos conceptuales está fuertemente respaldada desde el ámbito técnico con herramientas sofisticadas, sistemáticas, de altísima complejidad técnica y de costos altos para producir información actualizada sobre el objeto de estudio. Un buen ejemplo de la imbricación y/o combinación de estos dos modelos conceptuales se puede encontrar en los esfuerzos de instituciones supranacionales para apoyar la implementación de los observatorios de drogas, estructuras de asesoría técnico política que conllevan el concepto institucionalizado de disponer de un sistema de información permanente, actualizado, confiable, con disponibilidad de la información para las instituciones públicas y privadas, facilitando la toma de decisiones para las políticas y estrategias en planes de prevención, observando tendencias con comparabilidad de la información, aplicación de metodología homogénea – sistemática – con intercambio de información³³.

Para fines de los años 70 y principios de los 80, en algunos países los datos obtenidos por los registros de casos de drogas captados en instituciones y los estudios de encuesta se complementaron con los llamados sistemas de información, entre los que se destacaron los sistemas de reporte de información relacionada con el consumo de drogas, y, más tarde, los sistemas de vigilancia epidemiológica, ambos de gran utilidad en la evaluación de las tendencias del uso de drogas básicamente en la población captada por ellos.

Los sistemas de información, ya sean de reporte de información sobre drogas, o de vigilancia epidemiológica, pueden estar basados en el registro de eventos relacionados con el consumo de drogas, en casos asociados a dicho consumo o en personas que usan las drogas.

³³ Bajo esta premisa, la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) brinda, desde el año 1999, apoyo técnico y financiero para la implementación del Proyecto Subregional de Información e Investigación sobre el Uso Indebido de Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. A partir de 2005, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA/CICAD) se incorporó como socia de este proyecto, brindando apoyo financiero y asistencia técnica para el diseño y la unificación metodológica a desarrollarse en los estudios de la subregión.

En términos generales, estos sistemas permiten obtener información sobre los patrones de consumo de drogas y sus tendencias; sirven para identificar grupos vulnerables que están en riesgo actual o potencial de involucrarse en el consumo, e identificar los factores que los ponen en riesgo; son útiles como sistema de identificación temprana y oportuna para detectar sustancias de abuso, y para comunicar la información necesaria para desarrollar estrategias de intervención.

La experiencia emblemática en el tema del reporte de información sobre drogas corresponde a los estudios nacionales de uso/abuso de drogas en los USA (Cowan 2001), los cuales son técnica y conceptualmente diferentes al tener abordajes diversos sobre el tema de la medición del uso/abuso, al tener propósitos diferentes y al investigar diferentes poblaciones³⁴. Los sistemas de reporte de información en drogas suelen presentarse como mecanismos para obtener información procedente de diversas instituciones que se encuentran relacionadas con el problema de las drogas en un lugar determinado, ya sean estas del sector salud como los hospitales, los centros de tratamiento, los servicios de urgencia, etc., o también, instituciones de procuración de justicia como las unidades de la policía o centros penitenciarios.

La principal ventaja de un sistema de reporte de información en drogas se fundamenta en su bajo costo de operación, ya que la infraestructura son las instituciones que conforman el sistema, la fácil aplicación que proporciona información actual y rápida del fenómeno, así como información sobre los hábitos de uso de drogas y los cambios a través del tiempo; el funcionamiento continuo tras la aplicación de instrumentos de recopilación de datos con secuencia temporal; la de-

³⁴ NATIONAL HOUSEHOLD SURVEY ON DRUG ABUSE (NHSDA). El universo de estudio es la población civil, población no institucionalizada (población general) de 12 o más años de edad incluyendo poblaciones de mendigos, sin hogar, indigentes, estudiantes, personal de bases militares. Se excluye a personas sin dirección fija, incluyendo reclusas y pacientes de servicios de salud internados y personal militar activo.

YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY (YRBS). El universo del estudio es la población de estudiantes de escuelas públicas y privadas entre los grados 9 y 12 del sistema escolar americano de los 50 estados y del Distrito de Columbia, excluyendo a una mayoría de la población de Luisiana, Puerto Rico, las Islas Vírgenes y territorios de ultramar.

MONITORING THE FUTURE (MTF). Trabaja con una muestra representativa no sesgada de jóvenes de nivel secundario desde 1991; se incluye en el estudio estudiantes de los niveles 8 - 10 del sistema escolar americano.

terminación de los servicios que se requieren en la atención de los usuarios, la identificación de nuevos grupos de alto riesgo y nuevas drogas en el mercado; y el diseño y puesta en marcha de acciones preventivas derivadas del análisis continuo de información procedente de sus bases de datos. Este tipo de estrategia permite detectar usuarios regulares de drogas y casos avanzados de dependencia, rara vez detecta usuarios experimentales, y su cobertura dependerá de las características de las instituciones participantes (tipo de tratamiento, ubicación geográfica, etc.), y del patrón de utilización de los servicios por la población.

El sistema de vigilancia epidemiológica en drogas es aquel que conjunta datos de diferentes fuentes de información y proporciona información continua sobre las características del problema en un área geográfica definida. Se basa en el registro de eventos, casos o personas consumidoras de drogas, y es muy útil en la evaluación de la magnitud y tendencias sobre el uso, abuso o dependencia a las drogas, mas no sobre la extensión de dicho problema.

Este sistema recopila y analiza información de los registros institucionales, para integrar reportes anuales sobre el abuso de sustancias y los problemas sociales y de salud relacionados. Se basa en el uso de indicadores directos e indirectos que se recaban en forma rutinaria.

2.2. Los sistemas de información sobre uso/abuso de drogas en el Ecuador

En el caso del Ecuador, las investigaciones generadas desde la instancia oficial del Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP) ratifican la línea de monitoreo de la magnitud, tendencias y patrones del uso/abuso de drogas encuadradas estratégicamente en los lineamientos prioritarios de la estrategia de lucha contra las drogas auspiciada y fomentada por los USA. El CONSEP ha definido varios indicadores y ha definido las poblaciones de estudio como elementos prioritarios para la estructuración de los sistemas de información sobre uso/abuso de drogas en el Ecuador.

INDICADOR	POBLACIÓN A ESTUDIAR
• Droga de mayor impacto, cambios en los patrones de consumo (función de alerta)	• Centros de tratamiento
• Prevalencia, droga más frecuentemente asociada con lesiones personales	• Salas de urgencia

• Prevalencia, droga más frecuentemente asociada con eventos fatales	• Medicina forense
• Prevalencia, patrones de consumo y cambios, exposición a prevención	• Menores con problemas judiciales
• Prevalencia, patrones de consumo y cambios, exposición a prevención	• Estudiantes de enseñanza media
• Prevalencia, patrones de consumo y cambios, exposición a prevención	• Estudiantes de enseñanza superior
• Prevalencia, patrones de consumo y cambios, exposición a prevención	• Población en general
• Precio de la droga para el consumidor	• Usuarios

Los siguientes estudios realizados por el CONSEP evidencian la línea prioritaria de investigaciones, en donde solo se puede encontrar un estudio cualitativo que pretende trascender la línea de cuantificación del tema.

- Indicadores de la droga, 1994
- Consumo de drogas y comportamientos sexuales de riesgo en la UCE, 1995
- Primera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes, 1998
- Investigación sobre consumo de drogas en salas de urgencia (SIDUC, CICAD, OEA), 1998, 2000
- Investigación sobre consumidores de drogas en centros de tratamiento (SIDUC, CICAD, OEA), 1999
- Consumo de drogas entre menores trabajadores de y en las calles de Santo Domingo de los Colorados, 1999
- El tabaquismo en estudiantes de enseñanza media, 2002
- Estadísticas sobre el consumo de droga en centros de rehabilitación social, 2002
- El consumo de drogas en adolescentes, Tena 2002
- Investigación sobre consumidores de drogas en centros de tratamiento (SIDUC, CICAD, OEA), 2001
- Investigación sobre consumidores de drogas en centros de tratamiento (SIDUC, CICAD, OEA), 2002
- Estadísticas de los exámenes psicosomáticos años 2002
- Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2002
- Investigación sobre los peritajes realizados por el CONSEP

- El consumo de sustancias psicoactivas en centros de urgencias Ecuador- 2000
- Uso indebido de las drogas en Colegios, Tulcán – Ipiales 1999
- Estadísticas de cantidad de droga incautada y personas detenidas, 1993
- Estadísticas de cantidad de droga incautada y personas detenidas, comparaciones al 1994 - 2003
- Centros de tratamiento, comparaciones años 1998- 2002
- Estudio Cualitativo sobre el Consumo de Drogas en 4 ciudades del Ecuador (estudio RAP), 1995
- Fortalecimiento institucional: datos comparativos de la región
- Certificación del gobierno de los Estados Unidos sobre esfuerzos en la lucha contra la droga
- Estrategia de orientación preventiva al consumo de sustancias psicoactivas, sustentado en la formación de valores para el D.O.B.E. del colegio fiscal José Pino Icaza de la ciudad de Guayaquil
- Información estadística sobre centros de detención 2003
- Estadística sobre oferta 2004

3. El Modelo Psicosocial

En el modelo psicosocial, el individuo desempeña un papel de agente activo que mantiene una interacción droga-usuario motivo de observación. El uso es un comportamiento que persiste en cuanto desempeña una función para el individuo El contexto es concebido en términos de la influencia sobre el usuario de las actitudes y conductas de familiares, amigos, grupos de pares y de la sociedad en su conjunto.

En el contexto de este modelo, nos parece relevante la consideración de la “Teoría de la adultez emergente” (Arnett 2005) como marco de referencia para el análisis de determinación del uso de drogas en la población de jóvenes.

La teoría de la adultez emergente caracteriza los aspectos del desarrollo de la población de jóvenes entre los 18 y 25 años, que Arnett presenta como referencia teórica para intentar explicar la tasa alta de uso de drogas ilícitas en este grupo en las sociedades industrializadas. Específicamente, el autor trata de asociar el consumo de drogas con 5 de las características fundamentales de la teoría que son:

- 1) la edad de la exploración de identidades
- 2) la edad de la inestabilidad
- 3) la edad de la auto focalización/autosuficiencia
- 4) la edad de los sentimientos encontrados y
- 5) la edad de las posibilidades

La transición hacia la adultez del grupo de jóvenes en las naciones industrializadas ha sufrido importantes modificaciones en el patrón de ingreso al matrimonio y a la paternidad/maternidad, retrasándose significativamente en función de los mayores niveles de educación y escolaridad logrados por este grupo poblacional. Este período coincide con la tasa más alta de uso de drogas, de acuerdo con evidencia consistente y de alto rigor metodológico, generada a través de muchas encuestas de adicciones, tanto nacionales como internacionales.

Los indicadores demográficos de edad media del matrimonio se han retardado 4 años en 3 décadas en los USA, y la decisión de paternidad presenta un patrón similar (Arnett, 1994). La promoción de los métodos anticonceptivos (disponibilidad y desarrollo tecnológicos) y la permisividad de estándares respecto de la moralidad sexual (revolución sexual décadas de los 60 y 70) han hecho que la gente joven no tenga que oficializar su estado civil para desarrollar su sexualidad, sin las restricciones de otras épocas. La tolerancia a la actividad sexual premarital entre parejas ha aumentado, sobre todo cuando se trata de relaciones respetuosas y de alguna perspectiva (Michael, Gagnon, Laumann, & Kolata, 1995).

Otra razón para este proceso demográfico estriba en la mayor cantidad de años de instrucción técnica y universitaria de los jóvenes en la actualidad, una mayor tendencia a la profesionalización y una horizontalización del ingreso de mujeres en disciplinas técnicas y científicas, antes feudo de los varones, que requieren dedicaciones mayores de tiempo hasta su compleción (caso medicina, ciertas ingenierías). Este fenómeno ha hecho posponer las decisiones de la población joven sobre el matrimonio y la reproducción en el contexto de proyectos de vida más planificados.

Las expectativas del tamaño de las familias también han cambiado hacia familias menos numerosas lo que retarda el incentivo de iniciar en forma temprana la actividad reproductiva. De todas maneras, la más importante razón para la caracterización de este perfil de adulto

emergente, estaría en el profundo cambio de la manera como los jóvenes miran el significado y el valor de llegar a ser un adulto y desempeñar los roles de esposo y padre. Los jóvenes miran la adultez y sus obligaciones no como metas que perseguir sino como peligros (matrimonio, hogar y descendencia) que hay que evitar (Arnett, 1997). La percepción es la de no tomar estas decisiones trascendentales porque implican obligaciones que limitarían la excepcional libertad de la que gozan: la adultez y sus obligaciones pueden generar seguridad económica y estabilidad, pero representan el fin de la libertad.

En el caso de las mujeres jóvenes, las presiones sociales respecto de la soltería son diferentes, no teniendo en este tiempo la connotación de inviabilidad de un estatus para la mujer. El amplio espectro de posibilidades de profesionalización y trabajo para la mujer cambia la perspectiva de inmediatez del matrimonio y la maternidad. Sin opciones semejantes y con la estigmatización de un estado de soltería, las mujeres jóvenes no tendrían razones para demorar estas decisiones de vida (Modell, 1989).

Las diferencias históricas entre este grupo, radican en los niveles mínimos de control social que se dan cuando los jóvenes dejan la casa para estudiar en otras ciudades o universidades, a diferencia de épocas anteriores en las que los jóvenes permanecían más tiempo bajo el control social de sus familias, luego de lo cual experimentaba una transición del control social, encuadrado en las normas de control social del matrimonio. Ahora bien, lo que se propone es que cada una de las edades de la adultez emergente se vincula y relaciona, de diferentes maneras, con el consumo de drogas de la población joven.

3.1. La edad de la exploración de identidades

Se parte del supuesto de que el desarrollo de la identidad, a pesar de que se inicia en la adolescencia, es en la juventud en donde se consolida, especialmente en dos áreas fundamentales: el amor y el trabajo (Erikson, 1968). La edad de la exploración de identidades puede asociarse al consumo de drogas de dos maneras: por un lado, los adultos emergentes quieren tener la mayor cantidad de experiencias antes de estabilizarse, lo que incluye la experiencia con drogas; y, por otro lado, al intentar la construcción de una identidad estable, se producen estados de confusión y dificultad práctica que pueden ser aliviados con el uso de drogas.

El modelo de estatus de identidad (Schwartz, 2001, 2002) ha servido para conceptualizar y medir el tema de la identidad, que se lo categoriza en 4 niveles, basados en combinaciones de las variables: exploración y compromiso. Estas categorías corresponden a los estados de:

- 1) difusión (baja exploración y bajo compromiso)
- 2) ejecución (baja exploración y alto compromiso)
- 3) moratoria (alta exploración y bajo compromiso) y
- 4) logro/éxito (alta exploración y alto compromiso)

También se plantea la existencia de un estado de moratoria, más intensamente caracterizado por exploraciones de identidad, por lo que los adultos emergentes categorizados en este nivel pueden tener las tasas más altas de uso de drogas. En la categoría de difusión, las tasas de uso son altas, motivadas por el tema de la automedicación antes que por la exploración. La medición de la identidad a través de este modelo ha recibido críticas, en tanto trata a las variables como continuas en lugar de categóricas. Con la categorización de la exploración y el compromiso, los adultos emergentes que puntúan alto en exploración son relativamente altos en uso de sustancias.

Varias investigaciones para determinar el valor predictivo del modelo de estatus de identidad concluyen que el abuso de sustancias estaría relacionado con dificultades de los jóvenes para construir una identidad estable; otros estudios han investigado la construcción de identidad y su asociación con la actividad sexual, etnicidad, etc.

En el marco del modelo de estatus de identidad, la búsqueda de sensaciones (experiencias nuevas e intensas) coincide entre los 15 y 24 años, especialmente la búsqueda de experiencias aspecto que está mayormente relacionado con la exploración de identidad. La búsqueda de sensaciones entre los 15 y 18 años tiene un valor predictivo sobre el uso de drogas entre los 18 y 21 años, de la misma manera que se relaciona con el uso de drogas en la adultez emergente.

De acuerdo con Jensen, esta reflexión daría espacio a una hipótesis de asociación del valor predictivo de la exploración de identidades en la adultez emergente, con el uso de drogas mediado por los siguientes procesos: 1) la confusión de identidad y 2) la búsqueda de sensaciones, que siendo mayor en la adultez emergente que en la misma adolescencia, explicaría la diferencia de un uso mayor de drogas en los adultos emergentes.

La investigación de la asociación de los modelos de identidad con el tipo de sustancia consumida señala que los adolescentes categorizados en el modelo difuso tendían a usar una mayor variedad de sustancias comparados con los adolescentes de otras categorías. La categoría de identidad difusa/deviante se relacionaba con un consumo más alto de sustancias que con los estilos informales o normativos (Adams et al, 2004).

3.2. La edad de la inestabilidad

La adultez emergente es un periodo de gran inestabilidad en el que, durante la construcción de la identidad, se hacen cambios frecuentes de parejas, trabajo, carreras y escuela, y cambios frecuentes de residencias. La disrupción del equilibrio emocional mediado por un conjunto de eventos de inestabilidad existencial podría producir ansiedad y tristeza, lo que llevaría al consumo de sustancias como método de automedicación (Harlow, Mitchell, Fitts, & Saxon, 1999), mismo que se correlacionaría de alguna manera con una presencia mayor de psicopatología seria (sobre todo depresión) en el adulto emergente (Khantzian, 1997).

De la relación entre inestabilidad y uso de drogas, Jensen hipotiza que: la inestabilidad medida a través del número de disrupciones en el tema de residencia, relación de pareja, escuela y trabajo incrementaría la probabilidad del uso de drogas en el adulto emergente. Esta relación estaría mediada por cambios del comportamiento (ansiedad y tristeza) y que, el uso de sustancias se daría en las semanas inmediatas luego de los eventos de inestabilidad y disrupción.

3.3. La edad de la autosuficiencia

La autofocalización del adulto emergente se estructura ante el establecimiento social de estándares y normas respecto de las actividades en el trabajo, escuela y matrimonio, y el conjunto de las sanciones sociales que se establecen ante su incumplimiento, lo que configura las expectativas de la sociedad ante la conducta y roles que deben desempeñar los adultos emergentes de quienes se demanda una actitud menos ego centrista y más considerada o preocupada del entorno (los demás).

De todas maneras, la discusión sobre la autosuficiencia y el egocentrismo de este grupo se ubica más bien en la posibilidad de tomar decisiones importantes de manera independiente comparada con otros grupos etéreos, sin requerir el consentimiento de otros. La autosuficiencia de los adultos emergentes radica en dirigir sus mayores energías a ganar la experiencia que les permitirá tomar las decisiones fundacionales para su vida adulta.

Su autosuficiencia implica que las redes de apoyo y las relaciones de control social actúan de manera más laxa en esta edad. Las relaciones menos frecuentes pero más intensas con los padres, los niveles menores de monitoreo de los padres a los hijos determinados por las decisiones autónomas y autosuficientes sobre las relaciones de pareja, de trabajo, el tiempo que pasan solos y la manera como se lo utiliza, establecen de hecho un escenario de menor control social. El control social laxo daría espacio para la relajación de normas y, por ende, incrementaría las posibilidades de uso de drogas.

Los elementos de las redes sociales, que se consolidan durante la adultez emergente, son los amigos, quienes juegan un rol central en la construcción de identidades hacia la vida adulta, especialmente en el caso de jóvenes que se independizan de las normas de control social de la familia; aquí el tema es que los amigos no actúan como un mecanismo de control social, por antípoda, al decidir el adulto joven el emparejamiento con amistades similares en muchos aspectos de identidad, una de las posibilidades podría ser la selección de pares vulnerables, con conductas de riesgo favorecedoras a uso de drogas, lo que facilitaría la estructuración de grupos cercanos al adulto emergente que estimulen el consumo como un elemento de consolidación de su identidad.

El estudio de Kypri et al, (2004) refiere un incremento del consumo de drogas en el año siguiente a las salidas de la escuela secundaria, periodo en que las normas de control social de los padres y la familia declinaron o dejaron de aplicarse, favorecidos o coincidiendo con el cambio de sus residencias durante los periodos de formación académica o de trabajo.

En este ámbito, Jensen hipotetiza cómo la determinación de las características de la autosuficiencia, mediadas por la laxitud de los

mecanismos de control social y el establecimiento de nuevas redes de interacción social, sobre todo con grupos de pares similares en términos de sus tendencias, vulnerabilidad y conductas y/o factores de riesgo, determina una mayor probabilidad de uso de drogas en el grupo de adultos emergentes.

3.4. La edad de los sentimientos encontrados (the age of feeling in-between)

Una edad en medio de dos edades podría considerarse a la percepción de los adolescentes, respecto de su ubicación etárea en las clasificaciones tradicionales. Los criterios de mayor peso para determinar su paso a la adultez no corresponden a la consideración de las variables demográficas tradicionales usadas para el efecto (escolaridad, matrimonio, paternidad); las cuales, más bien, tienen una valoración de percepción baja en el imaginario adolescente; no así la percepción de que la transición a la adultez está determinada fundamentalmente por la posibilidad de tomar decisiones independiente y por el logro de determinados niveles de independencia financiera (Arnett, 1997, 1998, 2000, 2001, 2003, 2004), lo que se conseguiría en un proceso de secuencia gradual, alcanzable, en la mayoría de casos, a finales de la década de los 20 años.

Dentro del tema de percepciones sobre el uso de drogas, desde una visión adulta, la posición predominante de más contenido de adultez se refiere a “evitar conducir en estado etílico”; en contraste con una visión minoritaria de “no llegar a embriagarse”, ubicando a la percepción de “evitar las drogas ilegales” como una percepción de adultez que se ubica en el medio de las 2 anteriores. (Arnett, 1998, 2001). Esta noción presenta diferencias étnicas que se correlacionan mayormente con la noción de adultez mencionada anteriormente antes que expresar el alcance de la adultez mediante las variables demográficas tradicionales de transición.

Esto implica, como efecto de esta posición de emparedado, que, como no se sienten totalmente adolescentes, entonces estarían en capacidad de tomar decisiones importantes por sí mismos, entre las que se incluiría el uso de drogas; pero, como tampoco se sienten adultos, entonces no aceptan los estándares de control social impuestos por y para los adultos y las responsabilidades que una decisión de este tipo

puede implicar. En suma, existe la percepción de una cierta libertad para hacer determinadas cosas, que en la adultez tendría una diferente sanción social.

3.5. La edad de las posibilidades

Finalmente, la adultez emergente implica posibilidades de hacer cambios fundamentales en la vida de las personas en un entrono libre de la influencia de la familia, lo que implicaría en algunos casos la puesta en práctica o expresión de la resiliencia³⁵ y, por otro lado, al existir una sensación de grandes esperanzas y de optimismo sobre las posibilidades de estabilidad en el futuro, entonces, quiere trabajar bien, precisamente para el futuro, independientemente de que su vida presente no sea muy definida o clara en temas importantes, entre los que atañe al uso de drogas. El uso de drogas en esta etapa no tiene la noción de peligrosidad transmitida en el discurso medico hegemónico.

Como resultado de sus expectativas desmedidas sobre el éxito, los jóvenes no asimilan la posibilidad de que, como resultado del uso de drogas, se puedan derivar situaciones nocivas, de riesgo para su vida o que tengan implicaciones legales o policiales. A esta noción un tanto alejada de la realidad sobre los estándares de control social sobre el uso de drogas se conoce como el “sesgo optimista”, caracterizado por la convicción de que las situaciones negativas derivadas del uso de drogas no les sucederán a ellos. (Weinstein, 1989). La discusión está en la caracterización del sesgo de optimismo como mayormente asociado con la adolescencia que con la adultez emergente. Esta discusión ubica a la adultez emergente con niveles intensos de sesgo de optimismo como mayormente relacionados con el uso de drogas; y vincula al sesgo de optimismo con la adultez emergente antes que con la adultez establecida.

La contribución conceptual y teórica de la teoría de la adultez emergente como marco de análisis del uso de drogas estriba en la propuesta de conceptualizar esta etapa como un periodo separado o perfectamente determinado/caracterizado del curso de la vida. Esta separación, no

³⁵ La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

necesariamente artificial, al permitirnos identificar los elementos del desarrollo y la construcción de la identidad hacia la edad adulta establecida, nos facilita la reflexión de los mecanismos intervinientes y las características asociadas con el consumo de drogas que en esta etapa alcanzan su punto máximo. Este marco de explicación tentativa del uso de drogas podría ser aplicable al análisis de la tendencia y factores relacionados en el contexto de América Latina, considerando las particularidades del tema en los diferentes países, fundamentalmente relacionadas con sus niveles diferenciales de desarrollo socioeconómico.

4. El modelo sociocultural

Se sustenta en el planteamiento de que existe un determinismo de las estructuras socioeconómicas en las que interactúan los consumidores de drogas, así como de los aspectos culturales sobre el uso de ciertas sustancias por parte de grupos concretos al interior de estas estructuras. “Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación y el desempleo, la ideología dominante etc., se conciben como factores causantes de la aparición masiva de las toxicomanías. El entorno cultural determina, a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo” (Massün). Este modelo pone énfasis en el contexto, por lo tanto se afirma que las variables determinantes serán las socioculturales, en la medida en que “son las que condicionarán una determinada construcción del sujeto, unas determinadas expectativas sobre el significado de sus acciones, unas determinadas presentaciones materiales de las sustancias, determinadas vías de ingesta, otras determinadas técnicas de uso, dosis, etc.” (Wallace 2002).

En este enfoque, en las distintas sociedades observadas por antropólogos, se veía cómo “lo que nosotros actualmente llamamos drogas constituían elementos más o menos integrados en los sistemas socioculturales en estudio, desde donde se determinaba quiénes podían ingerir la/s droga/s de que se tratase, en qué momentos, de qué modo (técnicas de uso, dosis, etc.) lo cual revierte directamente sobre los efectos, además de las expectativas y significados que tenía el hacer/dejar de hacer tanto una cosa como la otra” (Wallace 2002).

Los diferentes tipos de drogas han sido funcionales³⁶ a las sociedades cubriendo sus diversas necesidades a lo largo de los tiempos. Los usos funcionales de las drogas fueron aceptados como usos ‘correctos’³⁷; los usos incorrectos de las sustancias se determinaron cuando el hombre usó las drogas no sólo por necesidad, sino por placer³⁸, originándose de esta manera los usos ‘recreativos’ de las drogas, que ponen el acento en el individuo, en el ‘yo’ y no en el trabajo, en Dios o en la enfermedad. Así nace también, probablemente, el concepto de ‘usos incorrectos’ de las drogas frente a los ‘usos correctos’.

La dicotomía uso correcto/incorrecto de las drogas en la relación con la humanidad, se contextualiza históricamente alrededor de cuatro fases de acuerdo con Escotado. “La primera de ellas, asociada al paganismo, es un tiempo en que la humanidad convive con las drogas

³⁶ Las drogas estimulantes han servido para facilitar la realización de trabajos duros y repetitivos, así como para suprimir o disminuir la fatiga renovando las energías; las drogas enteógenas o alucinógenas, tal vez las más antiguas que se conocen, aportan al hombre una percepción nueva de la realidad, modificando la lectura que del entorno realizan sus sentidos. Son sustancias que revelan un ‘más allá’ al que fácilmente puede darse un significado religioso [...]; los narcóticos, sustancias analgésicas cuyos efectos son la sedación y, en ocasiones, el olvido. Con estas sustancias, el hombre ha encontrado reposo y alivio del dolor, ya sea éste físico o mental (Cebrián).

³⁷ Las hojas de coca que, masticadas por los nativos sudamericanos, producían una estimulación física y mental, fueron también utilizadas con finalidad religiosa por las religiones nativas. “Tras el descubrimiento de América, su uso fue denunciado en los Concilios de 1551 y 1567 por los obispos de la Iglesia Católica como idólatra y diabólico, con lo que se prohibió su cultivo. Pero, dado que los diezmos obtenidos de quienes la cultivaban significaban uno de los ingresos más importantes para obispos y canónigos, la prohibición no duró mucho, y quedó anulada en 1573 por una Real Ordenanza. Hasta principios del siglo XX, la coca fue, no sólo una gran fuente de ingresos para las economías suramericanas sino un motivo de orgullo patriótico, constatable en el hecho de que, desde su independencia de los españoles, Perú incluyera la hoja de coca en su escudo de armas. Durante estos siglos, las referencias a la coca son siempre elogiosas sin que se constatará problema alguno en su uso. El ejemplo más paradigmático de su empleo en Europa lo constituía el famoso Vino Mariani, realizado con extracto de coca y popularísimo entre los europeos más ilustres (Edison, Sarah Bernhard, Julio Verne o el propio Papa León XIII, quien incluso permitió la utilización de su efígie para promocionar su uso)” (Cebrián).

³⁸ No busca en la embriaguez el encuentro con Dios, sino el placer derivado de obtener unos estímulos y recibir unas sensaciones que no encuentra en la rutina diaria. No busca estimularse sólo para trabajar mejor o porque está fatigado, sino por placer, porque se encuentra tal vez con un ‘tono vital bajo’ que no le permite disfrutar de lo que le rodea. No busca ya narcotizarse o relajarse sólo porque se encuentre enfermo o dolorido sino por placer, porque tiene ganas de gozar mediante algún tipo de embriaguez.

y las usa en su beneficio sin mayores problemas. Posteriormente, la aparición del cristianismo primero y del islamismo después, con su vocación de control sobre los apetitos humanos y la conciencia, empieza a marcar un punto de inflexión en la relación del hombre con las drogas. La condena del placer, el monopolio de la experiencia religiosa y las ideas referentes al cuerpo humano como propiedad divina, son motivos que van tomando fuerza y que en Occidente desembozan, en el siglo XIII, en una época de represión [...] Lo que está en juego y se defiende con ahínco por parte del poder, es el monopolio del uso 'legítimo' de las drogas. A esta etapa oscura, le sigue durante los siglos XVIII y XIX, un renacimiento del interés por las sustancias psicotrópicas, que vuelven a ser usadas por la humanidad sin complicaciones, miedos ni mayores problemas individuales o colectivos. Y, no es hasta bien entrado el siglo XX cuando cristalizaron ciertas tendencias que llevaron a Estados Unidos a promulgar la Ley Seca y, tras ser ésta abolida, a declarar la lucha contra los 'narcóticos', iniciándose así la cruzada contra las drogas que hoy conocemos, amplificadas hasta el paroxismo a finales de la década de los setenta”.

En el contexto de este modelo, Leticia Folgar, en su documento “Aportes antropológicos sobre la construcción del tema “drogas”, desarrolla algunas ideas sobre la manera en que “el contexto” integra como parte de sus sistemas socioculturales el consumo de drogas en sus vertientes controladas (correcta y/o problemática o incorrecta). Desde esta perspectiva, se postula el consumo de ciertas sustancias como eje productor de determinados sentidos, entre los que rescata:

- a) “La construcción del consumo de sustancias psicoactivas: desde la perspectiva antropológica, se vincula no sólo con la capacidad de un sistema de creencias de contener o no un consumo, sino por su capacidad para prever relaciones:
 - entre las personas y las sustancias en cuestión.
 - entre las personas y el medio socio/cultural, que define los usos apropiados/inapropiados.
 - entre los efectos de las sustancias, la respuesta individual a las sustancias y las variables adicionales del entorno, la sociedad y la cultura.
- b) La construcción del consumo de ciertas sustancias psicoactivas como problema está profundamente ligada al intercambio de sig-

nificados culturales y sociales. No se vincula exclusivamente con la naturaleza de las sustancias en cuestión (sus efectos, su potencial adictógeno, su nivel de toxicidad) o con la respuesta personal de los individuos a las sustancias, sino que se refiere, además, a las formas de consumo, en el marco de las representaciones y valores que con relación a las mismas propone cada sistema cultural.

- c) Las relaciones que mantienen las culturas con las sustancias psicoactivas son diversas y se ven sometidas a procesos de cambio en la dinámica cultural, entre los que Folgar resalta e ilustra con ejemplos:
 - La modificación de la relación original de una cultura con cierta sustancia, cuando se establece la ilegalidad de esta, cuyo consumo estaba dentro de determinado marco cultural legalizado y legitimado, por ejemplo, como ocurrió en la sociedad norteamericana con la “Ley Seca”, se instaura la discriminación de aquellos que la usan retroalimentando el estigma de la exclusión social. Por otro lado, cuando se modifican en el correr del tiempo los ámbitos que se visualizan como válidos para el consumo de ciertas sustancias, en el imaginario cultural de referencia.
 - El hecho de que se mantenga esa relación pero se alteren otros factores contextuales que generan nuevas asociaciones que pueden volverse problemáticas.
 - La adopción de un consumo sin diálogo con el sistema cultural local. El ejemplo que utiliza es el uso en poblaciones indígenas de remedios occidentales que acarrearán daños graves.
- d) Los “usuarios de drogas” no conforman a priori un grupo poblacional con identidad propia, o una subcultura con una visión del mundo particular, sino que son las formas específicas de consumo las que estructuran procesos de identidad y pertenencia, es decir, modos particulares de ser y de relacionarse con el mundo”.

5. Bibliografía

1. ADAMS, G.R., MUNRO, B., MUNRO, G., DOHERTY-POIRER, M., & EDWARDS, J. (2004). “Identity processing styles and Canadian adolescents’ self reported delinquency”. *Identity*, 5, 57-65.
2. ARNETT, J.J. (1994). “Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*”, 16, 289-296.

3. ARNETT, J.J. (1997). "Young people's conceptions of the transition to adulthood". *Youth & Society*, 29, 1-23.
4. ARNETT, J.J. (1998). "Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context". *Human Development*, 41, 295-315.
5. ARNETT, J.J. (2000). "Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties". *American Psychologist*, 55, 469-480.
6. ARNETT, J.J. (2001). "Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence to midlife". *Journal of Adult Development*, 8, 133-143.
7. ARNETT, J.J. (2003). "Conceptions of the transition to adulthood among emerging adults in American ethnic groups". *New Directions in Child and Adolescent Development*, 100, 63-75.
8. ARNETT, J.J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
9. ARNETT, J.J. (2005). "The developmental context of substance use in emerging adulthood". *Journal of Drug Issues*. Tallahassee: Spring 2005. Tomo 35, Nº 2; pg. 235, 19 pgs
10. BECKER H. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance. The Free Press of Glencoe*, New York.
11. CASAS, A. (2003). "La drogadicción como proceso de salud-enfermedad-atención. representaciones y prácticas sociales en conflicto". *Revista Herramienta Revista de debate y crítica marxista* # 2.
12. CASTEL, ROBERT Y COPPEL, ANNE, (1994). "Los controles de la toxicomanía". En Ehrenberg, Alain (comp.) *Individuos bajo influencia*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
13. CEBRIÁN, J (2005). *Drogas y el afán prohibidor. Un ensayo sobre las drogas, las prohibiciones y los delirios colectivos*.
14. CONSEP (2004). *Evaluación de los impactos de una intervención de prevención del uso indebido de drogas – Tulcán e Ipiales*.
15. CONSEP (1995). Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en el Ecuador.
16. CONSEP, SIDEC, CICAD-OEA (2002) Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, Quito, Ecuador.

17. COWAN, CH. (2001). "Coverage, simple design and weighting in three federal surveys". *Journal of drug issues*. Tallahassee: Tomo31, N°3; pg. 599, 15 pgs.
18. ERIKSON, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
19. FOLGAR, L. (2000). Uso de Drogas y Construcción de Identidades en Actas del Encuentro con la Antropología Social y Cultural en el Uruguay.
20. GOFFMAN E. (1975). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.
21. GRIMSON W. (1999). *Sociedad de Adictos. La comunidad en la prevención y el tratamiento de las adicciones*. Planeta, Buenos Aires.
22. HARLOW, L.L., MITCHELL, KJ., FITTS, S.N., & SAXON, S.E. (1999). "Psycho-existential distress and problem behaviors: Gender, subsample, and longitudinal tests". *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4, 111-138.
23. INCIARDI J.A. (1993). *La guerra contra las drogas. Las políticas públicas frente al continuo avance de la heroína, la cocaína, el crack, el delito y el SIDA*. G.E.L., Buenos Aires.
24. KHANTZIAN, E.J. (1997). "The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications". *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
25. KORNBLIT A.L. Y VERÓN E. (1989). "La construcción social del problema: Los medios de comunicación y las drogas" en Kornblit y col. *Estudios sobre drogadicción en argentina*. Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 47-57.
26. KYPRI, K., MCCARTHY, D., COE, M., & BROWN, S. (2004). "Transition to independent living and substance involvement". *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13, 85-100.
27. LANIEL L. (1998). *Rapport de mission. La XX session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au problème mondial des drogues*, Observatoire Géopolitique des Drogues, Paris.
28. MENÉNDEZ E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, México.
29. MICHAEL, R.T., GAGNON, J.H., EAUMANN, E.G., & KOLATA, G. (1995). *Sex in America: A definitive survey*. New York: Warner Books.
30. MODELL, J. (1989). *Into one's own: From youth to adulthood in the United States, 1920-1975*. Berkeley: University of California Press.

31. PARSONS, TALCOTT. (1984). *El sistema social*, Alianza, Madrid, España.
32. PAZ Y MIÑO, C. , SÁNCHEZ, M.E., ARÉVALO, M., MUÑOZ, M.J., WITTE, T., DE LA CARRERA, G., & LEONE, P. (2007). *Evaluation of DNA damage in an Ecuadorian population exposed to glyphosate* Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador, Genetics and Molecular Biology, Vol.30 no.2 São Paulo Mar. 2007
33. RESOLUCIONES DE LA XX SESIÓN EXTRAORDINARIA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS 1998.
34. ROMANÍ O. (1997). "Etnografía y Drogas. Discursos y prácticas", en *Nueva Antropología* n° 52, México.
35. SCHWARTZ, S. J. (2001). "The evolution of Eriksonian and neo-Eriksonian identity theory and research: A review and integration". *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 1, 7-58.
36. SCHWARTZ, S. J. (2002). "In search of mechanisms of change in identity development: Integrating the constructivist and discovery perspectives on identity". *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2, 317-339.
37. SZASZ T. (1990). *Droga y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. F.C.E., Madrid.
38. VENTRE M.H. (2001). *Drogadicción y Control Social en La drogadoicción. Una mirada institucional*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
39. WALLACE, S. (2002). *VIH-SIDA y drogas. Representaciones y prácticas de profesionales de salud, y usuarios y ex usuarios de drogas inyectables*. Sección Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras (UBA).
40. WEINSTEIN, N.D. (1989). "Optimistic biases about personal risks". *Science*, 246, 1232-1
41. WILLIAMS G, KROES R, MUNRO I. (2000). *Evaluación la Seguridad y el Riesgo para Humanos del Herbicida Roundup y su ingrediente Activo, Glifosato*. Canadá.

Consumo de drogas en Argentina 1994 - 2004

*Equipo Intercambios Asociación Civil*³⁹:

*Touzé, Graciela*⁴⁰

Pawlowicz, María Pía

Rossi, Diana

Goltzman, Paula

Cymerman, Pablo

El siguiente informe presenta el estado del arte de los estudios relacionados con el consumo de drogas en la Argentina, en el período 1994-2004, que abarca una década de cambios económicos acompañados por una profunda crisis social y política, al tiempo que el desempleo y las condiciones de pobreza se fueron agravando y configuraron un fuerte marco de exclusión social.

En primera instancia, se abordan los modelos teóricos que están presentes en las diferentes esferas de intervención, asistencia y regulación de las prácticas de consumo de drogas, donde se observa que la mayoría de estos modelos se organizan en torno a un mismo paradigma de tipo abstencionista. Esta perspectiva es la que enmarca muchos de los estudios académicos y de agencias gubernamentales. En menor medida, algunos estudios de organizaciones no gubernamentales y grupos académicos han orientado sus investigaciones bajo otros paradigmas, como el de la reducción de daños.

En segundo término, se indican datos del contexto político-social del uso de drogas en Argentina, con especial énfasis en la crisis que atravesó el país en el bienio 2001-2002. Dado que el objeto de estudio está sujeto a la lógica combinada de los aparatos sanitario y judicial, se analizan las peculiaridades del sistema de salud argentino y de la

³⁹ Agradecemos por su colaboración a Ingrid Tartakowsky López, Ana Urcelay Vidal, Dhan Zunino Singh, Araceli Galante, Malena Silberberg y Laura Orsetti.

⁴⁰ Directora local del Proyecto, e-mail gratouze@intercambios.org.ar

oferta asistencial en materia de drogas así como el marco jurídico que regula esta temática.

Finalmente, se presentan resultados de diversos estudios nacionales que informan sobre tasas y tendencias del uso de drogas, los problemas de salud asociados a estos consumos, las características de los dispositivos de intervención y la demanda de atención por drogas.

1. Construcción social del problema drogas

El uso de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno que adquiere distintas expresiones y al que se le asignan diversas significaciones, de acuerdo al momento histórico, la cultura, el modelo económico, la situación particular de un país, los sentidos que le otorgan los sujetos y las propias diferencias entre las sustancias. Pese a su carácter plural –y merced a una compleja trama de representaciones y de prácticas–, se insiste en homogeneizar el “problema de la droga” y presentarlo como un fenómeno uniforme, universal y ahistórico. Esta construcción social del problema refuerza procesos de normatización y disciplinamiento social y se expresa en políticas criminalizadoras y estigmatizantes de prácticas y grupos sociales (Touzé, 1996).

La “medicalización de la vida”, proceso que va definiendo y etiquetando lo normal-anormal, se dio al mismo tiempo que la Medicina se afianzaba como agente de control social, movimiento que se asocia con el despliegue de los dispositivos de poder sobre la vida –*biopolítica de la población*–, que se inició a mediados del siglo XVIII. Ese biopoder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos (Foucault, 2002). Es en este contexto en que el uso de drogas comenzó a ser definido como anormal en la segunda mitad del siglo XIX, con la emergencia de una voluntad de los Estados de intervenir en estos consumos, que implicó el pasaje de una práctica integrada socialmente durante siglos a una práctica definida como desvío y controlada –sucesiva y conflictivamente– por diversas agencias (Touzé, 2001).

Argumentos como el de la “peligrosidad” de las sustancias dieron sustento a las actuales formas de control social de las drogas y de sus usuarios, controles que oscilan entre la definición de delito y de

enfermedad, tensionando una lógica combinada de cura y de castigo (Rossi, 1998).

1.1. Las políticas sobre drogas

En los últimos cien años, el uso de drogas se ha constituido en una “cuestión social”, en tanto que distintos actores (incluyendo al Estado) han tomado posición con relación al tema y lo han transformado en un problema social. Las políticas estatales pueden entenderse como “un conjunto de iniciativas y respuestas manifiestas o implícitas que permiten inferir la posición –predominante– del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad” (O’Donnell y Oslak, 1976: 23). Las políticas estatales son “nudos” del proceso social, en tanto producen normas de cumplimiento supuestamente obligatorio y repercuten ampliamente en la sociedad.

La toma de posición del Estado no es homogénea, unívoca ni permanente. Cada unidad y aparato estatal involucrado puede tener predisposiciones y decisiones diferentes, que, además, pueden estar influidas por otros actores. De modo que la formulación y la implementación de las políticas estatales pueden tener un carácter negociado o abiertamente conflictivo. Por otra parte, hay que tener en cuenta que las políticas estatales generan repercusiones dentro del Estado mismo. Cuando una unidad toma una posición, genera repercusiones “horizontales” (toma de posición de otras unidades), y “verticales” (atribución de competencia y asignación de recursos) a unidades dependientes, y pueden surgir nuevos aparatos burocráticos o la modificación de los preexistentes, superponiéndose con otras burocracias especializadas en torno a la cuestión. Es importante tener en cuenta que estas estructuras tienen capacidad para redefinir la toma de posición del Estado en torno a la cuestión (O’Donnell y Oslak, 1976).

Las políticas sobre drogas se definen en torno al control de la oferta y la demanda. En relación con la **oferta**, se advierten tres posturas –criminalizadoras, legalizadoras y liberalizadoras– siendo hegemónica la primera (Szasz, 1993). En el plano de las políticas de control de la **demanda**, también se evidencian diferentes enfoques que discuten qué hacer con las sustancias y con sus consumidores. Estos enfoques han dado lugar a la configuración de modelos de intervención que utilizan categorías analíticas diversas y aun contrapuestas (Touzé,

1992)⁴¹. Retomando el clásico trabajo de Helen Nowlis (1975), que considera la interacción entre la sustancia, la persona y el contexto, es posible identificar cuatro enfoques: el ético jurídico, el médico sanitario, el psico social y el socio cultural. Más allá de sus puntos en común y sus controversias, estos modelos se traducen en políticas preventivo-asistenciales asentadas en el paradigma de la **abstención**. Por el contrario, en las últimas décadas, ha ido ganando aceptación el paradigma de la **reducción de daños** que considera de manera diferente la relación de la persona, la sustancia y el contexto. Este postula una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo, que tiene como objetivo prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas (O'Hare, 1994).

Los paradigmas abstencionista y de reducción de daños se reproducen en las políticas estatales y expresan “cosmovisiones del mundo” que representan y articulan ideologías y conceptualizaciones de diferentes campos disciplinares como el biomédico, el jurídico y el de las ciencias sociales.

1.2. Los dispositivos de intervención

Estos paradigmas son a su vez reproducidos, transformados, confrontados por los dispositivos de intervención, que son expresión –a veces contradictoria– de las políticas estatales. Consideramos a los dispositivos de intervención como un conjunto de actividades sistemáticas llevadas a cabo –en el caso de los dispositivos preventivo asistenciales– por diversos “especialistas”.

Desde una perspectiva foucaultiana, los dispositivos están constituidos por una pluralidad de individuos, objetivo u objetivos comunes, un espacio dado, un tiempo determinado, y una inscripción institucional. Según Márquez (1995), los dispositivos son formaciones que en cierto momento histórico responden a una urgencia, ya que su función suele ser “estratégica dominante”. Los dispositivos se implementan y diseñan para una cierta población objetivo y utilizan un conjunto de herramientas para la atención de personas, tales como:

⁴¹ Por *modelo*, entendemos a “un esquema sintético y abstracto que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad” (Ramírez Monagas, 1987: 98).

encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar, de orientar.

A partir de estas delimitaciones conceptuales, consideramos que distintos dispositivos de intervención pueden coexistir en una misma institución. Por ejemplo, una institución puede implementar al mismo tiempo: grupos de reflexión, terapia individual e internación. En algunos casos se secuencian los dispositivos como pasos progresivos de un tratamiento, en otros se indica el tipo de dispositivo de acuerdo a las características de cada paciente.

Los dispositivos involucrados en la asistencia del uso de drogas en nuestro país muestran una gran heterogeneidad. Hay modalidades de atención ambulatoria y de internación, más y menos restrictivas. Se diferencian dispositivos según se trate de abordajes individuales, grupales, familiares, comunitarios. Los marcos conceptuales van desde la Psiquiatría a enfoques de distintas vertientes del Psicoanálisis, pasando por terapias cognitivas y sistémicas. En los dispositivos grupales, también se encuentran modalidades tan diferentes como “grupos operativos” (Pichón Rivière, 1975) y grupos de autoayuda.

Entre los “especialistas” en este campo, se distinguen dos perfiles principales: a) los profesionales con formación universitaria en diversas disciplinas y b) los usualmente denominados “operadores socio-terapéuticos”, sin formación académica, que, en muchos casos, son usuarios de drogas rehabilitados, designados como ex-adictos. Esta diversificación del campo produce disputas por la incumbencia de la atención –que constituye uno de los problemas de investigación del presente estudio– y plantea complejos conflictos alrededor de los procesos de medicalización y de profesionalización (Turner, 1988), las estrategias de monopolio ocupacional, la búsqueda de autonomía técnica y las relaciones de hegemonía-subalternidad entre los “especialistas” (Menéndez, 1990) y entre las instituciones y corporaciones que los representan y agrupan.

Aunque los “especialistas” se posicionan de maneras diversas con relación a los paradigmas acerca del tema de las drogas, también se articula otro tipo de creencias y de prácticas en la problematización de este tema que tienen que ver con el sentido común y la experiencia. Nos referimos a las representaciones sociales.

Las representaciones sociales articulan lo psicológico y lo social (Jodelet, 1986; Marková, 1996). Son “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1986: 472-473). Son sistemas con una lógica propia, que se mantienen en el tiempo y son dinámicos. Moscovici señala que “poseen la naturaleza de un proceso psíquico apto para volver familiar, situar y hacer presente en nuestro universo interno lo que se halla a determinada distancia de nosotros, traducen la relación de un grupo con un objeto socialmente valorizado (...) motivan y facilitan la transposición de conceptos y teorías consideradas esotéricas al plano del saber inmediato e intercambiable, convirtiendo éstos en instrumentos de comunicación” (Moscovici, 1961: 42) Spink (1993) trabaja un concepto central de Moscovici que es que el de las representaciones sociales tienen poder creativo en su doble faz de ser estructuras estructuradas y estructuras estructurantes, desde una perspectiva constructivista. Considera dos ejes epistemológicos para explicar la génesis de las representaciones sociales: por un lado como una forma de conocimiento práctico para comprender y comunicar. Y, por otro lado, su surgimiento como construcción de carácter expresivo de sujetos sociales respecto de objetos socialmente valorizados. Al mismo tiempo, combinan la expresión de lo permanente con la multiplicidad y las contradicciones de la cultura.

Estos modos de conocer y de actuar influyen en el diseño y la implementación de los dispositivos de intervención y, por este motivo, resulta importante conocerlos ya que tienen efectos en las relaciones cotidianas de los “especialistas” con los usuarios de drogas.

2. Contexto político-social del uso de drogas

Entre los países en desarrollo, la Argentina es relativamente rica. No obstante, a pesar de esta riqueza relativa, es un país con un grado alto de pobreza y de desempleo. “Después de décadas con una distribución del ingreso estable, desde mediados de los setenta, la Argentina viene sufriendo profundas transformaciones distributivas. La desigualdad y la pobreza, que tradicionalmente se ubicaban en valores relativamente bajos y muy alejados del promedio latinoamericano,

están hoy en niveles récord, más cerca del resto de los países del continente” (Gasparini, 2002: 1).

2.1. Las condiciones del contexto: los efectos de la crisis

Durante los últimos veinte años, Argentina atravesó una gran reestructuración económica. En la década de 1990, se aplicaron políticas de desregulación de la economía, restricción fiscal, privatización de las empresas estatales y de la infraestructura básica, y descentralización de funciones sociales, como la salud y la educación. La crisis inflacionaria –que en 1989 había llegado al máximo del 3.000 por ciento– se controló, pero esta situación junto a los mercados competitivos y desregulados y la disciplina fiscal se asociaron con niveles más altos de desempleo; el índice de desocupación llegó, en octubre de 2001, al 18.3%.

En diciembre de 2001, colapsó el régimen de convertibilidad que regía desde 1991 y se anunció el control de cambios y la indisponibilidad de los depósitos. La fuerte devaluación de la moneda (de un peso a tres por dólar) produjo un rebrote inflacionario que tuvo secuelas mucho más graves entre los hogares de menores recursos, ya que el crecimiento de los precios de los productos alimenticios más básicos fue mayor que el de los otros bienes. En octubre de 2001, la proporción de pobres era de 38.3%. Desde entonces, la situación empeoró dramáticamente a raíz de la gran caída de la actividad económica, la desocupación, el empleo precario y el incremento del índice de inflación. Un informe gubernamental sobre la situación social Argentina señalaba que en mayo de 2002, había 20 millones de pobres (el 53% de la población), de los cuales 9.6 millones eran indigentes (SIEMPRO, 2002). Esta situación de crisis se hizo particularmente evidente en el Área Metropolitana de Buenos Aires⁴².

El análisis del contexto de grave crisis social, económica y política que atravesó la Argentina resulta de especial importancia para com-

⁴² El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es una de las cinco grandes áreas urbanas de América Latina. Incluye a la Ciudad de Buenos Aires y partidos del Conurbano Bonaerense (jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires). Estos últimos conforman el Gran Buenos Aires y, a su vez, se clasifican en primer y segundo cordón, con 11 y 13 municipios respectivamente. En una porción del territorio que no supera el 1% del total del país, el AMBA concentraba una población de 12.168.380 personas (un tercio del total del país), en mayo de 2002. Y genera alrededor del 50% del PBI del país.

prender las políticas, los servicios y las prácticas de uso de drogas en la década de 1994-2004. Es de destacar la tesis sostenida por diversos autores acerca de la influencia de las situaciones de crisis social en el curso de las epidemias de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual. Los “grandes eventos” como las guerras, las revoluciones, las transiciones políticas, los colapsos económicos, produjeron un incremento a gran escala del número de usuarios de drogas inyectables, de otras prácticas de riesgo en el uso de drogas y también del trabajo sexual, por ejemplo en Rusia, los países de Europa del Este, Indonesia, Afganistán, Pakistán y probablemente también en Colombia y en Sudáfrica. Estas situaciones de crisis social influyen también en el cambio de las redes de uso de drogas y en las redes de intercambio sexual debido a las migraciones forzadas, el terror, el hambre, la desarticulación de las redes informales de control social y los severos traumas que esas situaciones provocan en la población (Friedman y Aral, 2001; Hankins y otros, 2002; Friedman y Reid, 2002).

2.2. El sistema de salud y la oferta asistencial en materia de drogas

Para el sector salud, la década de 1990 también implicó una profunda reforma del sistema. Para comprenderla es necesario tener en cuenta que el sistema de salud en la Argentina, desde la década de 1940, está conformado por tres subsectores claramente diferenciados jurídica y financieramente: el estatal, el de las obras sociales y el privado. Los tres subsectores se interrelacionan, aunque cada uno tiene su lógica específica y está constituido por actores sociales que influyen en la gestión de las políticas sanitarias, configurando un sistema que tiende a la fragmentación.

En relación con la asistencia por uso de drogas, las acciones sanitarias tienen una complejidad aun mayor, dada por la existencia de un doble ámbito institucional de injerencia sobre esta temática: por un lado, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) –creada en 1989 y dependiente de la Presidencia de la Nación– y, por otro, el Ministerio de Salud y Acción Social. En la década de 1990, se produjo un marcado crecimiento de la oferta institucional de servicios en materia de drogas con efectores diversos, y se descentralizó la atención hacia el subsector privado a través de sistemas de subsidios y becas.

El **subsector estatal** de salud está, a su vez, conformado por tres jurisdicciones diferenciadas. A nivel nacional, existen establecimientos y programas dependientes de la Secretaría de Salud de la Nación, de las universidades nacionales, de las fuerzas armadas, de seguridad y de otros organismos de este nivel. Las jurisdicciones provinciales comprenden una serie de instituciones y programas que dependen de las secretarías de salud de cada provincia, de las universidades provinciales, de los organismos de seguridad u otros de ese nivel. A su vez, mantienen a través de sus presupuestos la oferta de servicios hospitalarios de segundo nivel de atención de mayor cobertura. Por último, a nivel municipal se administran establecimientos y programas que tienen la mayor cobertura a nivel de atención primaria de la salud. El subsector estatal cubre mayoritariamente la atención, prevención y promoción de la salud de población de sectores medios y bajos de la sociedad. Este subsector sufrió el impacto de las políticas de reforma del Estado, que tendieron a reducir su rol. Se implementaron políticas de privatización, concesión, focalización y descentralización traspasando funciones al nivel provincial, al municipal y a organizaciones de la sociedad civil.

Con relación a la atención por drogas, el Centro Nacional de Reeduación Social (CENARESO) –ubicado en la Ciudad de Buenos Aires– es el único establecimiento nacional. La provincia de Buenos Aires es la que cuenta con la estructura estatal más desarrollada; en 1993 creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones –hoy Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA) dependiente del Ministerio de Salud provincial– que a finales de la década de 1990 coordinaba alrededor de 110 servicios asistenciales, distribuidos en 18 regiones preventivo-asistenciales.

Las **obras sociales** son organizaciones, generalmente sindicales, que administran el aporte obligatorio de los asalariados, y son reguladas por el Estado. Cumplieron históricamente un papel financiador de las prestaciones médicas, contratando principalmente con prestadores privados. En pocos casos han desarrollado capacidad instalada propia.

En marzo de 1995, se sancionó la Ley 24.455 que estableció que las obras sociales “deberán incorporar como prestaciones obligatorias (...) la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y far-

macológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”.

El **subsector privado** está compuesto por prestadores individuales y entidades cuyo patrimonio pertenece a organizaciones civiles (lucrativas o no) y a empresas comerciales. Desde el punto de vista formal, están fiscalizadas por el Estado. También forman parte de este subsector instituciones de seguro de atención de los riesgos de enfermedad –denominados prepagos– que buscan cubrir a la población de altos y medianos ingresos, y de bajos riesgos.

En noviembre de 1996, se sancionó la Ley 24.754 que estableció que “las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme a lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455”. De esta manera, en la medida en que las empresas de medicina prepaga se equipararon con las obras sociales sindicales, deben cubrir el tratamiento por drogas. El subsector privado incluye también a diversas fundaciones y asociaciones sin fines de lucro –las denominadas organizaciones no gubernamentales– que reciben fondos del Estado mediante un sistema de subsidios y becas de tratamiento y que son contratadas por las obras sociales.

En el marco general de los cambios que provocó la instauración de las políticas neoliberales, se comprenden las transformaciones en el sector salud. Como señalan Stolkiner y otros (2000: 3). “la transformación regida por una tendencia hegemónica a someter el funcionamiento del sistema a la lógica del mercado, incorpora como premisas absolutamente indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva”.

2.3. La legislación sobre drogas

El tratamiento jurídico de la posesión de drogas para consumo personal es diferente en la legislación de los distintos países de América Latina. La Argentina está entre los países que la consideran un delito que merece la pena de prisión. Pero su consideración como delito no ha sido siempre la misma en la legislación penal Argentina. Entre

1926 y 1968, se trató como delito. Luego se realizó una modificación que expresamente excluía como infracción penal la posesión para uso personal. Esta situación continuó hasta el año 1974 cuando se sancionó la ley 20.771 que volvió a penalizar la posesión de drogas hasta con seis años de prisión, aunque estuviera destinada a uso personal. En 1986, la Corte Suprema declaró la inconstitucionalidad del artículo que lo establecía. Finalmente, en 1989, se sancionó la ley que rige en la actualidad, la que nuevamente lo considera delito (Niño, 2001).

La ley 23.737 sobre tráfico y consumo de drogas, actualmente en vigencia, fue promulgada en 1989. Esta ley sanciona penalmente la tenencia de drogas, cualquiera sea su cantidad y cualquiera sea el propósito con que se tenga la droga. En caso de que los estupefacientes estén destinados al consumo personal, la punición puede ser reemplazada por medidas alternativas de seguridad “curativas” o “educativas”, dependiendo de que se trate de un “drogadependiente” o de un “principiante” o “experimentador”.

Un primer cambio significativo respecto de la orientación de las políticas de prevención y asistencia del uso de drogas se observa con la gestión de la SEDRONAR a cargo de Lorenzo Cortese (2000-2001), en la que se admite y recomienda la aplicación de programas de reducción de daños en ciertas circunstancias. La resolución 351 de 2000, emanada de la SEDRONAR, resuelve recomendar al Ministerio de Salud de la Nación la adopción de programas o medidas de reducción de riesgos para la salud destinados “a personas adictas que: a) no estén integradas o atendidas en los servicios y programas existentes o que hayan fracasado repetidas veces en los mismos; b) a la vez esté expuesta a un alto riesgo de daño grave a su salud por enfermedades infecciosas que se relacionan con el abuso de drogas y que también pueda producir accidentes fatales”.

Asimismo, desde principios de la década de 2000, se presentaron diversos proyectos de ley que contemplaban la inclusión de medidas de reducción de daños o la modificación de normas que perjudicaran el desarrollo de este tipo de programas. También hubo una serie de proyectos legislativos tendientes a modificar la ley 23.737, así como a considerar el uso médico de sustancias ilegales como el cannabis. Más recientemente se presentaron proyectos de ley para despenalizar la tenencia de drogas para uso personal. Todo ello expresa un

debate político, impulsado en la Argentina por algunas organizaciones no gubernamentales y por el ámbito académico, en relación con las consecuencias negativas de la aplicación de la ley 23.737 que, al caracterizar el uso de drogas como delito, propicia procesos de estigmatización y criminalización de ciertos conjuntos sociales.

Otro debate más reciente –que se originó en la gobernación de la Provincia de Buenos Aires– se orienta al control de las redes de microtráfico. En junio de 2005, se sancionó la ley 26.052 que modificó la ley 23.737 al facultar a los fueros provinciales para intervenir en casos de tráfico a pequeña escala. Con anterioridad a esta ley, sólo la Justicia Federal tenía facultades para aplicar la ley de Drogas.

Este último debate está inscripto en la discusión acerca de la seguridad ciudadana. La interpretación de quienes critican esta iniciativa es que tiende a aumentar la persecución de las redes de consumo y venta de drogas ilegales en las poblaciones pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires, en un proceso que puede favorecer el aumento de la corrupción y la criminalización de la pobreza (Cymerman, 2005).

3. Tasas y tendencias del uso de drogas en Argentina

Argentina ha comenzado recientemente a implementar un sistema de vigilancia epidemiológica con relación al uso de drogas que aporte información sobre prevalencia de consumo, incidencia y abuso de sustancias psicoactivas. En el período en estudio, se han realizado dos encuestas nacionales en población general (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004) y un estudio en hogares en la Provincia de Buenos Aires (SADA, 2003). En población juvenil, se efectuó una encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media (SEDRONAR, 2001) y un estudio en población entre 16 y 26 años del conurbano bonaerense (SADA, 2004).

Con anterioridad a estos estudios, las estimaciones no contaban con fuentes verificables. No obstante, en 1995, la SEDRONAR estimaba que existían en la Argentina alrededor de 290.000 adictos y sostenía que el número de consumidores se había mantenido estable pero había aumentado la cantidad de experimentadores (Diario La Razón, 1995).

El Primer Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Argentina (Míguez, 1999⁴³) señaló que uno de cada 10 argentinos entre 16 y 64 años había consumido sustancias ilegales alguna vez en su vida y, aproximadamente, tres de cada 100 lo habían hecho en los 30 días anteriores. Poco tiempo después, en la Provincia de Buenos Aires, se calculaba que quince de cada 100 personas entre 15 y 65 años habían consumido drogas ilegales alguna vez en su vida y ocho de cada 100 lo había hecho en los últimos 12 meses (SADA, 2003⁴⁴). Estos datos sugerirían un incremento en el uso de drogas ilegales o, al menos, un mayor reconocimiento de esa práctica entre los entrevistados de la Provincia de Buenos Aires. A nivel nacional, no es posible confirmar esta tendencia, dado que el Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas no es comparable con el de 1999 “por razones de dominios muestrales, de ponderaciones de la muestra y de metodología de abordaje” (SEDRONAR, 2004: 4⁴⁵). Este estudio halló que, entre personas entre 15 y 65 años, siete de cada 100 habían consumido marihuana, y dos y media de cada 100 cocaína, alguna vez en la vida, en tanto que, en los últimos 12 meses, las prevalencias descendían a 1.9 y 0.3 respectivamente.

Es importante subrayar que numerosos estudios realizados a lo largo de la década hacen referencia al policonsumo de sustancias. Se destaca notoriamente la combinación del uso de bebidas alcohólicas junto con

⁴³ Estudio encomendado por la SEDRONAR a un equipo de investigadores del Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), dirigido por Hugo Míguez. Se trabajó con una muestra de 2.699 casos, que fue probabilística en hogares, con selección final del entrevistado de acuerdo a cuotas por sexo y edad representativas según el censo de 1991. Se entrevistaron personas de 16 a 64 años, de nivel socioeconómico bajo (60.5% de los entrevistados) y medio-alto (39.5%).

⁴⁴ El estudio contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET y la Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de Buenos Aires. Se trabajó con una muestra representativa de hogares para población de 15 a 65 años de edad residente en la Provincia de Buenos Aires.

⁴⁵ Se aplicaron dos cuestionarios diferenciales según grupo etéreo (uno de 12 a 15 y el otro de 16 a 55 años) con el objetivo de medir el consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, y un tercer cuestionario que relevó información sobre la composición y características de los hogares. La muestra comprendió 7.650 viviendas. El estudio se realizó junto con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) con vistas a asegurar la comparabilidad de los datos con un estudio a realizarse en el año 2006.

alguna otra droga (SEDRONAR-CENARESO, 1998; Mac Nally y otros, 1998; Ahumada, 2003; Rossi y otros, 2003b; SEDRONAR, 2004).

Cabe señalar que, en la Argentina, son pocas las investigaciones realizadas con usuarios de drogas no institucionalizados (Touzé y otros, 1999; Komblit y otros, 2002; Rossi y Rangugni, 2004); la mayoría se han realizado con población internada o ambulatoria de centros de rehabilitación (Míguez y Grimson, 1997; Komblit y otros, 1997). Los estudios que relevan los consultantes en servicios de emergencia o en centros de tratamiento buscan caracterizar el perfil de la población que acude a los mismos (SEDRONAR-CENARESO, 1998; SEDRONAR, 2003; Ahumada y otros, 2004).

Desde un punto de vista sociocultural, el consumo de drogas representa un fenómeno complejo que varía según la cultura, el momento histórico, el tráfico, los grupos sociales y los discursos que se construyen sobre el “problema de la droga”. Respecto a la asociación entre prácticas de uso de drogas y problemas de salud en poblaciones urbanas pobres, la bibliografía internacional indica que los estudios de relevancia en el campo de las ciencias sociales se centraron en la dinámica de las redes sociales y las estrategias de vida grupal (Friedman y otros, 2001); en la diversidad de modalidades de uso de drogas y la vida cotidiana de sujetos y grupos (Romaní, 1992); en el problema de la violencia y la supervivencia en las calles (Bourgois y Elhaik, 2002).

Los sentidos que los sujetos construyen acerca del uso de drogas se asocian con el contexto de consumo, con el tipo de sustancia, y con la edad y sexo de los sujetos. Diversos estudios que indagan sobre las representaciones y prácticas de usuarios de drogas dan cuenta de esta variabilidad y diversidad.

Míguez (1997b) observó, en 659 internados en comunidades terapéuticas⁴⁶, que los varones manifestaban que las fiestas y los grupos de amigos constituían situaciones en las que se consumían drogas, caracterización que se acentuó entre los de menos edad, mientras que, en las mujeres, el consumo se vinculaba con la situación de pareja y con las relaciones sexuales, especialmente en las menores de 21 años.

⁴⁶ La mayor parte de los internados era gente muy joven, casi el 60% de ellos estaba por debajo de los 21 años. Los varones representaban el 80% de los casos internados.

Otro estudio (Ianowski y Colombo, 1999⁴⁷) realizado en Viedma, Provincia de Río Negro, describió que las drogas eran percibidas como estimulantes y como guías para las prácticas sociales, más que como sustancias ilegales. Al mismo tiempo, mostró que el inicio del consumo se realizaba en compañía de un familiar, amigo y en menor medida, un compañero de trabajo o estudio. Entre las motivaciones del consumo, se mencionaron el placer, la tranquilidad y la costumbre, pero también el aburrimiento, la búsqueda de aislamiento, la carencia de un reconocimiento social y la necesidad de no sentirse discriminado por sus pares. Los autores concluyeron que, según los individuos o los grupos, hay diversidad de efectos, frecuencias y funciones del uso de drogas. Un estudio posterior en Buenos Aires (Rossi y otros, 2003b⁴⁸) llegó a conclusiones similares, contradiciendo algunos de los estereotipos frecuentes sobre los consumidores de drogas, por ejemplo, el que refiere que sólo viven pendientes de su consumo; de hecho, el 65.3% de los usuarios encuestados trabajaba y la media de cantidad de horas trabajadas por semana era de 39 horas.

La diferenciación del consumo por sustancia permite conocer las particularidades del uso de cada droga, comenzando por la cocaína en sus diferentes formas y vías, siguiendo por el cannabis, el alcohol y los medicamentos no prescriptos.

3.1. Consumo de cocaína

Según los estudios disponibles, el consumo de clorhidrato de cocaína sería mayor en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires que en otras partes del país. El Primer Estudio Nacional (Míguez, 1999) halló en la Ciudad de Buenos Aires una prevalencia en los últimos 30 días de 1.7% versus 1.2% del promedio nacional, mientras que en el Estudio Provincial de Hogares (SADA, 2003) este indicador fue del 1.4%.

Si bien, como se señalara los Estudios Nacionales de consumo de drogas, no son comparables, en ambos, el grupo etáreo de 16 a 24 años

⁴⁷ El estudio indagó las representaciones y hábitos de 17 consumidores de drogas ilegales no internados en instituciones. El consumo por parte de los entrevistados era de al menos una vez por mes, sostenido por lo menos por un año. Del total de entrevistados, sólo 5 consumían cocaína, el resto cannabis.

⁴⁸ Se entrevistaron 150 usuarios de cocaína inhalada, aspirada o fumada que hubieran consumido al menos una vez en el mes previo a la encuesta y que no estuvieran en tratamiento por uso de drogas.

fue el que presentó la mayor prevalencia de uso frecuente de cocaína (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004).

Respecto a la distribución por sexo, el Primer Estudio Nacional señaló una progresiva equiparación de la mujer al varón en el uso frecuente de cocaína. No obstante, la mayoría de las investigaciones muestran mayor consumo en los varones. En un estudio con grupos en situación de pobreza, la razón varón/mujer fue de 3 a 4 varones por cada mujer (Míguez, 1997a⁴⁹). Estos datos son consistentes con los resultados del Segundo Estudio Nacional (SEDRONAR, 2004) que arrojaron prevalencias de vida, en la franja etaria de 12 a 15 años, de 0.2 para varones y 0.0 para mujeres, y de 4.1 y 0.9 respectivamente en la población entre 16 y 65 años. Las redes de consumo son también diferentes por sexo. Resulta más habitual encontrar redes de consumo conformadas únicamente por varones, o por varones y alguna mujer no muy estable en el grupo, que redes de consumo conformadas sólo por mujeres (Rossi y otros, 2003b).

En relación con el nivel socioeconómico, en el Primer Estudio Nacional, se observó que predominaban los grupos ubicados en un nivel socioeconómico bajo en el uso frecuente en los últimos 30 días, conformando un perfil sociodemográfico similar al del abuso de alcohol, asociado a las situaciones de mayor vulnerabilidad social. Míguez (1997a) considera que la cocaína dejó de ser una sustancia considerada de consumo casi exclusivo de sectores de alta capacidad económica, como lo era décadas atrás, para pasar a ocupar un lugar de agente catalizador o de “uso utilitario” como reductor del miedo, tal como tradicionalmente lo ha tenido el alcohol.

Una tendencia emergente en esta década es el uso de pasta base de cocaína que pareciera haberse extendido en los últimos años. Si bien ambos Estudios Nacionales refirieron prevalencias de consumo de pasta base menores que las de clorhidrato, el segundo destacó un mayor nivel de alarma social respecto de su consumo.

Uno de los primeros estudios cualitativos realizados en Buenos Aires sobre el uso de esta sustancia (Goltzman y otros, 2002⁵⁰) describió la

⁴⁹ Se entrevistaron 137 casos de consumo actual de cocaína de por lo menos una vez al mes, residentes en dos barrios del norte del Conurbano Bonaerense.

⁵⁰ Este estudio, desarrollado por la Asociación Intercambios con apoyo de la FIUC, entrevistó a 31 usuarios de pasta base de cocaína y crack de barrios pobres de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires (Goltzman y otros, 2000).

diversidad de sensaciones que los entrevistados le asociaban, entre las que se destacaban aumento de la actividad psicomotriz, rigidez, y “sensación de paranoia”. La poca y vaga información que los usuarios tenían sobre las sustancias, las combinaciones y los efectos se relacionaron con un escaso conocimiento respecto de los cuidados a adoptar en el consumo.

Una mención particular merece la práctica de consumo inyectable, siendo la cocaína la sustancia más consumida por esta vía (Kornblit y otros, 2002; Touzé y otros, 1999; Rossi y Rangugni, 2004), a diferencia del patrón de consumo en otros países donde prevalece el uso inyectable de heroína.

El uso de drogas inyectables (UDI) es una práctica fundamentalmente masculina, con una prevalencia de alrededor del 80% de varones y el 20% de mujeres, similar en los diferentes estudios (Kornblit y otros, 1997 y 2002; Touzé y otros, 1999; Rossi y Rangugni, 2004).

Respecto a la distribución de las edades, el uso inyectable tiende a ser más frecuente en sujetos mayores. Mientras que, a finales de 1990, las edades de los UDIs se concentraban (43%) entre los 26 y los 34 años (Kornblit y otros, 1997), estudios más recientes hallaron que casi la mitad (48.5%) de 140 UDIs entrevistados tenía entre 30 y 39 años (Rossi y Rangugni, 2004). Esto se comprende si se tiene en cuenta que el uso inyectable es, actualmente y en nuestro medio, una práctica menos extendida que décadas atrás.

3.2. Consumo de cannabis

Entre las drogas ilegales en la Argentina, el cannabis es la de mayor consumo (Míguez, 1999; Kornblit y otros, 2002), especialmente en la Ciudad de Buenos Aires donde los índices de uso en los últimos 30 días alcanzaban un 7.7% contra el 2.2% del promedio nacional (Míguez, 1999). Con respecto a la población juvenil, la primera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media (SEDRONAR, 2001⁵¹) indicó que un 5% de los jóvenes la había usado alguna vez y algo menos del 2% en los últimos 30 días.

⁵¹ La encuesta fue autoadministrada y la respondieron 31.600 estudiantes de 12 a 17 años, de 676 colegios públicos y privados de la Argentina, en 333 localidades (capitales de provincia y localidades del interior). La muestra es representativa de 2.778.763 de jóvenes escolarizados.

A diferencia de otras sustancias, se relevaron altos índices de monoconsumo; 66.5% de la población que usaba drogas ilegales consumía una sola sustancia, predominando el cannabis (Míguez, 1999).

Los datos oficiales (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004; SADA, 2003) indican que, como con la cocaína, el uso de cannabis pareciera tener un perfil sociodemográfico similar al del abuso de alcohol, asociado con más frecuencia a poblaciones en situación de pobreza. Este resultado no se corresponde con la percepción general acerca de la extensión de su uso también en sectores medios y altos, y puede deberse a un sesgo metodológico en la recolección de los datos. Cabe señalar que el mercado de cannabis es uno de los más accesibles (Míguez y Grimson, 1997) y la tolerancia social hacia su consumo es mayor que hacia otras sustancias ilegales.

La edad de inicio en su consumo pareciera más temprana que en el de la cocaína, si bien los promedios de edad difieren según los estudios: 11,9 años (SEDRONAR, 2004), 15 años (SEDRONAR, 2001). Al igual que con la cocaína, la mayor prevalencia de uso frecuente de cannabis se encontró en el grupo etario de 16 a 24 años (Míguez, 1999; SEDRONAR, 2004).

Los estudios cualitativos muestran diversas representaciones de los propios consumidores sobre sus pares, en función de la sustancia que usan. El usuario de cannabis fue descrito como tranquilo, comunicativo, pacífico, amable, creativo, normal, en tanto que el de cocaína era representado como un sujeto cerrado, opaco, frío, vicioso, alguien con quien no se puede charlar y autodestructivo (Ilanowski y Colombo, 1999). En el mismo sentido, en un estudio etnográfico realizado en Buenos Aires (Mac Nally y otros, 1998), los usuarios de drogas entrevistados atribuían un valor recreacional social al cannabis, considerándolo menos perjudicial para la salud y que no creaba dependencia física. En contraposición, juzgaban que los efectos de la cocaína eran más peligrosos y que promovían el aislamiento social.

3.3. Consumo de Alcohol

Diversos estudios han demostrado que, en la década estudiada, hubo un incremento en el uso de bebidas alcohólicas en la población general. Pareciera que el aumento fue importante entre 1990 y 1997 (Míguez, 1999).

Este aumento de consumo de bebidas alcohólicas se concentró en los jóvenes. Tomando el grupo de 18 a 24 años, un estudio nacional de opinión pública realizado por una consultora (Gallup, 2000) mostró que entre 1984 y 2000 había crecido significativamente el porcentaje de bebedores ocasionales, en menor proporción había crecido el porcentaje de bebedores asiduos, mientras disminuía claramente el número de abstemios. Los datos oficiales también indicaron esa tendencia, ya que la población de 16 a 24 años fue el grupo de edad que presentó la mayor prevalencia (79.5) de uso de alcohol en los últimos 12 meses (SEDRONAR, 2004), en tanto que, entre estudiantes de enseñanza media, la prevalencia del consumo de alcohol fue del 64.4% (SEDRONAR, 2001). El perfil del abuso, así como el de la dependencia, también correspondió a un grupo predominantemente joven, que además tenía menor nivel educativo y situación económica precaria (Míguez, 1999). Otros estudios confirman que las drogas legales –como el alcohol y el tabaco– son las más consumidas por los jóvenes del país (Ahumada, 2003).

El 80% del incremento en la ingesta de alcohol referido entre 1990 y 1997 se relaciona con el uso de cerveza (Míguez, 1999; Diario la Nación, 1998). Esta fue la bebida más mencionada (80%) seguida por el vino (50%) por los estudiantes de escuelas medias (Ahumada, 2003). La Cámara de la Industria Cervecera informó que en la Argentina se pasó de la venta de 240 millones de litros de cerveza en 1980, a 1.300 millones de litros en el 2003; esto equivale a un crecimiento del 400%.

El consumo de alcohol es mayor en los varones que en las mujeres (8 de cada 10 varones versus 7 de cada 10 mujeres) (Míguez, 1999; Diario la Nación, 1998) aunque con menor diferencia que en otras sustancias ya mencionadas. No obstante, se observó una prevalencia mayor en mujeres (39.6 versus 37.9) en los jóvenes entre 12 y 15 años (SEDRONAR, 2004).

Respecto a la edad de inicio, se estima que alrededor del 75% de los argentinos comenzaron a tomar alcohol antes de cumplir los 18 años. De este porcentaje, 1 de cada 10 consumió por primera vez antes de los 13 años, el 31% entre los 13 y los 15 años y poco más de un tercio después de los 16 años (Míguez, 1999).

Tomando datos relevados de personas que concurrieron a centros de tratamiento, en un estudio que analiza un mes típico (SEDRONAR-CENARESO, 1998⁵²), se observó en las drogas de mayor consumo, una predominancia de alcohol entre los varones (77%.) Conjuntamente, el consumidor de alcohol también fue mayoritariamente soltero, desempleado, desocupado o con trabajo ocasional, y, en este caso, se observó una distribución homogénea en las diferentes categorías educacionales. Cabe destacar que en una semana típica, del 82% de la población atendida por urgencias relacionadas al consumo de drogas, el 56% identificó monoconsumo de alcohol. Respecto a la frecuencia de consumo, el 77.7% del total de la muestra informó ingestión diaria de alcohol.

3.4. Consumo de medicamentos no prescriptos

Un análisis sobre la base de datos del INDEC sobre las ventas de fármacos por grupo, mostró que en el año 2001 el consumo de psicofármacos creció con respecto al año 2000. En el año 2002 el crecimiento fue de tal magnitud (17%) que este grupo farmacológico lideró las ventas de todos los grupos. Las benzodiacepinas, que poseen propiedades ansiolíticas, sedantes e hipnóticas, estaban en primer lugar en el 2002. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (los más usados actualmente) tuvieron un incremento en ventas de un 14% (Cortesi, 2004).

En la población general, el consumo de medicamentos psicotrópicos con uso ilícito (fuera de prescripción médica) alcanzó el 4.3% de prevalencia de vida; medida para los últimos 30 días fue de 1.2% de la población entre 16 y 64 años. En el uso de sedantes, predominó el género femenino, mientras que en el de estimulantes, el masculino. El promedio de edad de iniciación con sedantes fue de 27 años, mientras que el de estimulantes fue de 20. La población que usó estimulantes en más de cinco oportunidades en los 30 días anteriores a la encuesta (0.1% del total de población) pertenece mayoritariamente a sectores pobres y es una población más bien joven. En cambio, la que usó frecuentemente sedantes es de sectores medios-altos y

⁵² Estudio realizado con personas que concurrieron a centros de tratamiento por drogas en el AMBA y la ciudad de La Plata. Del total de la población consultante, el 66.2% provenía de la Provincia de Buenos Aires y el 33.8% de la Ciudad de Buenos Aires.

mayor edad que la que usó estimulantes (Míguez, 1999). Este último dato es consistente con un estudio posterior que halló en los adultos mayores (50 a 65 años) las prevalencias de consumo de sedantes más altas (SEDRONAR, 2004).

Por otro lado, la información recopilada sobre adolescentes escolarizados mostró que la prevalencia del último año del consumo de psicofármacos alcanzó el 4.8%, ubicándose detrás del alcohol y el tabaco, y en porcentaje similar a las drogas ilegales (Ahumada, 2003).

En un estudio con población institucionalizada (en centros de tratamiento y/o emergencia), se describió a los psicofármacos como uno de los mercados más accesibles, refiriendo su venta en pequeñas cantidades en ámbitos públicos. La disponibilidad de morfina, codeína y psicofármacos se vinculó principalmente a su disponibilidad en farmacias. En otros casos, el acceso a estas sustancias se obtenía cuando los sujetos trabajaban en instituciones asistenciales, donde las faltas de control permitían la obtención tanto de las drogas como de los instrumentos necesarios para inyectarse (Míguez y Grimson, 1997).

Otros estudios hallaron que el 14.4% de personas que concurren a centros de tratamiento y el 82% de la población atendida por urgencias relacionadas al consumo de drogas declararon haber consumido flunitracepan –en su variedad comercial Rohypnol (SEDRONAR-CENARESO, 1998) y mostraron que las personas institucionalizadas consumían en mayor proporción tranquilizantes que las no institucionalizadas (Kornblit y otros, 2002).

4. Problemas de salud asociados al uso de drogas

Diversas investigaciones dan cuenta de las prácticas de cuidado y de riesgo relacionadas con el uso de drogas, así como también de los problemas de salud asociados con estos consumos. En forma particular, los estudios se han centrado en la transmisión de agentes infecciosos como el VIH y los virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC) a través del uso compartido de material de inyección o por prácticas sexuales no protegidas.

En Argentina, de los 26.832 casos acumulados de SIDA notificados al 15 de septiembre de 2004, el 34% reportó como vía de transmisión el uso de drogas por vía inyectable (Programa Nacional de Lucha contra

los Retrovirus del Humano, Sida y ETS, 2004). Si bien estos datos no reflejan el patrón actual de la epidemia, ya que del total de las personas que desarrollaron SIDA en el año 2003 sólo el 16.4% se asociaron a esta vía de transmisión, su impacto afectó muy particularmente a población usuaria de drogas.

Hay estudios parciales realizados en la Argentina acerca de la prevalencia del VIH en UDIs. Otro importante problema de salud asociado a esta práctica, al que todavía no se le ha dado la suficiente entidad a pesar de la dimensión que tiene para la salud pública, es la alta prevalencia de hepatitis C en UDIs. Las prevalencias se ubican entre el 70 y el 90% en diversas ciudades del mundo (Marco y Schouten, 2000).

En un estudio en sectores pobres del Conurbano Bonaerense se examinaron 174 UDIs. El 44.3% tuvo resultado positivo al VIH, el 54.6% al VHC, el 42.5% al VHB y el 14.5% fue positivo al HTLV II, mientras un 2.3% fue positivo al HTLV I. De la población estudiada, sólo el 37% no tenía ninguna infección; el 63% tenía uno o más virus. De las personas VIH positivas, sólo el 6.5% no estaban coinfectadas; el 88.3% estaban coinfectadas con VHC, y el 68.8% lo estaban con VHB. A su vez, de las personas infectadas con VHC, el 71.6% estaban coinfectadas con el VIH (Rossi y otros, 2002).

Aunque en menor medida, las tasas de infección entre usuarios de drogas no inyectables también son elevadas si se las compara con la población general. Una investigación en 504 usuarios de cocaína no inyectable del Área Metropolitana de Buenos Aires encontró prevalencias de 6.3% para VIH, 9% para VHB, 7.5% para VHC y 4.2% para sífilis. El análisis multivariado mostró que la variable más significativa asociada al riesgo de tener VIH fue haber tenido una pareja viviendo con VIH/SIDA, mientras que, para la infección por VHC, la variable más significativa fue haber tenido una pareja UDI (Rossi y otros, 2003a).

Respecto de las prácticas de cuidado y riesgo, el 80% de una muestra de UDIs en Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mar del Plata reconoció compartir jeringas o haberlas compartido al inyectarse drogas, si bien el 94% dijo que el riesgo de compartirlas respecto a la infección por VIH era alto/muy alto. Alrededor del 40% compartía habitualmente, el resto ocasionalmente. Casi la mitad de los entrevistados dijeron haber pensado en la posibilidad de tener SIDA en alguna oportunidad

en la que se sintieron enfermos. El 86% de los que creían haberse infectado lo había pensado a raíz del uso habitual de sustancias y un 60% también lo había pensado vinculado a las relaciones sexuales (Kornblit y otros, 1997).

El uso de drogas inyectables pareciera haberse modificado en los últimos años en el AMBA. Una investigación encontró que había descendido la frecuencia de uso diario (de 43.6% en 1998 a 5% en 2003), aumentando la frecuencia de quienes se inyectaban más esporádicamente⁵³. El uso inyectable pasó de ser una práctica grupal a ser más individual (el 80% se inyectaba con otros en 1998, este porcentaje bajó al 42.4% en 2003); se tornó una práctica más oculta, desarrollada principalmente en el ámbito doméstico. El estudio concluyó que el impacto de la epidemia de SIDA entre los UDIs había sido uno de los principales motivos de los cambios en los patrones de uso; el 87.9% de los entrevistados afirmó haber tenido algún familiar, amigo o conocido muerto a causa del SIDA (Rossi y Rangugni, 2004).

5. Dispositivos de intervención en drogas y demanda de atención

En un estudio realizado con 150 usuarios de cocaína inhalada en Buenos Aires, se indagó sobre la percepción del propio consumo de drogas: el 50% de los entrevistados dijo que usar drogas no los había hecho “sentirse enfermos” (Rossi y otros, 2003b). Coincidentemente, el 71.4% –de 31 usuarios de pasta base de cocaína entrevistados en otro estudio– expresó que consumir drogas no le “había traído” ninguna enfermedad (Goltzman y otros, 2002). Estos datos muestran que la percepción que los sujetos tienen acerca de su cuerpo, de la salud y la enfermedad, dista de la representación social hegemónica del usuario de drogas como “enfermo”, que totaliza este atributo transformándolo en una identidad cristalizada, externa al sujeto y uniforme. Resulta de interés vincular este análisis con las recomendaciones del Primer Estudio Nacional que insistía en atender especialmente la problemática del consumidor quien, a diferencia del dependiente, no tendría un lugar definido dentro de un marco de asistencia basado ex-

⁵³ En el estudio se encuestaron 140 usuarios inyectables de drogas actuales, 35 parejas de UDIs; se realizaron 17 entrevistas en profundidad a UDIs y dos grupos de discusión.

clusivamente en la rehabilitación (Míguez, 1999). Es necesario tener en cuenta estas consideraciones a la hora de analizar la información disponible sobre los dispositivos y la demanda de atención.

En relación con las características de la demanda, el Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento (Ahumada y otros, 2004⁵⁴) señaló como dato relevante que, cuando se les preguntó a los pacientes cuál era la droga que había motivado el tratamiento, el alcohol ocupó el primer lugar. Un 35.8% ingresó por problemas de alcoholización. Le siguieron la marihuana (19.5%) y el clorhidrato de cocaína (15.2%). Datos de la Provincia de Buenos Aires parecerían indicar un patrón diferente o una mayor diversificación de los servicios a los que se consulta, según se trate del uso de drogas legales o ilegales; en 1995 el consumo de cocaína motivó el 78% de las consultas del Conurbano Bonaerense y el 46% de las consultas del resto de la provincia de Buenos Aires (SADA, 1998⁵⁵).

Volviendo a los datos nacionales, los tranquilizantes, sedantes, depresivos y estimulantes fueron identificados como los tipos de droga que motivaron la demanda de tratamiento prevalentemente en las mujeres, mientras que el alcohol y las sustancias ilegales se identificaron como el motivo de demanda de tratamiento prevalente en el sexo masculino. Sólo un 27% de los pacientes acudieron al tratamiento voluntariamente y en igual proporción por indicación legal. La presión familiar o de amigos fue la razón para iniciar un tratamiento en un cuarto de los pacientes. La indicación legal tuvo un alto peso en los varones, más de un tercio frente al 10% en las mujeres. Acudieron al tratamiento en forma voluntaria preferentemente los pacientes de 40 años o más, mientras que los pacientes que llegaron al tratamiento presionados por familiares o por indicación legal pertenecían en su mayoría al grupo de edad de 15 a 19 años. Los Hospitales y/o Clínicas Psiquiátricas recibieron el 48% de sus pacientes por vía legal y el 44% de los pacientes en comunidades terapéuticas acudieron en forma voluntaria (Ahumada y otros, 2004). En un estudio anterior (SEDRONAR-CENARESO, 1998⁵⁶), la demanda voluntaria en centros

⁵⁴ Se tomó una encuesta a 3.830 pacientes en tratamiento, aplicándose a una muestra de 21 centros de tratamiento de un universo de 886 relevados en el 2003.

⁵⁵ Este estudio abarcó 14.150 pacientes que ingresaron entre enero de 1995 y marzo de 1998 a centros públicos de tratamiento de la provincia de Buenos Aires.

⁵⁶ Se relevaron 74 consultas por consumo de drogas durante un mes típico en centros especializados del AMBA y la ciudad de La Plata.

especializados fue similar (44.6% consultó voluntariamente, 36.5% por amigos o familiares, 13.5% por indicación legal). Estos datos podrían estar indicando un entramado más fuerte entre los dispositivos de criminalización y de medicalización-psiQUIATRIZACIÓN.

Con respecto a las características de los dispositivos de intervención, el estudio nacional definió como Centro de Tratamiento “a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, donde acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un problema de consumo de sustancia psicoactiva. De esta manera, tanto un hospital psiquiátrico que atiende varias problemáticas psicopatológicas y psiquiátricas como un centro especializado solamente en el tratamiento de la toxicomanía forman parte del universo. Se consideran todos aquellos dispositivos terapéuticos, privados, estatales, religiosos u otros que separan al paciente, cualesquiera sea su edad, de su contexto cotidiano de vida: hospitales generales, hospitales psiquiátricos, clínicas y centros especializados, comunidades terapéuticas, etc., al igual que los llamados ‘hospitales de día y de noche’. Dispositivos como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, en su modalidad ambulatoria o grupal, también se incorporaron” (Ahumada y otros, 2004: 8). Un tercio de los pacientes recibían tratamiento en hospitales generales y otro tercio en centros especializados, un 20% en clínicas psiquiátricas y un 17% en comunidades terapéuticas. El 71.6% de los pacientes se atendía en centros públicos. En relación a los tipos de tratamientos, si bien el ambulatorio predominaba en ambos sexos, era menor en los varones. Un cuarto de ellos estaba en tratamiento residencial frente al 12% en las mujeres. Los centros públicos atendían el 64% de sus pacientes en forma ambulatoria y el 22% en forma residencial, mientras que los privados atendían el 59% de sus pacientes en forma ambulatoria y el 10% en forma residencial.

Es importante en este apartado tener en cuenta que la información recolectada está mayoritariamente orientada por el paradigma abstencionista y refiere a una población relacionada con dispositivos que buscan la supresión del consumo, en general asentados en instituciones formales alejadas de los contextos de uso.

Las investigaciones orientadas por el paradigma de la reducción de daños aportan información importante sobre las redes de usuarios

de drogas y sus localizaciones geográficas, permitiendo no sólo el análisis en su contexto local sino la posibilidad de implementar programas de intervención comunitaria. Uno de estos estudios encontró una asociación significativa entre la disminución del uso compartido del material de inyección y la vinculación con un programa de reducción de daños. También señaló que estos programas eran responsables por el incremento de la información referida a la gestión de los riesgos para la salud y por la entrega continua de elementos preventivos como material de inyección estéril y preservativos (Rossi y Rangugni, 2004).

6. Consideraciones finales

En las poblaciones urbanas pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires, se produjeron cambios durante la última década, en el tipo y la calidad de las drogas de mayor consumo.

Aumentó el uso de pasta base de cocaína y de medicamentos no prescritos, especialmente entre los más jóvenes. Estas sustancias y el cannabis, que se usan simultánea o sucesivamente con cerveza o vino, son las que más frecuentemente se encuentran en las zonas pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires. Dicho consumo se relaciona con la extensión del tráfico de drogas y de las redes que lo protegen, apoyándose en quienes encuentran, en los ingresos económicos ilegales, una forma de afrontar la desocupación, por lo que aumentó la oferta de drogas en comunidades que en otros tiempos hubieran estado lejos de ese consumo. En este marco de crisis económica y exclusión social, las políticas estatales de drogas se orientan a un mayor control del consumo que, en algunos casos, deriva en la criminalización de los sectores más pobres, mediante la asociación entre delito y consumo, y la identificación de las redes de microtráfico que operan en estos ámbitos.

Por su parte, los estudios nacionales y gubernamentales no sólo encuentran resultados que indican un policonsumo de drogas frecuente, sino que focalizan sus observaciones en el alto consumo de alcohol de la población más joven, en tanto antesala de una secuencia de sustancias que le seguirían inevitablemente (concepto de “carrera”). Mientras crecen estos tipos de consumo múltiples, los estudios centrados en el uso inyectable de drogas observan cambios importantes

condicionados por el impacto del VIH/SIDA en estos grupos de usuarios.

Los estudios de tipo cualitativo o centrados en patrones socioculturales aportan una mirada al fenómeno que permite contrastar los estereotipos sobre el usuario de drogas con la diversidad del consumo y de los consumidores, sus patrones de conducta influenciados por la edad o el género, la importancia de los grupos de pares y las diferencias según las condiciones socioeconómicas.

7. Bibliografía

1. AHUMADA, G. (2003): *Consumo de alcohol en jóvenes*. Buenos Aires: SEDRONAR.
2. AHUMADA, G.; M. BRASESCO; S. MIORIN (2004): *Primer Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento*. Buenos Aires: SEDRONAR.
3. BOURGOIS, P. y T. ELHAIK (2002): "Drogas, farmacología y discurso social en Francia. Perspectivas etnográficas" en: *Revista Análisis*. N° 4. Medellín: GRITO-FIUC y FUNLAM.
4. CORTESI, S. (2004): "La salud mental y la crisis Argentina" en: *Buenafuente.com Salud*. [en línea] <<http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6449>> [consulta 6/1/2004].
5. CYMERMAN, P.; D. ROSSI; M. VILA; P. GOLTZMAN; G. TOUZÉ (2005): "Drug policy reform in a social context of more penal persecution" en: Libro de resúmenes de la *16th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Belfast: IHRA.
6. FOUCAULT, M. (2002): *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
7. FRIEDMAN, S.R. y S. ARAL (2001): "Social networks, risk-potential networks, health, and disease" en: *Journal of Urban Health*, 78:411-418.
8. FRIEDMAN, S.R. y G. REID (2002): "The need for dialectical models as shown in the response to the HIV/aids epidemic" en: *International Journal of Sociology and Social Policy*, 22:177-200.
9. GALLUP (2000): *Estudio de opinión pública*. Buenos Aires: Gallup Argentina.
10. GASPARINI, L. (2002): "La decadencia distributiva Argentina" en:

Observatorio Social N° 9. [en línea] <<http://www.observatoriosocial.com.ar/n9-5.pdf>> [consulta 26/10/2003].

11. GOLTZMAN, P.; P. CYMERMAN; D. ROSSI; G. TOUZÉ (2000): "Cooperación entre la Federación Internacional de Universidades Católicas y una ONG" en: Libro de resúmenes del *Fórum 2000, I Forum e II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/Sida y ETS*. Río de Janeiro, 6-11 de noviembre.
12. GOLTZMAN, P.; P. CYMERMAN; D. ROSSI; G. TOUZÉ (2002): "Uso de pasta base de cocaína y prácticas sexuales: desafíos para la prevención del VIH/SIDA" en: Libro de resúmenes del *Foro Mundial Drogas y dependencias. Un reto para la sociedad*. Montréal, 22-27 de septiembre.
13. HANKINS, C.A.; S.R. FRIEDMAN; T. ZAFAR; A.S. STRATHDEE (2002) "Transmission and prevention of HIV and STD in war settings: implications for current and future armed conflicts" en: *AIDS*, 16:2245-2252.
14. IANOWSKI, M.V. y J.G. COLOMBO (1999): *Ni todo bien ni todo mal. Estudio sobre representaciones y hábitos de consumidores de drogas ilegales*. Viedma: Universidad Nacional del Comahue: CURZA.
15. JODELET, D. (1986): "*La representación social: fenómenos, concepto y teoría*" en S. MOSCOVICI (comp.): *Psicología Social*. Madrid: Paidós.
16. KORNBLIT, A.; L. GIMENEZ; A. MENDES DIZ; M. PETRACCI; J. VUJOSEVICH (1997): *Y el Sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad*. Buenos Aires: Corregidor.
17. KORNBLIT, A.; A. MENDES DIZ; A.C. CAMAROTTI; G. CALVI (2002): "Perfiles sociales de consumidores de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires". Informe de investigación PICT 1999 N° 5007. Buenos Aires: FONCyT [Mimeo].
18. MAC NALLY, M.T.; M.I. MENÉNDEZ; N. RABETZKY; C. VIALE (1998): *Etnografía de la Droga. Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas*. Buenos Aires: Espacio.
19. MARCO, M. y J. SCHOUTEN (2000): "The Hepatitis Report: A Critical Review of the Research and Treatment of Hepatitis C Virus (HCV) and Hepatitis & HIV Coinfection". Comunicación presentada en: *XIII International AIDS Conference*, Durban, 9-14 julio. [en línea] <<http://aidsinfonyc.org/tag/comp/heprpt.html>> [consulta marzo de 2005].

20. MARKOVÁ, I. (1996) "En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales" en D. PÁEZ y A. BLANCO (editores): *La teoría sociocultural y la Psicología Social actual*. Madrid: Aprendizaje.
21. MÁRQUEZ, M. (1995): *De la discriminación a la solidaridad. El grupo de ayuda mutua y las personas infectadas de VIH/SIDA*. Buenos Aires: Kairós.
22. MÍGUEZ, H. (1997a) "Cocaína, pobreza y nueva pobreza" en: *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*. Buenos Aires, pp. 231-236.
23. MÍGUEZ, H. (1997b) "El Paciente Adicto" en P. SOROKIN (Compiladora): *Drogas, mejor hablar de ciertas cosas*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA.
24. MÍGUEZ, H. (1999) *Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina*. Buenos Aires: SEDRONAR.
25. MÍGUEZ, H. y GRIMSON, R. (1997): *Patrones socioculturales del abuso de drogas intravenoso*. Buenos Aires: Fundación Proyecto de vida.
26. MENÉNDEZ, E. (1990): *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
27. MOSCOVICI, S. (1961): *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
28. NIÑO, L. (2001): "El enfoque jurídico. Los muertos que vos matáis" en: *Encrucijadas*. Año 1 n° 8 (junio). Buenos Aires: UBA.
29. NOWLIS, H. (1975): *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: UNESCO.
30. O'DONNELL, G. y O. OSLAK (1976): *Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CEDES.
31. O'HARE, P. (1994): "Redução de danos: alguns princípios e a ação prática" en F. Mesquita y F. Bastos (org.): *Drogas e AIDS. Estratégias de Redução de danos*. Sao Paulo: Hucitec.
32. PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVI-RUS DEL HUMANO, SIDA Y ETS (2004): *Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina*. Año XI, n° 23 (octubre). Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

33. PICHON RIVIÉRE, E. (1975): *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
34. RAMÍREZ MONAGAS, B. (1987): "Del modelo geopolítico estructural" en: *La Cuestión de las Drogas en América Latina - Una Visión Global*. Caracas: CONACUID.
35. ROMANÍ, O. (1992): "Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención" en F. ÁLVAREZ-URÍA (Ed.): *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Endymión.
36. ROSSI, D. (1998): "Uso de drogas. El sentido de la intervención" en: *Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*. Vol. I, n° 1 (junio). Medellín: Federación Internacional de Universidades Católicas-Fundación Universitaria Luis Amigó.
37. ROSSI, D.; G. RADULICH; L. MARTÍNEZ PERALTA; S. SOSA ESTANI; M. VILA; L. VIVAS; M. WEISSENBACHER (2002): "Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires" en: *Reducción de Daños. Apuntes para la acción*, CD-rom. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Cooperación Alemana para el Desarrollo.
38. ROSSI D.; G. RADULICH; E. MUZZIO; J. NAVEIRA; J. REY; G. GRIEMBERG; P. CUCHI; L. MARTÍNEZ PERALTA, S. SOSA ESTANI; M. WEISSENBACHER (2003a): "Factores de riesgo e infecciones con HIV, HBV, HCV y sífilis en usuarios de cocaína no inyectable de Buenos Aires" en: Libro de Resúmenes del 6to. *Congreso Argentino de Sida*. Buenos Aires: SAS.
39. ROSSI, D.; M.P. PAWLOWICZ; P. CYMERMAN; P. GOLTZMAN; G. TOUZÉ (2003b): "Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Cocaína Inhalable y la Conducta de Riesgo Sexual en Buenos Aires 2002-2003". *Informe Final*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. [Mimeo].
40. ROSSI D. y V. RANGUGNI (2004): *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación: ONUSIDA: ONUDD.
41. SADA (1998): *Reseña Mensual de Actividades*. Año III, N° 9, julio. La Plata: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
42. SADA (2003): *Estudio Epidemiológico en Hogares*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

43. SADA (2004): *Estudio Provincial sobre Sustancias Adictivas*. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
44. SEDRONAR–CENARESO (1998): *Caracterización de la consulta por consumo de drogas en centros de tratamiento y servicios de urgencia hospitalaria*. Buenos Aires: SEDRONAR.
45. SEDRONAR (2001): *Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2001*. Buenos Aires: SEDRONAR.
46. SEDRONAR (2003): *El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Primer Estudio Nacional*. Buenos Aires: SEDRONAR.
47. SEDRONAR (2004): *Segundo Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años*. Buenos Aires: SEDRONAR.
48. SIEMPRO (2002): *Informe de situación social*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación.
49. SPINK, M.J. (1993): “O conceito de representação social na abordagem psicossocial” en: *Cad. Saúde Pública* Vol.9 Nº 3, julio-setiembre. Río de Janeiro.
50. STOLKINER, A. y otros (2000): “El proceso de reforma del sector salud en Argentina”. Comunicación en el Taller de Reformas Comparadas del VIII Congreso de Alames y XI Congreso de la IAPH, 3-7 de julio, La Habana.
51. SZASZ, T. (1993): *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre*. Barcelona: Anagrama.
52. TOUZÉ, G. (1992): “Modelos de prevención” en: *Primer Programa de Capacitación No Presencial “Modalidades de Intervención en la Prevención y Disminución del Uso Indebido de Drogas”*. Buenos Aires: Fundación Convivir.
53. TOUZÉ, G. (1996): “La construcción social del ‘problema droga’” en P. Medina y G. Thivierge (ed.): *La investigación en toxicomanía. Estado y perspectivas*. Medellín: FIUC-GRITO-FUNLAM.
54. TOUZÉ, G. (2001): “Uso de drogas y VIH/sida. De la medicalización a la ciudadanía” en: *Encrucijadas*, Año 1 Nº 8 (junio). Buenos Aires: UBA.
55. TOUZÉ, G.; D. ROSSI; P. CYMERMAN; N. EREÑÚ; S. FARAONE; P. GOLTZMAN; E. ROJAS; S. VÁZQUEZ (1999): *Prevención del VIH/*

SIDA en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

56. TURNER, B. (1988): *Medical power and social knowledge*. Londres: Sage, 1988.

Fuentes periodísticas

1. DIARIO LA RAZÓN (1995): “Un cable a tierra. Fonodroga: diez llamados por día de madres desesperadas”. 4 de agosto, pág. 14.
2. DIARIO LA NACIÓN (1998): “La crisis familiar lleva a las drogas”. Noviembre, suplemento Droga, Familia y Medios, pág. 14.

Legislación

1. Ley 20.771/74 (Ley de Estupefacientes).
2. Ley 23.737/89 (Ley de Estupefacientes).
3. Ley 24.455/95 (Ley de Obras Sociales - Prestaciones obligatorias - Incorporación).
4. Ley 24.754/96 (Ley de Régimen aplicable a la Medicina Prepaga).
5. Ley 26.052/05 (Modificatoria de la Ley 23.737)
6. Resolución 351/2000, SEDRONAR, 31 de julio de 2000.

Estado del Arte de Estudios en Colombia sobre uso/abuso de drogas en jóvenes

Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente, CIAF⁵⁷

*Arias Zapata, Francisco Javier.*⁵⁸

Patiño Gaviria, Carlos Darío

Román Maldonado, Carlos Eduardo

Cano Bedoya, Víctor Hugo

Este texto parte del supuesto de que, tanto en las ciencias de la salud como en las ciencias sociales, las investigaciones y escritos producidos acerca del uso/abuso de drogas se abordan a la luz de distintas concepciones teóricas, con diferentes conceptos se refieren a los hechos en estudio y desde diversas metodologías se orientan los diseños de trabajo. Como evidencia de lo anterior basta con consultar a Pérez (2001); Torres (1987); Ospina y Velásquez (2003); Touzé (1996).

Lo anterior denota una variedad de abordajes y multiplicidad de producciones que ponen al investigador del asunto ante la necesidad de realizar un estudio cuidadoso del conocimiento acumulado y documentado del tema para establecer tendencias temáticas, problemáticas teóricas y metodológicas así como hallazgos significativos, con el objeto de poder tener un conocimiento de las fronteras hasta las que se ha llegado en el tratamiento investigativo del fenómeno. De aquí que resulta adecuado especificar, al momento de su inicio, que el objetivo general de este trabajo es describir el estado actual del conocimiento investigativo construido en ciencias sociales, acerca del fenómeno del uso/abuso de drogas en Colombia, con población joven entre 15 y 29 años de edad, de 1994 a 2004.

⁵⁷ Se agradecen los aportes tanto del Soc. y Mg. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo (Asesor Metodológico) y del Soc. y Mg. Eliécer Giraldo Vallejo, en lo referido a redacción y estilo, así como a los auxiliares de investigación, sin los cuales no se podría lograr tanta exhaustividad.

⁵⁸ Director local del Proyecto, e-mail francisco.arias@usbmed.edu.co

Para la elaboración del estudio fue necesario consultar un total de 92 informes, en su mayoría correspondientes a trabajos de grado académicos (48.91%). Asimismo, los artículos de revista alcanzan un porcentaje significativo dentro de las publicaciones, por encima de los libros, alcanzando a ser el 22.82% de los textos que divulgan conocimientos e investigaciones alusivas al uso/abuso de drogas (sumando 21). En cuanto a los trabajos de grado, 37 son elaborados por estudiantes de pregrado o ciclo profesionalizante y de éstos, 31 corresponden a programas de Psicología.

La mayor parte de las investigaciones fueron producidas siguiendo el enfoque empírico-analítico (cuantitativo), destacándose los estudios epidemiológicos y los estudios realizados desde el paradigma experimental de la Psicología. Entre los estudios cualitativos, se destacan los que indagan acerca de las dimensiones subjetivas: representaciones sociales, significados, etc. A continuación se exponen los resultados significativos del estudio.

1. Los problemas de investigación o la indagación por el objeto

El problema de investigación (o en su defecto el objetivo de ella) hace referencia al objeto de conocimiento y define un vacío cognoscitivo sobre un aspecto de la realidad o sobre el conocimiento acumulado que merece un estudio. A este respecto, es posible diferenciar en los estudios analizados seis aspectos diferenciados: a) casos en que en el problema se enfatizan las relaciones causales; b) la conducta de consumo como problema de investigación; c) la interrogación por las creencias o conocimientos: la cognición como objeto; d) Los procesos subjetivos asociados; e) las consultas por los contextos y f) la relación entre determinadas variables, como supuesto de la existencia de problemas.

1.1. Problemas que enfatizan en las relaciones causales

En los casos en que se hace manifiesto un esquema causalista y unidireccional de los problemas de investigación, en el cual el “consumo” de psicoactivos o drogas es un efecto directo de distintos factores, priman los estudios de carácter psicológico e individual (de 13 estudios –casi el 14% del total– 10 presentan el consumo de drogas

como un efecto de causas variadas, de las cuales 5 son psicológicas). Solo algunos estudios se interrogan y/o reconocen, a pesar del sesgo causal, que pueden existir factores socioculturales o familiares que generan conductas de consumo drogas (de los primeros sólo 2, de los segundos, 3).

Es llamativo en este campo que sólo tres estudios, entre 92, se centren en conocer el “efecto de las drogas sobre las conductas delictivas” (CES, 2000; Rueda y López, 1998 y Alcaldía de Medellín, 1999), toda vez que es un imaginario frecuente como lo reportan algunos de los estudios consultados (Botero, 2001; Jaramillo, 2003; Navarrete; 1998; Pino Rúa, 2002).

Al analizar la relación causal desde la perspectiva de los estudios que indagan por los efectos del uso de drogas, se visualiza la preocupación por los daños personales y sociales del consumo. Como se afirma en uno de los informes, “La magnitud del problema de consumo de sustancias psicoactivas, no sólo se puede apreciar por las cifras de uso y abuso de las diferentes drogas, sino por las repercusiones que produce en los escenarios donde interactúan los sujetos usuarios” (Rueda y López, 1998: 9).

1.2. La conducta de consumo como problema de investigación

En un segundo enfoque de abordaje de los problemas, se entiende la “conducta de consumo”, como un hecho objetivo susceptible de conocerse por la vía de medición de variables, recurso metodológico acostumbrado para acceder a este objeto, aunque el concepto conducta en la tradición de las ciencias sociales no se reduce a medición (Mead, G. H. 1982: s.p.). La información analizada sobre conducta de consumo está organizada de acuerdo a si se define, como unidad de estudio, su prevalencia, los criterios o acciones a emprender, sus características y los patrones de consumo, conceptos que ayudan a conocer la manera como los jóvenes dirigen las acciones y utilizan sustancias psicoactivas para satisfacer necesidades o gustos.

En esta perspectiva, se destacan varias investigaciones que la abordan con interrogantes del tipo: *¿Cuál es la prevalencia de consumo de psicoactivos entre los jóvenes del país, según ciudad, edad y ocupación?* (Rumbos, 2002). En otros casos, hay quienes se preocupan por interrogar los

criterios o acciones que se habrán de seguir para hacer frente al consumo de sustancias psicoactivas: En este último caso, se estudia el comportamiento de consumo en aras de orientar la toma de decisiones estratégicas para actuar sobre una realidad diagnosticada.

La caracterización es otra de las maneras como se estudia el fenómeno. Este propósito descriptivo escapa a las inferencias, con el ánimo de visualizar los componentes de un objeto para someterlo a análisis y sospechar, a partir de allí, las características que pueden ser explicativas de otras. Por ende, se entiende que el consumo de sustancias psicoactivas posee atributos peculiares que lo distinguen claramente de otros consumos de vida efímera con los cuales se satisfacen necesidades o gustos pasajeros.

El uso de las SPA legales e ilegales se caracteriza en relación con la periodicidad, la frecuencia, la prevalencia semanal, mensual y anual; la edad en que comienza el consumo, la motivación para iniciarlo, continuarlo y/o abandonarlo; y el panorama general de la percepción y conocimiento frente a la problemática del consumo de SPA. Se cree que, por este camino de la caracterización, se comprende una parte de la realidad juvenil, debido a que hay un acercamiento a las motivaciones, expectativas, creencias e implicaciones que tiene este fenómeno en los jóvenes consumidores. Develar con precisión estos factores típicos del empleo de drogas es un imperativo analítico necesario al momento de la comprensión real del fenómeno del uso/abuso de drogas en los jóvenes.

Los escenarios sociales, familiares, académicos y culturales, junto con las demás peculiaridades señaladas, van delimitando el objeto de conocimiento que distingue las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos, para luego recomponerlo por la reunión de sus partes. Téngase presente que aquí se habla de distinción, no de separación. La caracterización no implica en ningún momento esto último, porque de lo que se está hablando es de una sola realidad.

Otra modalidad de abordaje de la conducta es mediante el estudio de patrones de consumo, concepto muy empleado en los estudios epidemiológicos y otros de naturaleza cualitativa, evidenciando esto que no es un concepto de uso exclusivo de uno u otro enfoque metodológico (Escobar, et al. 2002; Ospina y Velásquez, 2003; Ministerio de Salud, 1994; Torres, 1994; Guiot y Medina, 2002). En esta catego-

ría se ubican los estudios del estilo: *“Describir los patrones de consumo de SPA en U. de los Andes, en una muestra representativa de estudiantes matriculados en todos los programas de pregrado”* (Guiot y Medina, 2002:36.)

1.3. La cognición como objeto de interrogación

Otro énfasis corresponde a problemas de investigación sobre creencias o conocimientos, los cuales se organizan en torno a varios núcleos temáticos, con el fin de que se distingan los distintos ejercicios intelectuales realizados. Además, son categorías de análisis que se articulan con una variedad de metodologías que tienen como objeto de estudio el problema del uso/abuso de drogas. Por ejemplo, dentro de los problemas formulados sobre representaciones, pensamientos o conocimientos, algunos estudios se preguntan: “¿Cómo conciben los sujetos consumidores su consumo como estilo de vida? ¿Qué papel juega el consumo en la construcción de la identidad grupal de los consumidores?” (García, Mesa y Zapata, 2003: 7) o “Identificar la visión que la juventud tiene sobre la droga en los jóvenes habitantes del Municipio de la Estrella, y la que tiene de su municipio y de los mismos jóvenes como sujetos de representación” (Pino, 2002: s.p.).

Por otro lado, en la perspectiva de la cognición humana, se destacan los estudios que se apoyan en el supuesto de que se conoce mejor el comportamiento del sujeto, adentrándose en el descubrimiento de sus perfiles cognitivos o en el develamiento de la manera como aparecen y funcionan los esquemas, siendo éstos concebidos en relación con procesos cognitivos esquemáticos. De esta forma, se indaga por el perfil de quienes son identificados previamente con un trastorno (categoría eminentemente psiquiátrica); por aquellos que, desempeñando un rol específico en la sociedad, consumen o abusan de alguna sustancia, y también por los esquemas maladaptativos, las ideas irracionales y los autoesquemas, todos ellos considerados propios de un sujeto que funciona cognitivamente como los ordenadores, en lo que atañe a la manera como procesa la información de su experiencia.

1.4. La interrogación por lo procesos subjetivos

La acción de consumir alucinógenos y yagé [planta que aparece como algo sagrado y es ingerida con propósitos de conocimiento, purificación (ése es el valor del vómito), ampliación de las percepciones o la comunicación] se ejecuta con interés y diligencia en búsqueda de lo

deseable, lo cual es relativo al modo de pensar o de sentir del sujeto. En este orden de ideas, inquirir por las motivaciones respecto al consumo de yagé ha alentado a algunos investigadores en la búsqueda de un fenómeno típicamente considerado como psicológico, pero que puede trascender tal limitación si nos atenemos a la manera interdisciplinar como se concibe el problema objeto de estudio. Como por ejemplo: “Descubrir las motivaciones internas y externas que mueven a cada uno de los sujetos a consumir sustancias alucinógenas; encontrar características personales, sociales o culturales comunes entre los usuarios; averiguar el grado de conocimiento que tienen de esas plantas; relacionar su consumo con historia de consumo previo; y averiguar la relación entre el uso ritual de plantas alucinógenas por parte de grupos indígenas y el uso de dichas sustancias por los jóvenes entrevistados (Díaz, 1998: 51).

1.5. La pregunta por los contextos

El contexto hace referencia al ámbito psicosocial o sociocultural en el que se tejen un conjunto de relaciones y prácticas con sentido para sus participantes. El contexto es considerado de dos maneras: de una parte se centra en hechos típicamente urbanos: la rumba (after party) y la universidad; por la otra, se presenta en relación con la familia y el país. En el primer caso, el contexto se representa en relación con las actividades juveniles recurrentes, no dejando de emerger una categoría que las integraría como es la de “sociedad de consumo”. En el segundo de los mencionados, la delimitación se hace en relación con contextos que se suponen próximos y no ocasionales; a ellos se pertenece sin posibilidad de renuncia (salvo aquellos casos excepcionales de ermitaños, que regularmente aparecen como figuras convocadas en los relatos y leyendas de uso común).

La presente revisión logra evidenciar que, entre los problemas de investigación que tienen en cuenta la pregunta por asuntos de contexto, se encuentran específicamente aquellos estudios referidos al consumo de éxtasis, por ser una práctica que se instituyó en los sitios de rumba (discotecas y bares).

Se debe agregar, respecto a esta perspectiva, que algunos investigadores no pierden de vista el papel que cumple el ambiente o los entornos de participación, en la constitución de proyectos identitarios.

1.6. La relación como supuesto de la existencia de problemas

Una última versión de los problemas de investigación hace de la categoría relación un supuesto que refiere a nexos entre variables o unidades de estudio relativamente complejas en algunas ocasiones. Entre los problemas, se distingue la intención de encontrar relaciones entre hechos objetivos (*diagnóstico sobre el consumo de sustancias productoras de dependencias y relación entre el consumo de estas sustancias y las características como edad, sexo, procedencia, años escolar y colegio* – (Villa, 1995:17), o entre procesos que se enmarcan en el abordaje de la intersubjetividad (*dinámica del proceso de consumo de sustancias psicoactivas en relación con la construcción de la identidad de jóvenes consumidores* (López, 2003:96).

Simultáneamente, hace presencia el abordaje de relaciones desde un punto de vista psicoanalítico, lo que puede observarse en la siguiente pregunta “*¿Existe alguna relación entre la imago materna, paterna y filial y la formación del sujeto en la comprensión del fenómeno de la drogadicción?*” (Arias y Sánchez, 1994: 6-7).

2. Las metodologías de las investigaciones consultadas

La investigación de campo se caracteriza regularmente por definir la estrategia metodológica seguida, a través de lo cual se establecen los criterios que validan los resultados. Según la tradición científica, a través de la metodología, se establece la relación entre el problema de investigación y las respuestas que se construyen en torno a éste. En los trabajos consultados, se definieron como unidades de observación los enfoques metodológicos, los tipos de investigación, los métodos, los diseños, las técnicas y los muestreos, con sus respectivas tendencias.

2.1. Enfoque metodológico interpretativo

En cuanto a las modalidades frecuentes de investigación cualitativa, sobresalen los estudios llamados por sus autores “descriptivos”. Según las fuentes consultadas, tal carácter lo asume por dos tipos de razonamiento: de un lado, por tratarse de una intención que no va más allá de lo que los testimonios ofrecen, o por los alcances compren-

sivos del estudio, según los objetivos. Cabe señalar que el término corresponde regularmente a un nivel de conocimiento; sin embargo, hay que tener presente que en la tradición cualitativa, la descripción es una forma de exposición de la comprensión y no un nivel, como sí sucede entre los estudios empírico-analíticos.

La fenomenología se concibe como un marco de referencia metodológico, que, en concordancia con la etnografía, parte de la premisa según la cual la intención del proceso investigativo es acceder a niveles de comprensión de la acción humana. Por tanto, en la revisión de los documentos se logra establecer que diversos investigadores se inscriben en esta lógica, para captar algunas dimensiones de la realidad subjetiva e intersubjetiva: procesos grupales de consumo, representaciones sociales del consumo, procesos identitarios, narrativas de consumidores, prácticas relacionales en determinados contextos, motivaciones y significados entre otros. Según esto, el abordaje del fenómeno es considerado en relación con los supuestos del paradigma construccionista.

Algunos estudios consultados no exponen las modalidades de investigación o los tipos de ésta, sino que aluden al uso de métodos que contribuyen, a su vez, a tomar decisiones de procedimiento. El método en las investigaciones cualitativas reseñadas varía entre el fenomenológico y el hermenéutico. El método comprensivo, así llamado, es equivalente a los métodos anteriores. Por lo tanto, podría pensarse al respecto sobre la existencia de una tendencia con las siguientes características: se trata de asumir posiciones interpretativas sobre la experiencia del consumo y sobre el sujeto de estudio (joven consumidor/abusador de sustancias psicoactivas). Son investigaciones de campo (que permiten acercarse de manera “natural” al proceso de interacción y a la experiencia cotidiana), con la intención de indagar el significado y la percepción de los jóvenes, sobre el consumo.

Sin embargo, es importante resaltar que las investigaciones con método comprensivo difieren en los contenidos que abarcan con respecto a las otras tendencias; por ejemplo, tienen en cuenta otros escenarios de interacción de los jóvenes, como la familia o el grupo de amigos. Por su parte, los estudios que siguen el método de la Teoría Fundada toman una cierta distancia de las anteriores, dado su énfasis en el conocimiento de procesos y en el reconocimiento de la interacción como objeto.

Algunos trabajos, en lugar de hablar de métodos o tipos, utilizan el concepto diseño metodológico, con la perspectiva de sustituir un concepto por otro. Por diseño se reconoce el conjunto de decisiones y operaciones específicas que materializan el trabajo investigativo, los cuales a su vez se subsumen a la lógica del método. Sin embargo, hay informes de investigación en los cuales se emplean dos o tres de los conceptos simultáneamente. En las pocas ocasiones que los investigadores declaran el diseño metodológico, los siguientes son los referenciados: Estudio de casos (7); Biográfico (1) y Estudio Narrativo (1).

Se evidencian, por lo tanto, dos tendencias básicas en el diseño de las investigaciones cualitativas. El estudio de casos, que se desarrolla en el medio natural, y busca descubrir los significados que los individuos atribuyen a sus acciones. La segunda tendencia corresponde al diseño biográfico, que aunque sólo aparece en una investigación, utiliza técnicas como la entrevista abierta. Aunque tampoco constituye una tendencia, es importante señalar que aparece un estudio calificado como narrativo, (aunque –a decir verdad– varios fueron realizados con esta perspectiva) como una propuesta metodológica diferente a la de otras investigaciones, utilizando un estilo que posibilita, según lo expuesto por los autores, que el entrevistado hable de sí mismo de manera abierta y tranquila.

Dentro de los trabajos analizados, fueron varias las técnicas utilizadas y dentro de éstas se nota predominio de la entrevista abierta: (14 en total), las de observación de campo con un total de 9, mientras que las restantes (encuesta/ cuestionario, entrevista semiestructurada y estudio narrativo) en su conjunto tan solo ascienden a 6.

La utilización de la entrevista abierta, acompañada algunas veces de la observación de campo, favorece la consecución de los objetivos propuestos, que tienden hacia el análisis de las problemáticas en el contexto mismo de consumo; igualmente le permite al investigador acceder al marco interno de referencia del sujeto, con la pretensión de captar en forma genuina su percepción, cosmovisión y posición ante la sociedad.

El uso de entrevistas (en este caso específico, abierta) se realiza siempre con grupos de individuos consumidores, y cuando se utilizan encuestas o cuestionarios (que no se reconocen propias dentro del enfoque), se hace como técnica complementaria para obtener infor-

mación con otros actores (los no consumidores) con el fin de captar las representaciones construidas por esta categoría social. Las entrevistas se utilizan por lo general con grupos pequeños: entre 2 y 10 miembros, con una intencionada selección de los individuos con relación al muestreo. En los estudios de tipo etnográfico, se utilizan las técnicas del diario de campo y la revisión bibliográfica.

Una de las decisiones fundamentales en todo proceso investigativo de campo es el muestreo, el cual en estos estudios se caracteriza por corresponder a pensamientos que enfatizan el abordaje intensivo del objeto y relaciones directas con los participantes. Los tipos de muestreo empleados en los estudios interpretativos y la frecuencia con que se emplean son: Grupos al azar (1), Intencional (18), Casos típicos (2) y Otros (1). De esta forma, para acceder al conocimiento de la experiencias de consumo, o para adentrarse en la comprensión de los saberes o motivaciones, los investigadores han adoptado preferentemente el criterio del muestreo intencional, uno o tal vez el más acostumbrado entre los investigadores cualitativos. Eso sí, cabe destacar que este procedimiento incluye el muestreo teórico, no siempre explicitado, así como el reconocimiento de informantes únicos. El concepto de muestreo acepta una decisión poco convencional y es la de “muestreo de escenarios, eventos, actores y momentos”; según los hallazgos, se detecta que, para acceder a grupos de jóvenes en diferentes circunstancias, tal como lo revelan, los investigadores estuvieron en los “after party”, en los “after house”, en las discotecas o en los sitios de reunión y consumo juveniles.

2.2. Enfoque metodológico empírico analítico

La revisión de las fuentes ha mostrado, al igual que con los estudios interpretativos, una gama de posibilidades a las que acuden los investigadores para enmarcar en un modelo sus estudios. Es así que, lo que para unos es un tipo de estudio, para otros es nada más que un diseño, o si es el caso, un método. Cabe también resaltar que, en algunas ocasiones, alguien se decide por un tipo de estudio, acompañando la decisión con la definición bien sea de un diseño y/o de un método. Esto se patentiza en las asignaciones que se hacen según el lenguaje metodológico de los autores: Estudio descriptivo (7); Estudio descriptivo correlacional (6); Estudio Descriptivo epidemiológico (11); Estudio Descriptivo explicativo (2); Estudio Descriptivo trans-

versal (1); Estudio Exploratorio descriptivo (4); Estudio expostfacto (1); Estudio de prevalencia (3); Estudio retrospectivo transversal (1); Diseño Transversal (3); Diseño descriptivo correlacional (1); Diseño experimental transversal (1), Diseño no experimental transversal (1); Diseño descriptivo (2), Método descriptivo correlacional (1) y Método de prevalencia (1).

Los estudios consultados con respecto al tipo de investigación que se sigue bajo el enfoque empírico – analítico (cuantitativo), apuntan a señalar que los intereses se dirigen a obtener un nivel de conocimiento descriptivo, referido a la manifestación del fenómeno objeto de investigación. En este nivel, se mide y evalúan diversas variables de corte psicológico y psicopatológico, sin pretensiones explicativas. Algunos centran su problema de investigación en la prevalencia y frecuencia de consumo y otros simplemente describen variables, haciendo mediciones psicométricas.

Esto sorprende, toda vez que, como se afirmó precedentemente, varios estudios proponen problemas de investigación de corte causalista, lo que a su vez haría suponer niveles de conocimiento explicativo que reflejarían un nivel más avanzado de conocimiento. No se sabe si esto obedezca a los tímidos intentos de los investigadores, a la carencia de herramientas para hacer estudios explicativos o a factores atinentes al objeto de conocimiento.

Aunque aparece referenciado el tipo de investigación correlacional, este también se ubica en algunas investigaciones descriptivas y en general alude al análisis de relaciones entre variables desde miradas psicológicas: esquemas maladaptativos, ideas irracionales, entre otros.

La pesquisa documental muestra una variedad de alternativas a las cuales acuden los investigadores a la hora de implementar una serie de técnicas para la recolección de los datos. Entre ellas: Test (10); Encuesta / cuestionario (30), Entrevista estructurada (1); Entrevista semiestructurada (2), Entrevista (abierta) (2) y Observación de campo (3).

Es importante subrayar que algunos trabajos combinan diversas técnicas de investigación. Se puede evidenciar el predominio del uso de encuestas o cuestionarios, estrategia utilizada para abordar poblaciones numerosas (por ejemplo, los estudios epidemiológicos, con muestras hasta de más de 4.000 individuos), en contraste con la in-

investigación cualitativa en las cuales los grupos no superan los 8 ó 10 individuos.

La mayoría de los cuestionarios o encuestas contienen preguntas cerradas que indagan principalmente por prevalencia y otros datos del orden demográfico como nivel educativo, la edad de inicio en el consumo de sustancias, algunas variables asociadas con el grupo social, el entorno familiar y algunas dimensiones personales, datos que los investigadores pretenden asociar con la práctica del consumo, por ejemplo: autoestima o percepción valorativa de los sujetos investigados, temor, rechazo, autocompasión, etc.

Predomina la utilización del instrumento VESPA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica), especialmente en poblaciones estudiantiles. De otro lado, la aplicación de test, que aparece como otra tendencia dentro de la metodología, responde a la necesidad investigativa de establecer relaciones entre algunos indicadores clínicos (esquemas maladaptativos, ideas irracionales, trastornos de personalidad, entre otros) y el consumo.

La revisión documental efectuada ha permitido establecer que los estudios de este enfoque han tomado decisiones muestrales muy variadas, lo que significa que, para validar los alcances de las conclusiones, se seleccionan los informantes con base en diferentes criterios, algo que en buena medida coincide con la multiplicidad de abordajes metodológicos: Casos y controles (5); Aleatorio simple (2); De conveniencia (1), Probabilístico, polietápico y de conglomerados (5); Probabilístico (3); Intencional o basada en criterios (2); Aleatorio estratificado (1) y No probabilístico (2).

El alcance de los resultados, en términos de sus posibilidades de generalización, también tiene sus variaciones en las unidades consultadas. Los más frecuentes son los de alcance institucional: colegios (Castaño, 1999), universidades (Jiménez y Cuervo, 2000), centros de atención a consumidores en tratamiento (Monsalve, et al, 2002; Mesa, et al, 2002), centros de protección a menores de edad (De los Ríos y Garcés, 2001); aclarando que en Colombia se considera menor a quien no alcanza la mayoría de edad: 18 años de vida.

Igualmente, se han efectuado investigaciones cuyos resultados pueden inferirse para casos específicos de algunas capitales de departa-

mento: Bogotá (Mejía, 2003), Medellín (Alcaldía de Medellín, 1999); Villavicencio (Villa y Ruiz, 1995) y Bucaramanga (Rueda y López, 1998); o lo que se conoce como ciudades intermedias o no capitales: Calarcá (Bustos, et al, 1999); La Estrella (Pino Rúa, 2002); Cartago (Córdoba Mosquera, 2000). Otros estudios han sido de cobertura nacional (Rumbos, 2002) y departamental (Gobernación de Antioquia, 2003).

En síntesis, la tendencia en investigación cuantitativa es a utilizar como modelo de muestreo el probabilístico simple o polietápico, (Rumbos, 2002; Dirección Nacional de Estupefacientes, 1997) y el de casos y controles (Mesa, et al. 2002; Ramírez, 2000; CES, 2000). En menor proporción se recurre al muestreo no probabilístico (Flórez, 2000). Con el primero y el tercero se llevan a cabo las investigaciones de corte descriptivo, con utilización de la encuesta/cuestionario como principal técnica de recolección de información. Los estudios de casos y controles se emplean en estudios más complejos, de carácter cuasiexperimental o retrospectivo-transversal.

Cabe mencionar que los tamaños muestrales varían según la cobertura del estudio. Así, los estudios nacionales alcanzan muestras superiores a los 200.000 individuos en algunos casos o hasta 20.000 y algo más en otros. De otra parte, los estudios de cobertura urbana, trabajaron con muestras que no pasaban de 1000 informantes. Los estudios de cobertura institucional trabajan con muestras que no superan los 200 individuos, llegándose a emplear 50 informantes en algún caso.

2.3. Enfoque metodológico mixto

Se denominan así aquellos estudios que se caracterizan por combinar diseños o técnicas de recolección de datos que se clasifican en diferentes enfoques metodológicos. El estado del arte logró detectar algunos de estos, ocho en total, aunque existen varios estudios en los que la mixtura fue algo tímida, es decir se emplearon técnicas interactivas para entrevistar uno o dos informantes. Las investigaciones mixtas tienen la tendencia a ser descriptivas, utilizando la encuesta/cuestionario, combinada con entrevistas semiestructuradas o con entrevistas abiertas. Algunas, incluso, introdujeron observaciones de campo para hacer registro de información (Enfoque Social Consultorías, 1999; Díaz, 1998; Climent y De Aragón, 1995; Pereira, 1997).

3. Resultados de las investigaciones

Se pretende en este apartado hacer una condensación de los hallazgos y/o conclusiones de los textos revisados para el estado del arte. Se ubicaron las diversas conclusiones de los 92 estudios revisados (aunque dos de ellos en sus conclusiones no guardan relación con el problema de estudio), en cinco grandes subcategorías que son:

- **Estudios sobre dimensiones subjetivas:** interesados por las motivaciones del sujeto para consumir drogas, las necesidades que busca satisfacer, lo que desea obtener por medio del consumo de sustancias psicoactivas.
- **Estudios sobre aspectos clínicos:** aquellos que indagan por los trastornos clínicos, de personalidad, ideas irracionales, esquemas maladaptativos, y demás elementos de la clínica psicológica asociados con el consumo de SPA.
- **Estudios sobre situaciones asociadas con el consumo:** los que indagan por los aspectos familiares y sociales que ejercen influencia en el consumo de SPA.
- **Estudios epidemiológicos:** son los que producen datos estadísticos sobre variables como la edad de inicio, las tasas de consumo de las diversas sustancias, la región o ciudad del país en que éstas son las más altas, consumo por género, y prevalencias, entre otros datos.
- **Estudios con recomendaciones para investigaciones futuras:** son los que, en sus conclusiones o hallazgos, señalan aspectos para ser tenidos en cuenta en otras investigaciones.

3.1. Qué se conoce de las dimensiones subjetivas

- **Con respecto al consumo de éxtasis** Es de tener en cuenta aquí, un conjunto de 10 trabajos que hacen alusión al consumo del éxtasis (Gutiérrez, 2001; Arias Sánchez, Arboleda y Jaramillo. SF; Navarrete, 1998; Contreras, 2003; Chávez, Contreras y Crispino 2003; Cárdenas, 2003; Universidad de Los Andes, 1998; Cartagena, et al. 2004; Luna y Zuluaga, 2002, y Granados y Munive 2001). La mayoría de estos trabajos investigativos coincide en ubicar el consumo de la sustancia psicoactiva desde el punto de vista de los que la consumen. Se plantea que existe una “cultura” alrededor del consumo de éxtasis, la cual guarda estrecha relación con la lla-

mada música electrónica y sus diversos derivados como el techno (Contreras, 2003:67, Cárdenas, 2003:7, Cartagena, et al. 2004:72, Granados y Munive, 2001:78).

Los “after” se sustentan, según Granados y Munive, (2001) en: “la libertad total y la ausencia de reglas, normas y prejuicios que limiten el comportamiento (80)... Sobre la música de los After, se califica exaltadamente su importancia y la influencia sobre los participantes: alteración sensorial; ‘el viaje es distinto’, la música transmite cosas, hace sentir, transporta. Música y Éxtasis se complementan para producir el After Party” (81).

Los consumidores de la sustancia la ven, además, como una sustancia suave, controlable y que no genera dependencia, poseedora de cualidades afrodisíacas, ya que aumenta el deseo y la capacidad de respuesta sexual (Luna y Zuluaga, 2002:48). En otro estudio, se agrega: “Se ve como diferente a todas las demás sustancias psicoactivas, tiene cierta exclusividad y estatus. Existe además una elección de los momentos y lugares adecuados o vistos como más oportunos para consumir, lo que nos podría hablar de un sujeto buscador de ciertas emociones, sensaciones y vivencias” (Cárdenas, 2003:7-8).

- Con respecto al consumo de yagé en contextos urbanos. En un lugar también relevante, aparecen los estudios que abordan el consumo de yagé en contextos urbanos (Vélez, 2003 y Díaz, 1998). En el estudio de Vélez se señala: “Este fenómeno ha trascendido la esfera tradicional para filtrarse en contextos modernos y urbanos. Siendo un estudio con personas que van de los 18 a los 65 años, y rescatando los que están en la categoría de los ‘jóvenes’ (18-35 años), se descubre que, en una escala de 0 a 4, las personas jóvenes se sienten motivadas (más que los otros grupos de edad) por factores como el conocimiento (2,7, por encima del promedio total: 2,65) y el alucinamiento (1,92, por encima del promedio total: 1,86) (117). La frecuencia del consumo se ve afectada por su alto costo. En las ceremonias de consumo, se conservan elementos propios del contexto indígena, los rituales son oficiados por ‘taitas’ provenientes de la cuenca amazónica, utilizan música, cantos en dialecto original y atuendos, combinándolos con símbolos religiosos de la cultura occidental (118). Los ritos son colectivos, pero las ceremonias se individualizan con un carácter terapéutico o reflexivo, que hacen que la persona se sienta satisfecha con la

experiencia. Los efectos posteriores placenteros propician el mantenimiento del consumo: sentimientos de paz y tranquilidad (118-119). Se observan relaciones significativas entre las motivaciones de tipo espiritual y emocional, relacionadas con el bienestar buscado y logrado” (121).

Por su parte, la investigación realizada por Díaz (1998) señala que los usuarios se describen solitarios, con tendencia hacia el crecimiento interior más que hacia la interacción; gustan de actividades al aire libre, en contacto con la naturaleza; igualmente, gustan de la lectura de textos de Carlos Castañeda (sobre plantas alucinógenas). “Muchos habrían consumido alcohol, tabaco y marihuana con amigos y sin conocimiento previo de las sustancias. No hay regularidad para consumir, pero se consume en compañía, lo cual influye en la calidad del viaje. Todos se consideran solitarios, introvertidos y con tendencia a la depresión. Aparte de alusiones a los efectos de las experiencias tempranas de apego inseguro (Bowlby) y a la relación con las decisiones oficiales (maquinaciones según Jung), los autores también aluden a la búsqueda de estados alterados de conciencia como propósito explícito” (78-210).

- **La percepción sobre los daños ocasionados por el consumo de SPA.** Según los estudios, algunos consumidores no tienen conocimiento de los daños ocasionados por el uso, y, cuando se tiene, esto no motiva la disminución o a la suspensión del consumo de las sustancias psicoactivas: “Las circunstancias tampoco ayudan, pues los usuarios del éxtasis suelen bailar en lugares cerrados y abarrotados. Como algunos principiantes no saben que hay que beber agua, la temperatura corporal puede subir por encima de los 43 centígrados. A esas temperaturas, la sangre comienza a coagularse” (Gutiérrez, 2001:15-16). “Lo preocupante es que existe un gran desconocimiento y desinformación acerca de los efectos nocivos y colaterales que la pastilla produce. (...)” (Arias, Arboleda y Jaramillo, SF: 31). “Fue muy frecuente escucharles comentar que las drogas les hacen daño para su salud física y emocional, sin embargo, no piensan en dejar de consumirlas pronto” (Oficina de la Primera Dama de la nación, 1999:50).
- **Las motivaciones que influyen en el consumo de SPA.** En las investigaciones revisadas, se señala un número bastante amplio de motivaciones que los sujetos aducen para iniciar el consumo de drogas, y en los mismos textos revisados se indica que los moti-

vos para iniciar el consumo son diferentes a los motivos para continuar el consumo y diferentes también a los motivos para dejarlo (Castaño 1999:155; Alcaldía de Medellín 1999: 97 y Oficina de la Primera Dama de la Nación 1999:50-51).

En uno de los textos revisados (Hoyos, 2003, 54 -61), se plantea la complejidad de las diversas razones que los sujetos aducen para su consumo de SPA, entre las que se cuentan: aquellas de carácter familiar (“la falta de dialogo y la comunicación inadecuada originan distanciamiento y aislamiento de los integrantes de la familia”); búsqueda de situaciones placenteras que den alivio al malestar psicológico por la mala calidad de vida familiar; deseo de consumo sin valoración y razones de carácter anímico (“porque me sentí solo y me entraron ganas”; “porque estaba desesperado y sentía calor y frío por dentro y quería tranquilizarme”).

- **El Papel de los otros (el grupo de pares).** En varios de los textos revisados, aparece el papel que juega el grupo de pares o de iguales en la construcción de la identidad, y el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes, siendo algunos de estos: García, Mesa y Zapata, 2003; Ospina y Velásquez, 2003; López, 2003; Granja, 1999; y Nensthiel, 2004). En estos estudios, se puede hacer lectura de ciertos elementos comunes, como es, por ejemplo, que, tanto el grupo como el consumo de SPA, desempeñan un papel de construcción de identidad, es un espacio que permite la diferenciación del llamado “mundo adulto” y el grupo se constituye en un espacio en el cual no simplemente se consume:

Para la incursión del joven en el mundo de las SPA, la persona que ayuda en el “proceso de iniciación” juega un papel muy importante, ya que este otro representa el ingreso a un grupo y la identificación posterior con un grupo de pares: “La incidencia del grupo en el consumo particular de un sujeto es vivida desde los primeros contactos con la sustancias psicoactivas. Hemos observado que es significativa la presencia de aquel otro con el cual se tiene el primer momento de experimentación; casi siempre este otro representa el ingreso a un grupo de pares en donde el consumo está presente o hace parte de la dinámica grupal. En este primer contacto, el sujeto vive sus primeras experiencias con la sustancia y las socializa en el grupo. En este proceso de socialización secundaria, es decir con sus pares, se producirán procesos de identificación en donde el sujeto interioriza valores comunes con éste contexto, para

adaptarse a su realidad social” (García, Mesa, Zapata, 2003:71). Granja (1999) considera que el consumo de SPA forma parte de un estilo de vida y se enmarca además en un asunto que es inicialmente de libre decisión y elección del joven: “En las crónicas de los entrevistados, se puede reflejar un estilo de vida en el que el joven es libre en todo sentido de decidir sobre el consumo de drogas, de robar, de matar, de definir su identidad, etc. pero también se percibe un joven que se preocupa por el bienestar de su familia, por la amistad como un sentimiento de lealtad y pertenencia a su parche que le permite desenvolverse como sujeto social, que al final resulta lastimado debido a la pérdida de los seres queridos, o en casos extremos su propia muerte” (Granja, 1999:55 - 58).

El significado del consumo está ligado a los otros y a las diversas identidades colectivas, de las que posteriormente emerge la identidad individual: “El significado de consumo de SPA está tejido íntimamente con las identidades que les permiten tramitar conexiones contextuales para pertenecer al mundo social, para encontrar y mantener un lugar en donde ser... significa inicialmente una actividad lúdica que sirve como punto de referencia identitario entre pares y una posibilidad para explorarse a sí mismos en busca de sentido (Nensthiel, 2004:135)... “Determinadas formas de relación engendran lo que llamamos identidad del individuo” (134-135).

- **Otros asuntos relacionados con la subjetividad.** Una de las investigaciones efectuadas hace alusión a que, en Colombia, se ha tenido la creencia de que existe cierta “inmunidad cultural” al consumo de sustancias psicoactivas inyectadas, pero según esta investigación, realizada con algunos jóvenes de la ciudad de Bogotá, el asunto parece ser distinto: “La inyección de drogas es un problema emergente en nuestro medio. Una serie de condiciones contextuales parecen haber tenido finalmente un impacto en los patrones de consumo de drogas en lo local, mostrando que usar drogas, alcohol y medicamentos a través de la inyección es una ‘nueva’ alternativa para muchos jóvenes en Bogotá. [...] los hallazgos llevan a concluir que no hay tal ‘antipatía’ hacia la inyección, como tampoco una ‘inmunidad nacional’ contra las consecuencias adversas del uso inyectable de drogas, ampliamente descritas por años en muchos países del mundo [...]” (Mejía, 2003:71).

En otro de los estudios consultados, se trató un tópico interesante; el consumo de SPA en mujeres jóvenes embarazadas, encontrán-

dose en la población investigada una tasa importante de consumo de sustancias. Además se plantea la hipótesis según la cual este consumo es una estrategia de ajuste emocional: “El nivel de satisfacción de pareja difiere significativamente entre las mujeres jóvenes embarazadas de la población general, las escolares y de la calle, dependiendo del número de drogas que consumen” (Bríñez 2003:31). “El primer resultado notable de este estudio es la alta proporción de mujeres jóvenes que consumen sustancias psicoactivas durante el embarazo, cualquiera que sea la subpoblación a la que pertenezcan. Este resultado contrasta con la ausencia total de atención a este problema” (35).

Otro texto hace alusión, en general, a los días, lugares y sustancias preferidas para consumir en los jóvenes de la ciudad de Manizales: “La observación abierta ha posibilitado identificar las tardes y las noches como los horarios preferidos (especialmente los fines de semana) por los estudiantes de los últimos años de media vocacional y universitarios (que comienzan desde el día jueves) para sus fiestas en los grilles y discotecas, algunas veces para recoger fondos y otras informalmente como sitio de reunión y diversión mediados por el consumo de SPA lícitas e ilícitas, como la perica y las pepas (lo que no produzca humo)” (Cárdenas, 1999:s.p.)

Finalmente, un artículo producto de un estudio de las representaciones sociales del consumo de drogas en la ciudad de Medellín indica la diferencia de cómo se ven a sí mismos los sujetos consumidores de sustancias y como los ven los demás: “Los consumidores se sienten no responsables de su consumo. Esta afirmación se propone con argumentos como sentirse víctimas, plantean que sus vidas han sido determinadas por eventos puntuales y traumáticos vividos durante la infancia y que de alguna manera se han convertido en las causas de su abuso. Los otros los ven como hedonistas, enfermos” (Botero, 2001:7).

3.2. Aspectos clínicos

Ubicados entre los estudios psicológicos que se orientan hacia el área de la salud mental, se destacan los trabajos que tienen un enfoque cognitivo, y los estudios con enfoque psicoanalítico.

- En todos los **estudios de corte cognitivo**, con excepción de uno de ellos, se encontraron hallazgos importantes sobre la presencia

de trastornos de personalidad y cuadros clínicos asociados con consumo de SPA (Gil, Naranjo y Orozco, 2000; Betancur, et al. 2003 y Ortiz, 2003). Es de destacar que la farmacodependencia (sic) es un trastorno polisintomático, por lo cual “Los rasgos de los diferentes tipos de personalidad fueron altamente significativos dentro de la población” (Gil, Naranjo, y Orozco, 2000: 138-139). Además, Betancur et al (2003) afirman: “Existen diferencias significativas en el perfil psicopatológico entre las personas policonsumidoras y las del grupo control en cuanto a: la presencia de trastornos de personalidad como evitativa, narcisista, antisocial, agresivo sádica, pasivo-agresiva y autodestructiva; la presencia de trastornos de personalidad patológica como esquizotípica y límite; la presencia de trastornos clínicos moderados como ansiedad, histeroforme y depresión, seguidos por el trastorno hipomaniaco; la presencia de trastornos clínicos de gravedad severa como depresión mayor y pensamiento psicótico” (Betancur et al, 2003:68). Con respecto a los usuarios de éxtasis, el estudio de Ortiz (2003) concluye que el consumo o abuso “puede ser un factor precipitante o mantenedor de trastornos de base. En cuanto a los trastornos del eje II, el perfil psicopatológico de los consumidores o abusadores de éxtasis fueron los trastornos de personalidad fóbico, antisocial, agresivo sádico, pasivo agresivo, y la personalidad esquizotípica y límite...” “En cuanto a los trastornos del Eje I, el perfil psicopatológico de los consumidores o abusadores de éxtasis fueron el síndrome clínico de hipomanía, abuso de alcohol, abuso de drogas (de severidad moderada) y pensamiento psicótico y depresión mayor (gravedad severa)” (Ortiz, 2003:82).

También se encontró una mayor presencia de ideas irracionales, esquemas maladaptativos y de distorsiones cognitivas en la población consumidora de sustancias SPA, en comparación con la población no consumidora o denominada control (Mesa, et al, 2002; Monsalve, Quesada y Villa, 2002; Barrera, 1998; De los Ríos y Garcés, 2001; y Bríñez 1998). Este último, estudiando el uso de drogas en jóvenes embarazadas, descubre que: “El nivel de satisfacción de pareja difiere significativamente entre las mujeres jóvenes embarazadas de la población general, las escolares y de la calle, dependiendo del número de drogas que consumen” (Bríñez, 1998:31).

- Desde la **óptica del psicoanálisis**, no se ve el asunto del consumo de drogas como una patología sino como una falla en la

capacidad de enfrentar al mundo sin drogas y, además, como la respuesta que algunos sujetos escogen para dar solución a la necesidad de establecer lazos sociales. En uno de estos estudios (Gómez, Valencia y Villegas., 1995), se anota en sus conclusiones lo siguiente: “El fenómeno de la farmacodependencia ha adquirido auténtico carácter de fenómeno social;... la relación goce del cuerpo en el farmacodependiente siempre conlleva al deterioro de las estructuras psicológicas y sociales del sujeto, donde se instala paulatinamente la capacidad de enfrentar el mundo sin las drogas... “La forma de situarse un sujeto frente a la castración con el otro confirma las maneras de sujetarse a una estructura clínica, es decir, establecer una elección sobre el goce (...) no solo indica que el sujeto drogadicto se encuentra en la coyuntura del Malestar en la Cultura, es decir, de una respuesta a las exigencias culturales... los conceptos de impulsión y rasgo de perversión explican en parte el funcionamiento interno del fenómeno de la farmacodependencia” (Gómez, Valencia y Villegas., 1995:73).

También en lo que corresponde a los aspectos psicopatológicos, hay estudios que no se pueden ubicar entre las perspectivas cognitiva o psicoanalítica; por decirlo así, tienen una visión que se podría denominar interdisciplinaria, ya que en sus planteamientos se detectan diversos discursos disciplinares. Acosta (2000) hace una exposición de la visión de PROFAMILIA y la del Proyecto Atlántida (al cual cita), refiriéndose al consumo en general y al sentimiento de soledad que algunos jóvenes viven. Allí se reconoce el asunto de estar inmersos en una sociedad de consumo y la ausencia de sentido de vida, como propiciadores de actitudes favorables al uso de drogas: “También por el consumismo, todos quieren tener su computador, chatear, que pueda ampliar su nivel social, hablar con todos los países. Eso también conlleva al alcohol y las drogas. Ellos piensan que lo pueden dejar cuando quieran, algunos lo logran y otros se quedan ahí... La soledad de los jóvenes se ve mucho y hay estructuras de personalidad que cuando se enfrentan a esta, se deprimen y esto los lleva en ocasiones al alcoholismo, la drogadicción, las relaciones sexuales precoces y a comportamientos irresponsables” (PROFAMILIA, cit. Acosta, 2000:7.) “A su vez, el mundo adulto no comprende y se limita a ofrecer: modas, diversión, alcohol, drogas y una educación muchas veces irrelevante, aburrida y anticuada que no responde en absoluto a

la necesidad profunda de quienes requieren ser acogidos... Ante la ausencia de un sentido de vida, que oriente a los jóvenes para sobreguar, ellos incursionan en el mundo de la evasión o de la indiferencia total. La televisión, la radio, el deporte, el baile, las drogas, el alcohol, la pandilla, el sexo irresponsable, las máquinas electrónicas no son sino síntomas de una situación social mucho más profunda: la infinita soledad” (Proyecto Atlántida, cit. Acosta: 6-7).

3.3. Situaciones asociadas con el consumo

No todos los estudios se centran en el individuo, aunque una buena proporción tiende a ello. Como se indicó al inicio, hay estudios (pocos) que se ocupan de explorar y entender las relaciones de grupo entre consumidores. No obstante, hay otros trabajos investigativos que indagan por situaciones que están más allá de factores individuales. En los textos revisados, se hace alusión a la familia, y ésta adquiere un papel dual, ya que, en algunos casos, se constituye en factor de riesgo y, en otros, como un factor protector en relación con el consumo de drogas.

Con respecto a la familia, se plantea que el consumo de alcohol por parte de las figuras parentales ejerce influencia en el posterior consumo de SPA de parte de los hijos, al igual que la violencia ejercida en el interior de la familia. Se destaca además el uso tantas veces dado a la idea de la desintegración familiar como factor de riesgo, entendido en los estudios como el alto porcentaje de familias monoparentales.

En relación con este tema, también se encontró otro texto de enfoque psicoanalítico, el cual, en esencia, propone que el consumidor está en conflicto con el discurso familiar y que el consumo de drogas se constituye en una falsa salida, pero que todo el asunto parte de la falla en la función del Nombre del Padre.

En otro estudio, centrados en el riesgo, realizado con jóvenes que prestan servicio militar y que están lejos de sus hogares, la distancia con respecto a la familia se convierte en factor de riesgo debido a la lejanía física. También la percepción sobre la familia por parte de los jóvenes la coloca en la condición de factor de riesgo, al parecer por su función controladora y de castigo más que de formación y de reflexión (Gómez y Londoño, 2002:85).

Por otro lado, se aborda el asunto del consumo de sustancias psicoactivas y la delincuencia. Se puede descubrir que no necesariamente el consumo de sustancias psicoactivas conduce a la delincuencia o comisión de actos delictivos. Lo que sí se presenta, según las investigaciones reseñadas, es todo lo contrario: que una persona con actividades delincuenciales presente además comportamientos de consumo de SPA, configurando lo que se podría llamar la conducta antisocial o el “ir en contra de lo establecido” por el medio social en general, pero que es bien visto o es lo corriente en su medio circundante: grupos delincuenciales.

Finalmente, en algunos de los estudios, se hace mención a problemas de convivencia, de agresividad y de hurtos; al desempleo y el subempleo, al bajo nivel de escolaridad, a falencias en la estructura familiar; al aumento del consumo en las mujeres universitarias, al no acompañamiento adecuado de las responsabilidades académicas y a un entorno inmediato que descalifica al no consumidor como “zana-horio” (En Colombia, término con el que se denomina a las personas de hábitos sanos) (Grisales e Isaza, 2003: 16-17; Rueda Y López, 1998:39; Mesa., 1999:205).

3.4. Hallazgos epidemiológicos

En este aparte del informe, se dejan a modo de condensación o de síntesis las tendencias principales de los hallazgos de los estudios epidemiológicos (son 20 los que se ajustan a este perfil, bien sea porque se constituyen en tales de manera directa o porque acuden a conceptos y variables empleados por este enfoque). Para esto, se pueden tener en cuenta las siguientes variables, que fueron las mismas con las que se organizó la información al momento de sistematizarla:

- **Sustancias más consumidas (presentadas de mayor a menor tasa de consumo).** Según la mayoría de los estudios, la sustancia más consumida es el alcohol; en segundo lugar de frecuencia se encuentra la marihuana y en un tercer lugar el consumo de cocaína. En sólo cinco de los estudios aparece reportado el consumo de cigarrillo (Rumbos, 2002; Echeverri, 2001 y DNE, 1997), lo que lleva a pensar que en los estudios se ha pasado por alto el estudio de sus niveles de consumo. Igual acontece con la cafeína, que sólo aparece reseñada en uno de los estudios (Arias, et al, 2001). Es

interesante señalar que, a pesar de que se encontraron 10 estudios relacionados con el consumo de éxtasis en forma específica, en ninguno de los 13 estudios en los que se reseñan las sustancias más consumidas, aparece registrada esta. Solamente en uno de los estudios aparece entre las sustancias más importantes el bazuco (un estudio de 1995).

- **Zona o región del país donde más se consume.** Según la información registrada, existen dos referencias al respecto. En una se indica que Antioquia tiene la mayor prevalencia en el consumo de drogas (DNE, 1997) y, en otro estudio se dice que Medellín es la ciudad con tasas de consumo más altas de marihuana y de cocaína (Rumbos, 2002).
- **Fragmento de la población que presenta los niveles de consumo de SPA más altos.** En todos los estudios revisados, se coincide en que se presentan tasas de consumo más altas en los hombres que en las mujeres (la relación es de 3 hombres por cada mujer), aunque existe una tendencia histórica a que cada vez la relación de hombres consumidores por mujeres disminuya. En dos estudios, se señala que existen unas tasas de consumo importantes en los estudiantes universitarios hombres de los primeros semestres (Rumbos, 2002 y Floréz, 2000). En otro estudio, se encontró que los jóvenes que están internos en cárceles o en reformatorios, presentan niveles de consumo de sustancias más altos que los jóvenes que no están allí (CES, 2000).
- **Edad de inicio en el consumo de SPA.** Todos los estudios, a excepción de uno (Rumbos 2002), indican una tendencia a la disminución en la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas. A medida que avanza el tiempo, la edad de inicio de consumo es más temprana: de 17.5 años en promedio, en 1997, se pasa a 13.5 años en el 2000. Otro de los estudios revisados indica que, en general, los niveles de consumo disminuyen al aumentar la edad y la formación académica (Escobar, 2002). En general, la edad de inicio para el consumo de las sustancias psicoactivas en los estudios revisados está principalmente entre los 12 y los 19 años de edad. Estableciendo un promedio de los diversos rangos de edad señalados por los diversos estudios (Minsalud, 1994, Villa 1995, DNE 1997, Córdoba, 2000), se encuentra que la edad promedio entre todos es 15.37 años.

3.5. Recomendaciones para investigaciones futuras

Al momento de hacer la revisión de las conclusiones o hallazgos, en varias unidades de análisis, aparecen recomendaciones para ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones. En este sentido, las ideas centrales de las recomendaciones son las siguientes:

- Pertinencia de los análisis cualitativos para entender las tramas subjetivas.
- Ampliar la elaboración de bases de datos, instrumentos extensos, publicación de resultados e indicaciones de limitaciones y recomendaciones.
- Centrar la investigación en otros jóvenes que no sean “problema”.
- Hay que indagar las redes de sentido en relación con el consumo de SPA.
- El término Farmacodependencia es de mayor soporte corporativo e investigativo.
- Es de interés la visión desde otras disciplinas (por ejemplo la enfermería) y el uso de lo subjetivo y lo reflexivo como intuición investigativa.
- El informante idóneo es un método que permite mayor identificación de la población.

4. Las concepciones de sujeto: ¿a quién se refieren los estudios?

Para efectos descriptivos, aquí llamamos sujeto empíricamente a aquel o aquellos que se constituyen en actores del uso de sustancias o que, según los estudios, tienen relación con éstos y concentran su atención para generar conocimientos sobre sus acciones. Por ende, en este apartado se buscará inferir cómo son concebidos aquellos sobre los cuales recae la mirada escrutadora de los investigadores.

- **Sujeto Objetivado.** Una primera manera como se concibe al sujeto es en su condición objetivada, lo que equivale a decir que se le entiende en función de una conducta observable y medible, sobre sus propiedades y características (llamadas en el lenguaje técnico: variables). En este sentido, se presentan varias alternativas, una de ellas es la de que el joven es un “consumidor”, aunque esta categoría no quede expresada conceptualmente en los estudios

consultados. Otras interpretaciones del sujeto objetivado son aquellas que lo miran como alguien sometido al consumo (COL-JUVENTUD, 1996 y López, 2003); como consumidor cargado de motivos objetivados (Alcaldía de Medellín, 1999 y Díaz, 1998), y con un estilo de vida ligado a la práctica del consumo (UCPI, 1998, y García, Mesa y Zapata, 2003). Esta idea de denominar el uso que los investigadores le dan al sujeto (objetivado), deriva especialmente de la ausencia de significado teórico y de la inclinación por establecer mediciones de sus conductas, pues se resalta el tipo de droga consumida, la edad de los consumidores, el género, la actividad que desempeñan, las causas y los factores de riesgo y la condición de trasgresor, entre otras. Esta manera de concebir al actor le niega toda subjetividad, aunque ésta parezca asomarse en aquellos casos en los cuales se le reconoce cargado de motivos o con un estilo de vida adoptado.

- ***Sujeto vulnerable.*** Algo similar acontece con la idea del sujeto cuando se lo concibe conceptualmente como vulnerable. En efecto, varios estudios ven en el usuario de drogas alguien vulnerable a la recaída (Hoyos, 2003) o también a la droga y a influencias externas. Esta vulnerabilidad también es considerada en relación con factores de carácter familiar –desintegración, monoparentalidad– (Ramírez, 2003), con el riesgo al que se enfrenta el joven (Torres, 1994 y 1997) y con la sociedad de consumo y el consumismo. La idea de vulnerabilidad presume un sujeto desprotegido, hasta cierto punto incapaz de dar cuenta de sus actos y de enfrentar “exitosamente” las amenazas e influencias del entorno, desconociéndose, de esta forma, sus posibilidades de resiliencia o sus motivos de elección: al considerar la existencia de factores de riesgo que aumenten la probabilidad de consumo, estos estudios centran su atención en asuntos mensurables y pierden de vista dimensiones subjetivas que acompañan la acción.
- ***Sujeto peligroso socialmente.*** Una de las ideas regularmente asociada en los estudios con el concepto de sujeto vulnerable y con el de consumidor objetivado es la de sujeto como peligro social. Este concepto tomado del estudio Colombia Joven (2004), y con el cual se clasifican aquellos estudios que vinculan el consumo de la droga a la condición del sujeto como delincuente o en riesgo de serlo. Tal es el caso de los estudios de Estrada (1994); Rueda y López (1998); Ramírez (2003); CES (2000); Granja (1999), Luna y

Zuluaga (2002) y Torres (1997). En relación con esta concepción, valga señalar la existencia de estudios que descubren (con relación a los jóvenes que utilizan drogas), actitudes de estigmatización y discriminación procedentes de su entorno inmediato. Cabe resaltar el hecho de que al menos se atreven a cuestionar a una sociedad que así los considera (Pereira, 1997 y Saldarriaga, 1999). La revisión de las anteriores categorizaciones hace pensar en la posición que asume el investigador consultado ante los jóvenes usuarios de droga. En relación con esto, tal vez puede afirmarse que, hasta el momento, al sujeto se le ha “puesto” en una condición moral (vulnerable, peligrosa, desviada). Esto quiere decir que, por su relación con la droga, ha de ser objeto de intervención para que abandone su comportamiento o para evitar que llegue a hacerlo.

- **Sujeto hedonista.** De otro lado, las perspectivas de los investigadores se orientan hacia otra posibilidad, de acuerdo con la cual hay una subjetividad que fluye y establece una relación significativa con el objeto de consumo. Se habla, en este caso, de las que definen al sujeto como hedonista en unos casos o, en otros, en proceso de gestión de sí. Aunque considerar al sujeto como hedonista no deja de ser una postura moral, también implica reconocerlo en una perspectiva ética. Gómez, Valencia y Villegas (1995) se refieren al sujeto en esta dirección, aunque utilice simultáneamente el significante farmacodependiente. Lo considera como aquel del cual se habla antes de que él mismo hable; afirma que el sujeto está en la palabra, antes de tener un cuerpo: sencillamente, antes de nacer. El farmacodependiente (sic) vivencia su cuerpo como el instrumento fundamental de su goce, como vehículo para escapar de lo que en la cultura su propia existencia se lo hace intolerable, insoportable y como único medio que le garantiza una ilusión de felicidad y completud. En igual sentido, se manifiestan los estudios de Cartagena, Centeno y Ossa, (2004) y UCPI (1998).
- **Sujeto gestor de su realidad.** Algunas tendencias teóricas influyentes sobre los investigadores sirven a éstos de marco de referencia para suponer un sujeto gestor de su propia realidad: gestor de sí a través de la capacidad de apropiación del entorno (Jaramillo, 2003); o como buscador de su identidad (García, Mesa y Zapata, 2003 y Ospina y Velásquez, 2003). Precisamente García, Mesa y Zapata se refieren al sujeto como la persona que busca encontrar identificaciones y filiaciones con los demás componentes del gru-

po social, con los que encuentra placer, el poder compartir temas comunes y actividades como el consumo de drogas. Igualmente el sujeto se piensa por Flórez (2000) como el individuo capaz de ser consciente de sus acciones y por lo tanto en condición de determinar el curso de sus experiencias en el consumo. Esta idea no riñe con la compartida con otros investigadores (Contreras, 2003; Ospina y Velásquez, 2003; Gómez y Londoño, 2002; Granados y Munive, 2001 y Nensthiel, 2004), según los cuales el significado que los jóvenes le dan a la droga es propio de su condición subjetiva. Finalmente, en la concepción de sujeto como gestor de sí emerge un conjunto de estudios que centran su atención en su condición de adolescente. Chávez, Contreras y Crispino (2003); Angel y Ossa (2001); y Villa (1995) trabajan con la idea de que el adolescente vive un proceso de desarrollo caracterizado por una crisis devenida de su búsqueda de identidad.

- **Sujeto en déficit.** Un sujeto deficitario es otra de las categorías de sujeto que emerge en algunas de las investigaciones consultadas. Se entiende por tal la consideración de que el individuo manifiesta una serie de características que hacen considerar a los investigadores que es un sujeto en déficit ante la sociedad y ante los parámetros de salud mental considerados por los manuales psiquiátricos. De acuerdo con lo anterior, es psicológicamente desadaptado, con alteraciones de personalidad y déficit cognitivos o portador de una psicopatología (García, Mesa, y Zapata, 2002; Gil, Naranjo y Orozco, 2000; Betancur et al., 2003, Patiño, 2003; Ortiz, 2003; y Bríñez, 1998). El déficit también se hace presente en estudios que se preocupan por establecer un perfil de los jóvenes que usan drogas. En efecto, las investigaciones muestran lo siguiente: un individuo producto de pensamientos maladaptativos disfuncionales y perjudiciales (Arroyave, 2000); un sujeto carente de autonomía por lo que todo su mundo gira en torno a un marco de referencia externo (Escobar, 1995); alguien con una patología de base, vulnerable y objeto de intervención según sus esquemas maladaptativos, sus ideas irracionales y sus autoesquemas (De los Ríos y Garcés, 2001). Incluso la Gobernación de Antioquia se atreve a afirmar:
- **Sujeto colectivo.** El sujeto colectivo se presenta como una alternativa al sujeto individual, que hasta el momento ha sido identificado en los estudios precedentes. La tradición académica, especialmente la epidemiología, la psicología y otras disciplinas,

tienden a considerar al sujeto como individuo, pasando por alto que los colectivos también se constituyen en sujetos actores de una realidad. Sin embargo, la idea que impregna los estudios que a continuación se citarán es la de un sujeto colectivo considerado sumativamente, es decir, se nombran conjuntos poblacionales que existen para las estadísticas, por las decisiones muestrales que deben tomarse. A través de ellas, se considera a los municipios, a la población joven deportista, a los adolescentes concentrados en una institución, como “objeto” de investigación: Castillo et al., 1999; Bustos, 1999; Echeverri, 2001; Red Emprender del Bienestar Universitario del Oriente, 2000.

- **Otras visiones sobre el sujeto.** Algunas otras nociones de sujeto son las de adolescentes en riesgo (Castaño, 1999 y Ministerio de Salud, 1994), ser en falta (Chavariaga, 1996), toxicómano (Arias y Sánchez, 1994), o buscador de experiencias trascendentales (Vélez, 2003).

En síntesis, la noción de sujeto en las investigaciones sobre uso y abuso de drogas en jóvenes, con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, es heterogénea, multiparadigmática, imprecisa en ocasiones, sesgada por visiones monodisciplinarias, y alternativamente influida por perspectivas denominadas postmodernas como las narrativas o las hermenéuticas.

5. El modo de entendimiento del objeto de consumo

Cuando se estudia el fenómeno de uso/abuso de drogas, una de las preguntas necesarias corresponde al objeto (llámese: droga, psicoactivo, fármaco o de otra forma), de tal suerte que no se puede suponer su significado, sino que hay que descubrirlo y construirlo en la relación dialógica que el estudioso crea con el texto. El objeto forma parte de una relación, y no existe sin alguien que lo constituya. Sin embargo, las ciencias sociales no sólo se han encargado de “explicarlo” sino también de crearlo a través de sus descripciones y del análisis de sus “mágicas propiedades”.

El “objeto droga” es una construcción intersubjetiva (cultural y psicológicamente posible) a partir de la cual asume la forma de sustancia (fetichizándose), o de problema (cuestionándosele por sus efectos de toda índole); tanto es así que las preocupaciones de algunas investi-

gaciones, como se verá posteriormente, se centran en su clasificación, sus propiedades, sus efectos o su constitución, como si esto fuese posible por fuera de una subjetividad histórica y contextual que lo pone en el sitio que hoy tiene.

La indagación logró evidenciar que, si bien pareciera existir un acuerdo básico entre los diferentes investigadores consultados, con respecto al objeto de consumo, en cuanto que se considera una sustancia que es introducida en el organismo por diferentes vías y que modifica funciones (las que a su vez inciden en sus comportamientos y en las relaciones), al momento de emplear los nominativos con los cuales se refieren al objeto de consumo, éstos se presentan cargados de significaciones variadas, entre ellas las biológicas, las psicológicas y las sociales, lo cual hace que su entendimiento sea resbaladizo y por tanto un poco difuso.

Cuando el investigador emplea el término, pareciera que nombrara lo mismo para todos los lectores y simultáneamente crea la sensación de estar ante un objeto diferente, es decir, ante otra cosa. De un lado se institucionalizan términos como droga y sustancia psicoactiva, y, de otro, fármaco, tóxico o estupefaciente, cada uno de ellos con sus respectivas variaciones.

En los textos revisados, el concepto más frecuente para referirse al objeto del consumo es droga, que aparece en casi un 44% de las referencias consultadas. Es de tener en cuenta que, en el momento de hacer las consultas mediante el servicio de biblioteca en línea, el mayor número de referencias encontradas en relación con el objeto de la investigación se logra con palabras claves como “*drogas*” o “*drogadicción*”, en comparación con los demás términos (tóxico, farmacodependencia, estupefaciente, psicoactivo y demás).

Otro concepto que se emplea para hacer referencia al objeto de uso es el de *sustancia psicoactiva*, en casi el 27% de los estudios. Este uso ha venido siendo frecuente en el ámbito mundial, sustituyendo aquellos términos tradicionales: droga, narcótico, estupefaciente, fármaco, alucinógeno, entre otros. Éste es un término que hace referencia a todas aquellas sustancias que inciden sobre el sistema nervioso central (SNC), alterando o modificando su normal funcionamiento (Oficina de la primera Dama de La Nación, 1999: 26). Así se evidencia en una investigación epidemiológica realizada sobre consumo de sustancias psicoactivas, realizada en Colombia por Gaitán, et al (2002).

Por su parte, el concepto “sustancia” es utilizado en el 19.27% de los casos. Paradójicamente cuando el lector se acerca a las definiciones de los diferentes conceptos, todos ellos definen el objeto haciendo uso del término sustancia. Según la OMS 1992 citado por (Monsalve, 2003: 27), droga es “toda sustancia que, introducida a un organismo vivo por cualquier vía de administración, produce una alteración de cualquier modo, pueden modificar una o más funciones del mismo”.

A partir de los datos anteriores, se puede deducir, sin lugar a equívocos, que éste presenta un entramado complejo de ideas en torno a un mismo objeto, pero denominado con diferentes significantes. Como se indicó en un inicio, la droga y la sustancia psicoactiva se usan indistintamente y como términos, más que como conceptos.

5.1 *Qué hay detrás del concepto*

Para efectos de esta descripción, se tendrán como punto de partida las 7 alusiones al objeto de consumo y las diversas acepciones dentro de cada una de ellas.

- **¿Cómo se piensa la droga?** Por un lado, se dice de la *droga* que es aquellas sustancias que afecta el funcionamiento del SNC y modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad física y mental, actuando sobre el organismo y generando conductas deterioradas, pero que, de otro lado, también produce alegría, facilitación del pensamiento y placer (Arroyave, 2000: s.p.). En los estudios abordados, se refieren a la droga como un objeto que abarca medicamentos y es entendida en términos de sus efectos terapéuticos. Las sustancias psicoactivas incluyen una variedad mayor de sustancias pero es definida igualmente como generadora de modificaciones en funciones psicológicas como percepción y estados de ánimo entre otras (Mesa et al., 2002:21 – 22). Con el término *droga* se alude simultáneamente a fármacos no medicados o sustancias que afectan el sistema nervioso central, y que unidas a situaciones de alto riesgo o marginalidad social, producen en el consumidor efectos nocivos para la salud, el comportamiento y la convivencia social (Grisales e Isaza, 2003:28). Otra definición conceptual empleada es aquella que la entiende como un fármaco o medicamento que una vez introducido en el organismo, tiene alta toxicidad y genera dependencia y es, por lo demás, problemático en términos de salud (Arias et al., 2001:41).

Si se revisan las conceptualizaciones, se detecta que cada una suma una propiedad al objeto: la droga posee efectos terapéuticos (Mesa et al, 2002, p.21-22); capaz de generar lazos profundos (García, Mesa y Zapata, 2003:63); objeto que viene a suplir una falta, o a llenar un vacío (Chavarriaga, 1996:17); un elemento con diferentes significados creados y compartidos entre los mismos jóvenes (Pereira, 1997:35); asociado con las sanciones y las exclusiones (Saldarriaga, 1999: 56-57); en interconexión con la producción, la exportación e importación de dichas sustancias (Castillo et al, 1999: s.p.); dañina para la salud (Pino, 2002:108); una forma de evasión ante situaciones difíciles (Echeverri, 2001: s.p.) a la que se accede por diversión y/o curiosidad (Cartagena et al., 2004, s.p.), hasta volverse impostergable para el individuo (Arias y Sánchez, 1994: 47).

Con base en los estudios revisados, y a modo de síntesis, se puede concluir con relación al concepto droga, que éste:

- Tiene efectos nocivos sobre el sujeto: afecta el funcionamiento de su SNC (cambios en la percepción y el estado de ánimo); genera conductas deterioradas, produce daños a la salud y la vida social, debido a su producción, tráfico y demás; además crea dependencia. Es igualmente, y como consecuencia de lo anterior, objeto de sanciones y de exclusión (sobre todo las sustancias consideradas como ilegales).
- Genera procesos de socialización, además de que se emplea para suplir faltas o llenar vacíos. Alrededor de la droga se elaboran y se comparten significados, se evaden situaciones difíciles y se satisface la curiosidad y los deseos de diversión (sobre todo los fines de semana).
- **¿Cómo se conciben las sustancias psicoactivas?** El concepto “sustancias psicoactivas” se define, de un lado, a partir de una clasificación que nombra las sustancias procesadas en laboratorio (algunas producidas en éste), conocidas en el mercado como drogas de **diseño o sintéticas**, y aquellas que son de origen **natural, varias de las cuales sufren algún procesamiento**. De otro, se hace una clasificación de las que son aceptadas socialmente y a las que habrá que prestársele atención por su fácil accesibilidad; al contrario de otras, las que son rechazadas por sus efectos negativos (Mesa y Vargas, 2001), que tienen la capacidad de **incidir en el debilitamiento** de los procesos de socialización (**factor riesgo**), provocar distanciamiento de proyectos de vida y generar

comportamientos violentos (Mesa, 1999: 206). Al decir de Gaitán et al. (2002: 216), sin haberse desarrollado específicamente como concepto, “sustancia psicoactiva” se viene convirtiendo en un término que cada vez va ganando mayor terreno por encima de otros similares. Simultáneamente se las entiende como objeto de consumo, generador de tensiones en las relaciones socioculturales, y productoras de trastornos (Alcaldía de Medellín, 1999: 11). Al igual que la droga, las SPA son objeto de significación en relación con su consumo, el cual se encuentra asociado con efectos negativos como los actos violentos (Torres, 1997).

- **Fármaco.** Se alude al objeto en términos de fármaco o medicamento, pero que una vez introducido en el organismo tiene alta toxicidad y genera dependencia, y que es, por lo demás, problemático en términos de salud (Arias et al., 2001: 41). Los fármacos no medicados afectan el sistema nervioso central y, unidos a riesgo o marginalidad, producen efectos nocivos para la salud, el comportamiento y la convivencia social (Grisales e Isaza, 2003: 28).
- **Tóxico.** Se refiere al objeto en términos de un tóxico, pero paralelo a él aparecen términos similares como el de psicoactivo y el de sustancia (Torres, 1994: 151, 157, 220 y 229).
- **Estupefaciente.** Aparece el término estupefaciente asociado con “sustancia ilícita; factor que incide en el incremento de la tasa delictiva, más relacionado con las redes de distribución, tráfico, cultivos ilícitos, represión oficial ante el consumo, pero de otro lado aparece como aquella que causa dependencia” (Jaimes, 2001: 93, 104).
- **Sustancia.** De acuerdo con los textos revisados, se utiliza principalmente para nombrar a la droga, al estilo de: “Se dice del éxtasis, que es una sustancia generadora de efectos que no se registran con otras drogas: empatía, apertura de relaciones; ha sido llamada la “droga socializante” o “droga del amor” y que el consumo de éxtasis está de moda” (Navarrete, 1998:4). Ella (la sustancia) introducida en el cuerpo actúa sobre la persona. “Se atiende al objeto según la OMS como sustancia (química o natural) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión intramuscular endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un

estado psíquico capaz de cambiar el comportamiento de la persona” (OMS, citado por Betancur, 2003:22).

Según los estudios revisados, se puede concluir parcialmente que el objeto de consumo recibe un tratamiento técnico, mas no un abordaje desde disciplinas y teorías diferentes a las médicas, lo que hace necesario que, en primer lugar, se le reconozca dentro del sistema sociocultural donde se produce y se usa, y que, a la vez, se construya una conceptualización en la que se le defina por su carácter relacional y simbólico.

Asimismo, cuando se hable de droga o de sustancia psicoactiva, se haga referencia a una mercancía que vincula al sujeto con un juego de relaciones de dominación, a las que se encuentra atado, tanto como a la falacia de su omnipotencia, al estar bajo sus efectos y donde corre el riesgo de reducir su responsabilidad social como agente activo y constructor de mundos posibles.

Finalmente, (y esto vale para todas las denominaciones del objeto), los estudios le otorgan al objeto características y efectos que no son posibles si no hay una relación con ella, llamada ésta ingesta (introducción directa en el organismo), consumo (utilización con fines espirituales, terapéuticos, socializadores o recreativos) o uso (cuando es la persona considerada en su individualidad, la que la emplea para llenar un vacío, modificar un estado de conciencia, suplir una falta, enfrentar situaciones difíciles o adquirir capacidades cognoscitivas, emocionales o sociales).

5.2. La relación entre sujeto y el objeto de consumo: una relación peligrosa

La relación del sujeto juvenil con el objeto (que como se ha visto varía su acepción entre droga o sustancia psicoactiva) también está concebida desde múltiples perspectivas:

- **El consumo.** La primera de estas perspectivas es la que se ubica en torno a la idea de que el sujeto tiene un comportamiento de consumo, lo que, en consonancia con lo expresado hasta el momento, muestra una tendencia transversal en los estudios, a objetivar un fenómeno por sus dimensiones observables. Éstos centran su atención en el comportamiento como hecho objetivo, y en ellos

no aparece un sujeto reconocido, toda vez que no es susceptible de medición. Lo que sí es objeto para referirse a un supuesto sujeto, es que consume sustancias, especificándose el mismo en términos de “jóvenes”, “estudiantes”, “personas”, “población de adolescentes”, “niñas embarazadas” (De Los Ríos y Garcés, 2001; Rueda y López, 1998; Bríñez, 2003; y Gaitán et al., 2002). La relación “consumo” es entendida en medio de las objetivaciones de las que hacen gala algunos estudios empírico-analíticos, como susceptible de categorizarse de acuerdo con la frecuencia o intensidad de la ingesta, lo que de soslayo supone una relación definida en términos clasificatorios: experimental, ocasional, recreativa, habitual (López, 2003; Ángel y Ossa, 2001).

- **Enfrentamiento de la realidad.** Otra relación construida por los análisis de los investigadores es que la droga se emplea con el fin de que el sujeto evada su realidad, sus problemas y dificultades (Grisales et al., 2003; Florez, 2000; Ramírez, 2003) pero también para suplir sus necesidades, bien sea personales o relacionales (Navarrete, 1998; Escobar, 1995; Chávez, Contreras y Crispino, 2003).
- **Problema social.** Una tercera forma de entender la relación es considerando que el uso de la droga es una práctica sometida a patrones determinados y se constituye en problema social (Mejía, 2003; Red Emprender, 2000). Esta concepción está íntimamente relacionada con aquella que ve la droga como un medio que vincula al sujeto con la delincuencia (Jaimes, 2001; Patiño, 2003).
- **Mediación.** La relación hasta el momento ha sido entendida de acuerdo con el comportamiento particular del sujeto resultante del uso de la sustancia (objeto). Sin embargo, esta mirada en cierto sentido “comportamentalista”, encuentra oposición en otra que abandona la idea de la relación sustancia/organismo, para pensar que son las formas de vida intersubjetiva entre los jóvenes, las que llevan a que se considere el uso de drogas como una vía de vinculación y mediación entre ellos, en situaciones altamente significativas, como sucede en las rumbas, los encuentros entre amigos (parches o galladas), los juegos y demás (Granados y Munive, 2001; Luna y Zuluaga, 2002; Mesa et al., 2002; Mesa y Vargas, 2001; Ospina y Velásquez, 2003). Esta manera de entender la relación le reconoce a la subjetividad la capacidad de atribución de sentido tanto a la droga (simbólicamente considerada) como a los actos (también simbó-

licamente considerados), reconociendo que el problema no se halla en la sustancia, (asignándosele propiedades e influencias sobre el ser humano), sino en las relaciones sociales que son espacio en el cual se construye el fenómeno droga. Su consumo se constituye en fenómeno grupal, pues articula prácticas, creencias, valores y significados construidos en torno a la sustancia (García, Mesa y Zapata et al, 2003: 2). Las actividades donde se tiene acceso a ellas llevan de la mano un conjunto de rituales, motivaciones y consecuencias que inciden de manera directa o indirecta en la realidad interna y externa del sujeto (López, 2003: 14).

6. Variables de los estudios epidemiológicos

Para terminar, se describen a continuación las variables que emplean los estudios epidemiológicos sobre uso/abuso de drogas.

- Se muestra una tendencia a explorar en los jóvenes consumidores y no en la población no consumidora. En los jóvenes consumidores por lo regular los instrumentos, que son encuestas estructuradas, preguntan por las variables socio-demográficas como edad, sexo, ocupación y grado de escolaridad.
- En su totalidad, son estudios de tipo empírico-analítico que hacen mediciones de la variabilidad: porcentajes absolutos y relativos; también realizan medidas de asociación estadística: valor de P , pruebas de significancia estadística. Con muy escasa ocurrencia, los estudios epidemiológicos no pasan de describir el resultado por variable.
- Estos estudios trabajan con instrumentos no siempre validados; existen acepciones como el Vespa, el ASI, el DUSI, el MASTA y el CAGE, instrumentos que han tenido validación para Colombia en las investigaciones realizadas por la epidemióloga Yolanda Torres y sus equipos.
- Además de las variables socio-demográficas, se consideran las relaciones familiares, dinámica interna de la familia, convivencia, entorno. Son escasos los estudios por género, pero abundantes los estudios en poblaciones escolarizadas. Aquí existe de ausencia en investigaciones en poblaciones jóvenes no escolarizadas.
- Otro gran grupo de variables en los estudios epidemiológicos, corresponde a las que tienen que ver propiamente con el consumo: sustancias consumidas, legales e ilegales, formas de administra-

ción, formas de consecución, maneras de consumo (vías), accidentalidad asociada con el consumo, mortalidad por consumo, motivación para el consumo, consumo por grado de escolaridad, consumo y salud, consumo y problemas judiciales.

- En cuanto a las sustancias, se consideran por lo regular en los estudios alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, heroína, inhalantes, y éxtasis.

Entre las medidas que se aplican para hablar en el ámbito epidemiológico del tema, están: prevalencia de vida, prevalencia anual, prevalencia mes, prevalencia semana y prevalencia día. También se mide índice de abstención, índice de exconsumo. Se aplican Escalas de satisfacción. De otra parte, entre las variables psicosociales, se deben resaltar tolerancia a la frustración, asertividad, influencia de pares, carencia de metas, apoyo inadecuado, personalidad dependiente, búsqueda inadecuada de autonomía, insatisfacción personal y deseo de aceptación.

7. Conclusiones

El trabajo realizado hasta el momento denota que en Colombia se ha hecho investigación sobre uso/abuso de drogas con población juvenil en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, pero la investigación sobre las prácticas de consumo entre jóvenes está aún restringida a las actividades académicas y circula poco; esto es, las publicaciones son pocas (diferenciándose de las reflexiones y escritos sobre prevención, que suman una cantidad considerable en comparación con las investigaciones de campo) y los eventos de difusión exageradamente limitados: no se encontraron memorias de congresos o simposios académicos que sean significativos.

La producción investigativa es fundamentalmente académica en especial para programas de pre-grado (de aquí también seguramente, carente de una perspectiva interdisciplinaria); es completamente ausente en niveles de Maestría y Doctorado, y, por ende, por parte de grupos de investigación, según las consultas realizadas. La divulgación ha sido significativa en algunos períodos para el caso de los libros, y corresponde a Instituciones Gubernamentales u ONG's; para el caso de las revistas, es restringida.

El trabajo realizado deja ver que hay una predominancia de la producción investigativa de corte empírico-analítico sobre el enfoque interpretativo, lo cual se puede evidenciar en las publicaciones existentes. Excepcionalmente, hay algún informe que combina técnicas de ambos enfoques. Las investigaciones evidencian ciertas preferencias que denotan perspectivas paradigmáticas a la hora de cuestionar la realidad; de ahí que, cuando se quiere saber acerca del fenómeno uso/abuso de drogas, se indague por factores o causas, conductas de consumo, creencias o conocimientos, motivaciones, contextos, relaciones y subjetividad.

Se tiende a considerar en los estudios empírico-analíticos que el “consumo” de psicoactivos o drogas es un efecto directo de distintos factores, siendo los de carácter psicológico e individual los de mayor relevancia; sólo algunos estudios se interrogan y/o reconocen que pueden existir factores socioculturales o familiares generadores de conductas de uso, consumo o adicción a las drogas. Al analizar la relación causal desde la perspectiva de los estudios que indagan por los efectos o consecuencias del uso de drogas, se visualiza la preocupación por los daños personales y sociales del consumo.

Algunos estudios buscan caracterizar las conductas, lo que implica distinguir sus atributos o propiedades. Así, pues, se tienen como propios o característicos de la conducta de consumo (y desde una perspectiva social): a) los aspectos socio-familiares, académicos y culturales de la misma; b) problemas psicosociales como la drogadicción, el alcoholismo, la incursión temprana en el trabajo y la prostitución, y c) el grado de escolaridad, el sexo, la edad y el estado de salud. La motivación como asunto de la subjetividad se supone que está en relación con los anhelos, el medio en que se vive, los estímulos que se reciben, etc., todo lo cual hace que otros investigadores se interesen también por este objeto de conocimiento.

Respecto a la interrogación por el contexto de consumo, sólo lo hacen dos investigaciones, y ambas están relacionadas con el uso de éxtasis. Resulta cuestionable, que hasta el momento, no se constituya como objeto de conocimiento otros consumos en otros contextos, salvo lo que tangencialmente indagaron Ospina y Velásquez (2003) y García, Meza y Zapata (2003).

Los problemas de investigación también se orientan a la práctica de consumo y a la relación de ésta con entornos juveniles identitarios, lo que hace pensar que contemporáneamente emergen inquietudes que involucran los procesos intersubjetivos como alternativa a la tradición de los estudios sobre conductas objetivas o de relaciones de causalidad.

Metodológicamente, los estudios expresan gran variedad de opciones y decisiones, pero esto no puede engañar al lector. En efecto, la diversidad de diseños es confusa, no tanto por la variedad en sí, sino por la polifonía. Los autores designan indistintamente los diseños, según como creen que se deben denominar. Una práctica común es no hacer referencia a fuentes bibliográficas autorizadas, en el momento de respaldar la toma de decisiones de este carácter y denominar de manera convencional los diseños. Además de lo anterior, hay que añadir que los estudios cuantitativos se concentran sobre dos modelos básicos: la epidemiología y los casos y controles, ambos pensados en la perspectiva de la salud mental, a sabiendas que el uso de drogas tiene más un carácter médico psiquiátrico.

Es cuestionable que los diseños no se ajusten a las pretensiones de las preguntas, pues, como se mencionó, éstas se expresan en una buena proporción en forma causalista, y, sin embargo, aquellos no responden a tales expectativas, es decir no se hacen tantos estudios explicativos como se pretende y no se establecen suficientemente relaciones entre variables como para avanzar en las explicaciones que el fenómeno requiere.

Entre los estudios interpretativos, la tendencia no es distinta, aunque es destacable el aumento de su frecuencia y el atrevimiento para inmiscuirse en experiencias subjetivas a fin de comprender el fenómeno desde la perspectiva de los actores y desde las situaciones que provocan la concurrencia de éstos a situaciones de consumo. No obstante, se peca con los conceptos metodológicos, como sucede con la definición de los estudios como “descriptivos”. Esto expresa una clara falta de rigor y de ambición (salvo que sea una manera de no comprometerse con niveles avanzados de interpretación y producción de sentido) para darle a los estudios un tratamiento que los lleve a producir conocimiento comprensivo y no sólo descripciones.

Es menester indicar también la falta de estrategias que involucren al investigador en diferentes y variados contextos, como la combinación de metodologías participativas con las de historias de vida, y la selección de casos (individuales, grupales y contextuales). Por tanto, una adecuada exploración de actores, escenarios, eventos y momentos, así como la selección de diferentes poblaciones, haría más rico el conocimiento del fenómeno.

Como se ve, no se identificaron estudios con población en centros penitenciarios, habitantes de la calle, población que frecuenta parques, plazas, calles, escenarios deportivos y esquinas de barrio, escenarios en los cuales se observa cotidianamente, que se congregan usuarios de SPA. Tampoco existen estudios publicados o informes de trabajo de grado, realizados en las ciudades de las costas en el norte y sur del país, ni de otras regiones o municipios próximos a las capitales. Además, en lo que respecta a estratos socio-económicos altos, profesionales, deportistas, artistas, trabajadoras sexuales, jóvenes no escolarizados y otras categorías sociales, siguen sin explorar, salvo algunos estudios cualitativos que se detienen en ambientes de fiesta y/o diversión.

Los estudios mixtos son significativos en medio de un contexto académico-investigativo que tiende a privilegiar posiciones radicalizadas a favor de uno u otro enfoque metodológico. No obstante, debe pensarse y discutirse más acerca de cómo pueden implementarse de tal manera que el empleo de unas técnicas no se subsuma tan tímidamente en otras, como si pasaran inadvertidas.

Consumos novedosos o de reciente aparición en contextos urbanos como el éxtasis y el yagé están siendo asumidos por culturas que re-crean una relación del consumo de sustancias con fines socializadores o terapéuticos. El éxtasis (que tiene como eje representativo los “partys”, fiestas o “raves”) ofrece belleza, felicidad, empatía y amor. Existe alrededor de su consumo una concepción del mundo y un estilo de vida específico y propio que les diferencia de otras culturas juveniles. Las fiestas no son vistas solamente como un espacio de consumo sino como una posibilidad de liberación de lo cotidiano y como una manifestación de la individualidad.

En cuanto al uso del yagé, los sujetos consumidores creen que hay algo (no llamado Dios) que se manifiesta en todos los seres del entorno; igualmente, para ellos esa planta aparece como algo sagrado y

es ingerida con propósitos determinados: conocimiento, purificación (éste es el valor del vómito), ampliar las percepciones o la comunicación.

En los pocos estudios sobre realidades gregarias, se puede hacer lectura de ciertos elementos comunes, como es por ejemplo que tanto el grupo como su relación de consumo desempeña un papel de construcción de identidad, ya que se convierte en un espacio que permite la diferenciación del llamado “mundo adulto”. El grupo se constituye en un espacio en el cual no simplemente se consume sino en donde se construyen significados que cohesionan a los participantes, con los que se sienten compartiendo un estilo de vida propio y diferente de los otros.

Hay trabajos investigativos que indagan por situaciones que están más allá de factores individuales. En los textos revisados, se hace alusión a la familia, y ésta adquiere un papel dual, ya que en algunos casos se constituye como factor de riesgo y en otros en factor protector en relación con el consumo de drogas. En la mayoría de los estudios que se ocupan del conocimiento de situaciones, se hace alusión a un medio -ambiente externo que presenta una serie de carencias y de dificultades de diversa índole, factores que aumentan la posibilidad del consumo de drogas, o por lo menos, que están asociados con éste.

8. Bibliografía citada

1. ACOSTA, Carlos Mario (2000). “Del cuerpo, el consumo, la soledad y el futuro...” En: *La Tinta distinta*. No 5.
2. ALCALDÍA DE MEDELLÍN, SECRETARIA DE SALUD (1999). *Vespa Universitario: Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre el consumo de sustancias psicoactivas en población universitaria*. Medellín: Imprenta municipal.
3. ÁNGEL, Maria Isabel y OSSA, Ana (2001). *Relaciones padres-hijos, consumo de sustancias psicoactivas y conducta sexual de estudiantes de secundaria de estratos 5 y 6 de Santa Fe de Bogotá*. Tesis de grado Facultad Ciencias Sociales (Psicología). Universidad de Los Andes. Medellín.
4. ARIAS PUERTA, Ángela María y SÁNCHEZ, Ángela (1994). *La función de la imago en la formación del sujeto y su importancia en la comprensión de la drogadicción*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.

5. ARIAS, et al., GALLEGO, Humberto, PÉREZ, Jorge Arturo y SÁNCHEZ, Luis Fernando (2001). *Consumo de sustancias psicoactivas y la calidad de vida como criterios de acción en las políticas y servicios de Bienestar Institucional en la USB, Seccional de Medellín*. Trabajo de grado. Facultad de Educación, Especialización en Gestión de la Calidad Universitaria. Universidad de San Buenaventura Medellín.
6. ARROYAVE CUARTAS, Susana (2000). *Abordaje terapéutico de un paciente con trastorno delirante de la personalidad, asociado con el consumo de sustancias psicoactivas, de género masculino, edad 24 años, residente de la comunidad terapéutica Fundación Hogares Claret*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
7. BETANCUR TORRES, Margarita María et al. (2003). *Perfil psicopatológico del trastorno por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (poli consumo) en personas pertenecientes a comunidades terapéuticas del Área Metropolitana de Medellín*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
8. BOTERO, Laura Victoria (2001). "Las Drogas y sus representaciones en Medellín". En: *La Tinta distinta*. No 9.
9. BRÍÑEZ HORGTA, José Arturo (1998). "Asociación entre el esquema cognitivo y las reacciones conductuales en consumidores de sustancias psicoactivas". En. *Acta colombiana de psicología*. No 1.
10. BRÍÑEZ HORGTA, José Arturo (2003). "La satisfacción de la relación de pareja y el consumo de sustancias psico-activas en mujeres jóvenes embarazadas". En: *Acta Colombiana de Psicología (Investigación en adicciones y violencia)*. No 9.
11. BUSTOS O. Alba Gladis et al. (1999). *Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de grados 10 y 11 de los colegios de básica secundaria, oficiales y privados diurnos y nocturnos de la zona rural y urbana del municipio de Calarcá Quindío*. Tesis de grado Facultad Psicología (Especialización en Epidemiología). Universidad Cooperativa de Colombia. Unidad descentralizada de Calarcá.
12. CÁRDENAS LOAIZA, María Elide y PATIÑO ARANGO, Gustavo (1999). "Análisis de los referentes socioculturales que definen los hábitos y comportamientos en el consumo de SPA de los grupos informales en la ciudad de Manizales". En: *Cultura y Droga*. Vol. 4 No4.
13. CÁRDENAS, Olga Lucía (2003). "Éxtasis, rumba de laboratorio". En: *Revista Carrusel, El Tiempo*. Bogotá. P.6 - 8.

14. CARTAGENA VARGAS, Blanca Dory, CENTENO ARENAS, Luís Carlos y OSSA VANEGAS, Luís Carlos (2004). *El éxtasis y la Rumba nocturna juvenil: Investigación en tres sectores de Medellín*. Tesis de grado Facultad Psicología (Especialización en Fármaco dependencia). Fundación Universitaria Luís Amigó. Medellín.
15. CASTAÑO RAMÍREZ, Sigrid (1999). "Análisis histórico social de los estudiantes adictos a los psicofármacos en la Universidad de Caldas". En: *Cultura y droga. Vol.4, No 4*.
16. CASTILLO, Olga et al (1999). "Jóvenes, coca y amapola: Un estudio sobre las transformaciones socioculturales en las zonas de cultivos ilícitos". Bogotá. Disponible en <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>
17. CHÁVEZ CAMACHO, Michael, CONTRERAS, Miller, Alexander y CRISPINO MOLINA, Pascualina (2003). *El éxtasis: Entre la soledad y la fiesta: una aproximación al estudio del consumo de éxtasis en jóvenes universitarios de la Ciudad de Medellín*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
18. CLIMENT, Carlos y DE ARAGÓN, Lida (1995). "Uso de bazuco en un barrio de Cali: el informante idóneo". En: *Colombia Médica (On Line)*. Cali. No 1, Vol. 26; p.2-6. Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.html>
19. COLJUVENTUD. Meter (1996). En: *Coloquio*, Revista de la DNE. Vol. 4 No1.
20. CONTRERAS VILLEGAS, Eloy Andrés, RESTREPO LONDOÑO, David y CÓRDOBA MOSQUERA, Hilda Inés (2000). *Caracterización del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en los estudiantes del Colegio Municipal Antonio Holguín Garcés de la jornada diurna del Municipio de Cartago Valle año 2000*. Tesis de grado Facultad Psicología (Especialización en Fármaco dependencia) Fundación Universitaria Luís Amigó. Medellín.
21. CHAVARRIAGA MONTOYA, Alejandro (1996). *Aportes teóricos para una comprensión del fenómeno de la drogadicción a partir de los conceptos de impulsión y rasgo de persecución*. Tesis de grado, Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
22. DE LOS RÍOS RENDÓN, Néstor Darío y GARCÉS MAYA, Gustavo de Jesús (2001). *Esquemas maladaptativos tempranos, ideas irracionales y autoesquemas en jóvenes entre 12 y 18 años de edad de la ciudad de Medellín, institucionalizados en la Fundación Hogares Claret y la Escuela de Trabajo San José, que presentan consumo de SPA y/o conductas adictivas*.

- Tesis de grado Facultad Psicología Universidad de San Buenaventura. Medellín.
23. DÍAZ FUENTES, Margarita María (1998). *Consumo de plantas alucinógenas*. Tesis de grado Facultad Ciencias Sociales (Psicología). Universidad de Los Andes. Bogotá.
 24. DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES, DNE. II (1997). "Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia". En: *Coloquio*, Revista de la DNE. Vol. 5, No 3.
 25. ECHEVERRY G, Camilo Antonio y NARANJO H. Luz Marina (2001). *Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en escolar de 8 a grado 11 en los municipios de Calarcá y Quimbaya en 1999*. Tesis de grado, Especialización en Epidemiología, Universidad Cooperativa de Colombia, Calarcá.
 26. ENFOQUE SOCIAL CONSULTORÍAS (1999). *Caracterización Socio-demográfica de los Jóvenes en Medellín: Política Municipal de Juventud*. Medellín: Imprenta municipal.
 27. ESCOBAR, Hernando, et al (2002). "Factores psicosociales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Politécnico Nacional". En: *Noticia* (Revista del Politécnico Nacional), Vol. 1, N° 1.
 28. ESCOBAR VÉLEZ, Juan Andrés. MORALES GIL, Lucía (1995). *La farmacodependencia como síntoma de la falta de sentido de vida*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
 29. ESPINEL, María et al. (1997). "Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes escolarizados". Bogotá. Disponible en <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>
 30. ESTRADA, Iván Darío (1994). *Las relaciones intrafamiliares y su influencia en la drogadicción de los hijos adolescentes y del consumo de drogas en la convivencia familiar*. Trabajo de grado. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
 31. FLÓREZ ALARCÓN, Luis (2000). "Análisis del consumo de alcohol, con fundamentos en el Modelo transteórico, en estudiantes universitarios". En: *Acta Colombiana de Psicología*. No 4.
 32. GAITÁN, J. et al. (2002). "Consumo de SPA, reflexiones académicas sobre estudios epidemiológicos realizados en Colombia". En: *Suma Psicológica*. Vol.9 No 2.
 33. GARCÍA LOPERA, Ramiro Andrés, MESA ESTRADA, Cesar Andrés y ZAPATA CADAVID, Natalia Helena (2003). *La construcción*

- de la identidad grupal entre consumidores de psicoactivos.* Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
34. GIL ATEHORTUA, Mónica Maria, NARANJO MUÑOZ, Paula Andrea y OROZCO MUÑOZ, Lina Maria (2000). *Trastorno del eje II relacionados con la farmacodependencia.* Tesis de grado, Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
 35. GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA y otros (2003). *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados: resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia 2003.* Medellín: Marín Vieco.
 36. GÓMEZ VILLEGAS, Marcela y LONDOÑO CARDONA, Lisette (2002). *Valoración y significados morales de jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas: dimensión personal, familiar y social.* Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
 37. GÓMEZ, Orlando, VILLEGAS, Luis Alberto y VALENCIA, Sandra Maria (1995). *El Goce del cuerpo en el Farmacodependiente.* Trabajo de grado. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
 38. GRANADOS, Katherine y MUNIVE, Carli Andrea (2001). *Narrativas sobre el Éxtasis de un grupo de jóvenes asistentes a los "After Party".* Tesis de grado Facultad Ciencias Sociales. Universidad de los Andes. Bogotá. smd.
 39. GRANJA, Luís Fernando (1999). *Conflicto, territorialidad e identidad juvenil en la comuna 14 del distrito de Aguablanca de Cali.* Tesis de grado. Universidad del Valle. Cali. smd.
 40. GRISALES BETANCOURT, Viviana Eugenia e ISAZA LASSO, Andrea (2003). *Incidencia de los procesos de prevención - promoción en la resignificación que hacen los jóvenes del Colegio Instituto Técnico Multipropósito sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la sexualidad.* Trabajo de grado. Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura. Cali.
 41. GUIOT NEGRÓN, Glenda y MEDINA REINA, Ivonne (2002). *Estudio de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de los Andes.* Tesis de grado Facultad Ciencias Sociales (Psicología). Universidad de los Andes. Bogotá.
 42. GUTIÉRREZ, Óscar (2001). "¿Éxtasis o extravío?" En: *Salud Coomeva.* No 43.
 43. HOYOS LLANO, Jaime (2003). *Causas psicológicas por las cuales re-*

- caen los residentes en el consumo de sustancias psicoactivas del área de tratamiento de la Corporación CAMINOS. Trabajo de grado. Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura. Cali.*
44. INSTITUTO COLOMBIANO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CES (2000). *Consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados con la delincuencia juvenil*. Medellín: CES.
 45. JAIMES O, Jesús Enrique (2001). "Factores demográficos, situacionales, conductuales y psicosocial en muertes intencionales asociadas a estupefacientes en Bogotá" En. *Acta Colombiana de Psicología* (Psicología Jurídica). No 6.
 46. JARAMILLO JARAMILLO, César Augusto (2003). "Los jóvenes y su representación social de las drogas". En: *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*. Vol. 6, No 9.
 47. JIMÉNEZ RÍOS, Eliana y LORA CUERVO, Jimena (2000). *Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes universitarios*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad Javeriana. Bogotá.
 48. LÓPEZ NIETO, Mónica María (2003). *Percepciones Psicosociales en torno al consumo de psicoactivos de un grupo de jóvenes consumidores del barrio Villa del Socorro de la ciudad de Medellín*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
 49. LUNA y ZULUAGA (2002). *Imaginario y percepción de la juventud bogotana acerca de los efectos psicofisiológicos del éxtasis*. Tesis de grado Facultad Ciencias Sociales (Psicología). Universidad de Los Andes. Bogotá.
 50. MEJÍA MOTTA, Inés Elvira (2003). *La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta*. Bogotá: Presidencia de la República.
 51. MESA GARCÍA, Henry y GARCÍA CUARTAS, Marta Yaneth (1999). "Características socio familiares, académicas y culturales asociadas al consumo de alcohol, tranquilizantes, marihuana, cocaína, bazuco". En: *Cultura y droga*. Vol.4, No 4.
 52. MESA VARGAS, Dora Luz y VARGAS MAESTRE, Adriana María (2001). *Éxtasis: síntoma contemporáneo de los jóvenes consumidores, de la ciudad de Medellín*. Tesis de grado Facultad Psicología Especialización en Psicología Clínica con énfasis en Salud Mental. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín.
 53. MESA, Luz Mery, MONTOYA, Nora Elena, RÍOS, Eliana y SALAZAR, Fanny (2002). *Perfil Cognitivo de personas abusadoras y dependien-*

- tes de sustancias psicoactivas: Marihuana*. Trabajo de grado. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
54. MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA (1994). *Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias Psicoactivas, Colombia 1993*. Bogotá: Carrera Séptima.
 55. MONSALVE TRUJILLO, Ivania Isabel, QUESADA CUESTA, Giseth del Carmen y VILLA BALCEIRO, Paola (2002). *Perfil Cognitivo del trastorno por abuso y dependencia de sustancias Psicoactivas: poli consumo*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
 56. NAVARRETE SÁNCHEZ, Catherine (1998). *Las representaciones sociales del éxtasis desde el punto de vista de las actitudes, las motivaciones, la socialización y la construcción de la identidad*. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias sociales. Programa de Psicología. Universidad de Los Andes. Bogotá.
 57. NENSTHIEL ORJUELA, María Carolina (2004). *Significados del consumo de SPA de jóvenes bogotanos que dejaron de consumir*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad Javeriana. Bogotá.
 58. OFICINA DE LA PRIMERA DAMA DE LA NACIÓN y otros (1999). *Lo visible de lo invisible. Análisis y mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, niñas y jóvenes de la calle con énfasis en los que consumen sustancias psicoactivas*. Bogotá: Beta Print.
 59. ORTIZ, Lina María y SERNA, Mardory (2003). *Estudio descriptivo correlacional del perfil psicopatológico de jóvenes entre 18 y 35 años de edad, consumidores o abusadores de sustancias sintéticas "Éxtasis", pertenecientes a instituciones universitarias privadas*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
 60. OSPINA, Blanca Rubí y VELÁSQUEZ CORREA, Mónica (2003). *De las sensaciones individuales a las mediaciones colectivas, identidad juvenil y consumo de psicoactivos*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
 61. PATIÑO VERGARA, Yadirí (2003). *Perfil psicopatológico de un grupo de jóvenes futbolistas consumidores de sustancias de diseño "éxtasis"*. Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
 62. PEREIRA PINEDA, Marcela (1997). *"Jóvenes" violencia y drogadicción en el municipio*. Tesis de grado Facultad Sociología. Universidad de Antioquia. Medellín.

63. PÉREZ ARROYAVE, Clara Lucía y LONDOÑO, Inés Ofelia (1998). *Caracterización de los jóvenes de Medellín: sistematización de 130 fuentes bibliográficas producidas entre los años 1990 y 1997*. Medellín: Mesa Cuadrada.
64. PÉREZ GÓMEZ, Augusto y DELGADO DELGADO, Diana (2003). "La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento". En: *Psicothema*. Vol. 15 No 3.
65. PÉREZ GÓMEZ., Augusto, SCOPPETA DÍAZ – GRANADOS, Orlando y PEÑA AMAYA, Paula (2002). *La juventud y las drogas*. Bogotá: Alfa omega.
66. PINEDA ESCOBAR, Ángela Patricia (2002). *Investigación documental sobre fuentes electrónicas en drogodependencias, inventarios, categorización y elaboración de páginas Web sobre el tema en 2000 – 2002*. Tesis de grado Facultad Psicología (Especialización en Fármaco dependencia). Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín.
67. PINO RÚA, Yolanda (2002). *Desde la mirada del otro: representaciones sociales sobre la droga de los jóvenes del municipio de La Estrella*. Tesis de grado Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (Trabajo Social). Universidad de Antioquia. Medellín.
68. PROGRAMA PRESIDENCIAL COLOMBIA JOVEN, AGENCIA DE COOPERACIÓN ALEMANA, GTZ Y UNICEF COLOMBIA (2004). "Estado del arte del conocimiento producido sobre jóvenes en Colombia 1985-2003". Informe Final de Investigación, Universidad Central, Departamento de Investigaciones, Bogota. Disponible en: http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/raes/informe_estado_arte.pdf
69. RAMÍREZ HERRERA, Clemencia (2000). "Co-ocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes y adultos en ciudades colombianas". En *Acta Colombiana de Psicología*. No 4.
70. RAMÍREZ HERRERA, Clemencia (2003). "La transmisión intergeneracional, la clase del vínculo y los factores intrapersonales como predictores de la co-ocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes". En: *Acta Colombiana de Psicología* (Investigación en adicciones y violencia). No 9.
71. RAMÍREZ, Myriam Amparo (2003). "Droga en el Alma". *Revista Nueva - El Colombiano*. Medellín. P. 8 - 9.
72. RED EMPRENDER DE BIENESTAR UNIVERSITARIO DEL ORIENTE COLOMBIANO (2000). Informe Campaña "Invierte en ti". Bu-

- caramanga. Disponible en <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>
73. REVISTA SEMANA (1997). "Rumba después de la rumba". No 799.
 74. RODAS VALENCIA, Rodrigo y ZULUAGA VALENCIA, Juan Bernardo (1998). "Incidencia y posibles factores asociados al consumo de drogas psicoactivas en personal de soldados". En: *Cuadernos en línea* (psicología y salud). No 2.
 75. RUEDA JAIMES, Germán Eduardo y LÓPEZ PRIETO, María Catherine (1998). *Diagnóstico sobre el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes detenidos en la ciudad de Bucaramanga, 1997*. Bucaramanga: Liotopia Bolívar.
 76. RUMBOS, Programa Presidencial para afrontar el Consumo de Drogas (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: Resultado de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia.
 77. SALDARRIAGA V, Jaime A. y CAÑAS R., Juan José (1999). *Consumo, libertad y democracia: dos estrategias de prevención de la drogadicción: ambientes escolares preventivos y fábrica de proyectos juveniles*. Medellín: Corporación Región.
 78. SCOPPETTA, Orlando y VELÁSQUEZ, Julio César. "Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras tecnológicas en Santa Fe de Bogotá". Bogotá. 1997. disponible en <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>
 79. TORRES, Yolanda y MAYA, José María (1997). *Sistema de vigilancia epidemiológica sobre uso indebido de sustancias psicoactivas: VESPA 1997*. Medellín: Imprenta municipal.
 80. TORRES, Yolanda (1987). *Estudio Nacional sobre Alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia, Colombia 1987*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
 81. TORRES, Yolanda (1997). *Resultados 1992-1996: Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas - VESPA-Medellín*: Imprenta Municipal, 1997.
 82. TORRES, Yolanda (1994). *Resultados Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas - VESPA*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.
 83. TOUZÉ, Graciela (1996). *Construcción Social del Problema Droga*. Grupo Internacional de Investigación en Toxicomanías. smd.

84. UNIDAD COORDINADORA DE PREVENCIÓN INTEGRAL (UCPI) (1998). *Éxtasis ¿La nueva promesa? Estudio explorativo sobre el consumo de MDMA en Santa Fe de Bogotá D.C.* Bogotá: Guadalupe.
85. UNIDAD COORDINADORA DE PREVENCIÓN INTEGRAL, UCPI (1998). *Consumo de sustancias inhalables.* Bogotá: Guadalupe.
86. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES (1999). "Éxtasis la nueva promesa". Bogotá. Disponible en <http://200.13.194.15/aplicacion/default.htm>
87. VÉLEZ BASTO, Silvia (2003). *La música electrónica y su relación con el consumo de éxtasis en adultos jóvenes de estrato socioeconómico medio-alto de la ciudad de Medellín.* Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín.
88. VÉLEZ CÁRDENAS, Andrea Beatriz (2003). *Motivaciones asociadas al consumo de yajé dentro del contexto urbano.* Tesis de grado Facultad Ciencias Sociales (Psicología). Universidad de los Andes. Bogotá. Disponible en <http://biblioteca.uniandes.edu.co>
89. VILLA, Juan David y RUIZ, María del Mar (1995). *Consumo de sustancias que producen dependencia en adolescentes estudiantes de secundaria de colegios oficiales mixtos de Villavicencio, jornada diurna durante el segundo semestre de 1994.* Tesis de grado Enfermería. Universidad de los Llanos. Villavicencio. 1995.

Bibliografía consultada

1. ARIAS SÁNCHEZ, Paula Andrea y ARBOLEDA JARAMILLO, Eliana. "Éxtasis: ¿pastilla inofensiva?" En: *Ser Familia*. No 14, S.F.
2. BABBIE, Earl (1999). *Fundamentos de la Investigación Social*. México: Thomson.
3. BARRERA CADAVID, Mabel Natalia (1998). *Esquemas cognitivo-afectivos presentes en sujetos fármaco-dependientes e institucionalizados en la Fundación Hogares Claret de Medellín.* Tesis de grado Facultad Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
4. BERMÚDEZ V, Mónica Cecilia, MARTÍNEZ A, Martha María y SÁNCHEZ G, Elizabeth (2001). *Causas que originan la farmacodependencia en la juventud que reside en la urbanización San Michael de la ciudad de Medellín.* Tesis de grado Facultad Administración de Empresas. Programa Ciencias Administrativas. Universidad Cooperativa de Colombia. Medellín.

5. CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN AL FARMACODEPENDIENTE (2004). *Estado del Arte en Fármaco dependencia*, Medellín: Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente, 2004. Sin publicar.
6. COLOMBIA, DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (1997). "II Estudio de consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia". En: *Coloquio*, Volumen 5, N° 3, Bogotá.
7. CORREA BERNAL, Hermelina, MESA PEDREROS, Mónica y BERNAL SUÁREZ, Clara (2000). *La esencia del joven a través de las drogas*. Tesis de grado Facultad Enfermería. Universidad Nacional (Bogotá). Bogotá.
8. El COLOMBIANO (1994). "Enfermedad Juvenil en América Latina". p.13, sección C. Medellín
9. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES CATÓLICAS FIUC (1989). *Vivir juntos el desafío de la droga. Primera Etapa diagnóstica Colombia*. Centro Coordinador de Investigaciones, USB. Medellín.
10. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES CATÓLICAS FIUC (1994). *Vivir juntos el desafío de las drogas. Reflexiones Metodológicas acerca de una experiencia latinoamericana*, Madrid: Mendieta.
11. COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD (1994). *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1993*. Bogotá: s.d.
12. DE LEON LÓPEZ, Míriam et al. (2004). *La despersonalización del consumo de drogas psicoactivas según sentencia C 221 del 5 de mayo de 19994 como factor de riesgo para el uso de sustancias psicoactivas*. Tesis de grado Facultad Psicología (Especialización en Fármaco dependencia) Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín.
13. GARCÍA, Ramiro, MESA, Cesar y ZAPATA, Natalia. (2003). *Construcción de la identidad grupal entre consumidores de sustancias psicoactivas*. Tesis de grado. Facultad de Psicología Universidad de San Buenaventura Medellín.
14. GARCÍA CASTAÑO, Roberto (1996). *Metodología de la Investigación*. Bogotá: Universidad Mariana.
15. Calderón V., Gustavo; Castaño, Guillermo y Parra, Ángela. *Investigaciones sobre prevención de las drogodependencias en Colombia*. Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín.

16. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (1995). *Metodología de la Investigación*. 2ª ED. México: Mc Graw Hill,.
17. HOYOS BOTERO, Consuelo (2000). *Un modelo para investigación documental. Guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación*. Medellín: Señal editora.
18. HOYOS J, Luis Eduardo (1995). "Dos temores en la prohibición de las drogas". En: *Universidad Nacional*. Bogotá. N° 4.
19. LAGUADO, Arturo C (1990). En: *Revista Colombiana de Sociología*. Universidad Javeriana, Bogotá. Volumen 1 N° 2. (Julio-Diciembre. 1990).
20. MACHALLY, María Teresa y Col. (1998). *Etnografía de la Droga: valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de Drogas. Argentina: Espación*.
21. MASLOW, Abraham y Col. (1991). *Más allá del Ego*. Barcelona. Kairos.
22. MASTERS, R.E.L. y HOUSTON, Jean (1974). *LSD: Los secretos de la experiencia psicodélica*. Brugera.
23. MEAD, G.H. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós Ibérico.
24. MORENO, María (1981). "Características sociales de un grupo de Jóvenes Farmacodependientes: estudio comparativo 1980". En: *Boletín Informativo Hospital Mental de Antioquia*. Volumen 8, N° 2, Medellín.
25. NARANJO MUÑOZ, Paula Andrea, OROZCO MUÑOZ, Lina María y GIL ATEHORTÚA, Mónica María (2000). *Trastornos del eje II relacionados con la farmacodependencia*. Trabajo de grado. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
26. MOUJAN F, Octavio (1995). *Abordaje Teórico y Clínico del Adolescente. Grupos espontáneos de Adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
27. ORDÓÑEZ, Jorge. (2000). "La Ideología del Consumo como forma del Conocimiento". En: *Revista Universidad de San Buenaventura*. Cali, Colombia. N°7
28. OSPINA, Blanca Rubí y VELÁSQUEZ, Mónica (2003). *De las sensaciones individuales a las mediaciones Colectivas: identidad juvenil y consumo de sustancias psicoactivas*. Tesis de grado. Facultad de Psicología Universidad de San Buenaventura, Medellín.

29. PÉREZ, Augusto (2001). "Consumo de drogas en Colombia: un análisis complicado de datos simples". En: *Adicciones*, Volumen 13, N° 1, Valencia.
30. PÉREZ Augusto. (1993). "Qué consumen los colombianos? Bogotá, 1988-1992". En: *Adicciones*, Volumen 5, N° 3, Valencia.
31. PÉREZ ARROYAVE, Clara Lucía y LONDOÑO, Inés Ofelia (1998). *Caracterización de los jóvenes de Medellín: sistematización de 130 fuentes bibliográficas producidas entre los años 1990 y 1997*. Medellín: mesa cuadrada.
32. PERLS, Federich y Col. (1998) *Esto es Gestalt. Santiago de Chile: Cuatro Vientos*.
33. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (1992). Diccionario de la lengua española. 21 ED. Madrid: Espasa. 2 tomos.
34. RESTREPO, Luis Carlos (1994). "Microculturas y Consumo de Drogas". En: *Revista Cultura y droga en Manizales*. Año 1 N° 1 (Noviembre).
35. RESTREPO, Luis Carlos (1994). "Compulsión-Adicción". En: *Revista Cultura y droga en Manizales*. Año 1 N° 1 (Noviembre).
36. RESTREPO, Luis Carlos (1994). "Relación Cultura y Droga". En: *Revista Cultura y droga en Manizales*. Año 1 N° 1 (Noviembre).
37. RESTREPO, Luis Carlos (1995). "Drogadicción Patología de la Libertad". En: *Revista de la Universidad de Colombia*. Bogotá. N° 4.
38. RESTREPO, Luis Carlos (1994). *La fruta prohibida: La droga en el espejo de la Cultura*. Bogotá: Fundación para la Investigación y la Cultura. 1994.
39. RONDEROS V, Jorge y Col (1995). *Escenarios Culturales de la Droga en Manizales*. smd.
40. STRAUSS C, Elsa. (1995). *Droga y Drogadicción. Confusión y Fronteras*. Buenos Aires, Paidós.
41. VERGARA, Ignacio (1995). "Yagé una posible experiencia de transformación". En: *Revista Colombiana de Psicología*. Bogotá, Universidad Nacional. N° 4.
42. YENSEN, Richard (1998). *Hacia una medicina Psiquedélica*. Barcelona: Liebre de Marzo.
43. ZINKER, Joseph C (1992). *El Proceso Corporal. Psicología de la Gestalt*. México: Manual Moderno.

Artículos en Internet:

1. <http://www.mercurialis.com/emc/autores/fericgla/musicatrance.htm> FERICGLA, Josep M^a. La relación entre la música y el trance extático. Universidad de Salamanca. Instituto de Prospectiva Antropológica. En: Revista El Mercurio. 3 de agosto de 2001
2. <http://www.basque-red.net/cas/guesu/drogas/gilo.htm> GIL, Iñaki. Ocho tesis sobre las drogas: Drogas y drogodependencias. Artículo del miembro de la RED VASCA ROJA, (7 de agosto de 2001).
3. http://www.muscaria.com/mem_fiae.htm MABIT, Jacques. Memoria del segundo foro interamericano sobre Psicoactivos: usos y abusos de sustancias psicotrópicas y los estados modificados de la conciencia. 2002.

Jóvenes y uso/abuso de drogas en el caso de Chile. Estudios 1994 - 2006

Equipo Universidad Católica Silva Henríquez:

*Baeza C., Jorge*⁵⁹

Sandoval M., Mario

Herrera S., Hugo

En Chile, el uso de drogas legales e ilegales es considerado desde los años '70 un problema público. Anterior a esa época, las drogas y sus sentidos para las personas eran diferentes, como también las respuestas formales de las autoridades hacia su consumo. Antes de los '70, las acciones realizadas en este campo fueron realizadas por los Ministerios de Educación, Salud e Interior a través de las Policías de Carabineros e Investigaciones. De dicha época no se tiene información o estudios que den cuenta de las cifras que esta situación alcanzaba en la población chilena. Los primeros e importantes registros en este campo son de la década de los '80, donde organismos no gubernamentales, ONG, inician trabajos de intervención en la materia, en los ámbitos de tratamiento y prevención del consumo drogas. Muchos de estos trabajos, iniciados en dicha época, continúan en la actualidad.

Una vez iniciado el proceso democrático, el Estado de Chile adoptó una serie de medidas y, en el año 1990, creó un organismo dependiente del Ministerio de Interior denominado "Consejo Nacional Para el Control de Estupeficientes" (CONACE). Esta instancia tuvo como primera tarea la preparación de una "Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas". Desde un primer momento, el CONACE generó una línea de investigación, la que se mantiene hasta la fecha.

⁵⁹ Director local del Proyecto, e-mail jbaeza@ucsh.cl

1. Datos cuantitativos de la realidad chilena en la materia:

El CONACE ha realizado, desde el año 1994 hasta la fecha, en forma bianual, estudios nacionales en drogas en población general. Se suman a ellos estudios también bianuales en población escolar. Estos estudios de carácter nacional, sobre el estado del uso de drogas legales e ilegales, favorecen la implementación de políticas públicas dirigidas a la población más vulnerable, brindan mayores oportunidades al país para determinar con certeza la distribución de los recursos y las estrategias e iniciativas adecuadas ya sean estas para la prevención, intervención o control.

Las características principales de estos estudios son las siguientes:

- Han sido de responsabilidad CONACE, a través de su Secretaría Ejecutiva⁶⁰.
- Las encuestas han sido preparadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, INE, en base a los datos censales de la población chilena sobre Población y Vivienda.
- Las encuestas han sido elaboradas para describir la magnitud del consumo de drogas y su distribución geográfica, de acuerdo a factores y características del individuo, su familia y el entorno, estimando para lo anterior las tasas de prevalencia e incidencia de las principales drogas legales e ilegales, de igual modo la evolución y tendencias en cada uno de ellos y su asociación con distintas variables sociodemográficas. Como también, datos sobre factores asociados al uso de drogas, tales como percepción de riesgo y facilidad de acceso.
- En las Encuestas Nacionales Generales, el Universo considerado para los estudios son personas de 12 a 64 años que viven en ciudades de 50.000 habitantes de todas las regiones del país.
- El tipo de muestra usado para los estudios es del tipo probabilístico, de viviendas particulares, trietápica, a partir de un marco

⁶⁰ Dado que todos los estudios de CONACE están disponibles en Internet www.conace.cl y considerando, además, que estos estudios son los que en mayor medida informan sobre la realidad cuantitativa de la situación en Chile (hay pocos estudios independientes y menos todavía, de la magnitud de los de CONACE), se ha optado en este capítulo hacer solo una breve referencia sobre ellos para concentrarse en los datos cualitativos, que están más dispersos y por ello difíciles de obtener.

muestral de áreas. Este marco fue elaborado sobre la base de datos censales actualizados.

- Los instrumentos usados para cada una de las encuestas han mantenido una lógica necesaria para su comparación válida, sin embargo se han ido incorporando variables para dar mayor amplitud a los estudios
- Los levantamientos se han realizado en forma simultánea en todo el país, con algunas diferencias de días, sin embargo aceptables y sin complicaciones técnicas para los estudios.
- Los resultados de consumo de drogas ilícitas se hacen sobre las tres drogas de mayor uso en Chile: MARIHUANA, PASTA BASE Y COCAINA y en cuanto al concepto de “cualquier droga” se refieren al consumo de al menos de una de estas tres.
- Por PREVALENCIA se entiende el porcentaje de personas que han consumido drogas para el período que se indica como: “alguna vez en la vida”, “el último año”, “el último mes” a través de la pregunta ¿cuándo fue la última vez que usted consumió?
- Por INCIDENCIA se debe entender al porcentaje de personas que han iniciado su consumo de drogas durante el último año y se obtiene a través de la pregunta ¿cuándo fue la primera vez que usted consumió?
- El concepto de EVOLUCIÓN se debe entender por el comportamiento que tiene el uso de drogas evaluadas en cada año en el sentido de si el consumo de drogas sube, baja o se estabiliza.

Los resultados de estos sucesivos estudios indican que, en Chile, al comparar la prevalencia, se puede sostener que de las drogas más usadas en Chile, la marihuana es la que ha subido en mayor consumo (3.3) desde 1994 a la fecha, en el caso de la pasta base hubo una disminución de 0.2 y en el caso de la cocaína subió en 0.4.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
MARIHUANA	3.7	3.9	4.7	5.6	5.0	5.3	7.0
PASTA BASE	0.8	0.6	0.8	0.7	0.5	0.6	0.6
COCAINA	0.8	0.8	1.2	1.4	1.4	1.3	1.2

Fuente CONACE. Estudios Nacionales en Población General en Chile.

Todas las demás drogas registran tasas de consumo y variaciones muy menores. Los alucinógenos marcan 0,3% en 2006, mientras que el consumo de éxtasis, crack, inhalables y heroína no sobrepasan el

0,1% de prevalencias de último año y ninguna de éstas muestra una tendencia a aumentar. El uso indebido de tranquilizantes benzodiacepínicos alcanza prevalencias estables de alrededor de 3% en último año. Los estimulantes anfetamínicos y los analgésicos sin prescripción médica registran prevalencias también estables y mucho más bajas.

El principal incremento en el consumo de marihuana, en el último Estudio Nacional de Drogas en Población General, se observa mayoritariamente en la población de jóvenes mayores de 18 años y de familias con mayores ingresos económicos. La prevalencia de consumo de último año en familias con ingresos superiores al millón de pesos se duplica (US\$ 1 = \$ 520), aumentando de 9,2% en 2004 a 18,8% en 2006, mientras que en familias con los ingresos más bajos, de 200 mil pesos o menos, la prevalencia de último año aumenta de 4,5% en 2004 a 5,6% en 2006. En el caso del estudio sobre población escolar, se reitera en gran medida lo anterior, el mayor aumento corresponde a los estudiantes de los últimos cursos de la enseñanza media (los que se acercan a los 18 años) y de colegios privados (colegios que concentran a la clases más altas).

Si bien el uso de marihuana se incrementa en todos los grupos de edad, el aumento en particular en los jóvenes (19-25 años) es el más significativo. Entre los jóvenes, las declaraciones para uso de marihuana en último año aumentaron de 15,2% a 18,8%. El uso de marihuana se ha doblado en este grupo etario en los últimos doce años. Entre los jóvenes, la serie comenzó con 9,4% para alcanzar el actual 18,8%. Entre adultos jóvenes la serie comenzó con 4,8% y ha terminado con 9,7%. La situación observada en los adolescentes es distinta (12-18 años). El uso de marihuana había progresado gradualmente hasta 8,4% en 2000 para caer a algo menos de 7% en el último sexenio, pero el resultado último lo ubica casi 8%. Sin embargo, a diferencia de los demás grupos de edad, el consumo de marihuana entre adolescentes no se ha doblado a lo largo de la serie de estudios (la progresión es de 6% a 7,8%) y la cumbre sigue situada en el año 2000.

El cuadro siguiente presenta la evolución de consumo de Marihuana, según la prevalencia obtenida entre los años 1994 y 2006, en el cual se evidencia un mayor consumo de marihuana en hombres que en mujeres, pero en ambos en aumento, incluso con un mayor acelera-

miento en las mujeres en los últimos años.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
HOMBRES	6.0	6.1	7.4	8.7	8.1	7.8	9.9
MUJERES	1.5	1.8	2.1	2.6	2.0	2.8	4.2

Fuente CONACE Estudios nacionales en población general.

La razón hombre/mujer en marihuana comenzó en una relación de 1:4 en 1994 (por cada declaración femenina había cuatro masculinas), pero ha bajado sistemáticamente a lo largo de la serie (salvo por los datos de 2002) hasta alcanzar en el estudio actual una relación de casi 1:2 (por cada declaración femenina hay solamente un poco más de dos masculinas).

Respecto al consumo de cocaína total (pasta base y/o cocaína) no se registran variaciones importantes al segmentar por edad. Las prevalencias de último año consumo de estas drogas se mantienen estables en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
12 a 18 años	2.0	1.4	1.9	1.7	1.1	1.3	1.1
19 a 25 años	2.9	3.0	4.7	4.7	5.0	4.3	3.3

Fuente CONACE. Estudio nacional en población general, años respectivos.

En cuanto al consumo de drogas legales, los resultados en general para uso de tabaco y alcohol aparecen estables en este último estudio. Con relación al segmento de nuestro interés, hay una caída de 7 puntos porcentuales en el uso diario de tabaco en jóvenes, de 38% a 31% y una estabilización en el caso de los adolescentes, con tasas de 13% en el último estudio. Las declaraciones de uso diario de alcohol, por su parte, son muy pequeñas y alcanzan al 2,5% de la población que reconoce tomar alcohol todos o casi todos los días (20 o más días en el último mes). El uso diario de alcohol, es más una situación en población mayor de 45 años que en jóvenes, alcanza al 4,7% entre los mayores de 45 años. Es, además, dos veces mayor entre hombres respecto de mujeres. Se debe agregar sí que, considerando toda la serie de estudios, el uso de alcohol ha aumentado significativamente en el país desde 39% en 1994 hasta 57% en el estudio del 2006 (tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol), 18 puntos porcentuales, aunque toda la progresión se detiene en 2002 y

permanece estable desde entonces. La tasa de abuso de alcohol, se ha mantenido estable, en torno a un 13%, lo que no deja de ser considerable, y afecta principalmente a la población joven. Afecta a 1 de cada 4 prevalentes del último mes.

Respecto a la percepción del riesgo, el último estudio realizado (2006) registra una baja muy significativa en la percepción de riesgo ante el uso de marihuana. La caída total de la percepción de riesgo alcanza a 10 puntos porcentuales (desde 72% a 62% en el último bienio). Esta caída se replica entre adolescentes, que pierden 13 puntos porcentuales en percepción de riesgo en el último bienio, mientras que el riesgo que perciben los jóvenes baja 12 puntos porcentuales. Entre adolescentes, ha caído de 70% a 52% y entre jóvenes de 61% a 43%, 18 puntos porcentuales en ambos casos. Esta caída tan importante en la percepción de riesgo frente al uso de marihuana, puede explicar en parte el aumento de las prevalencias de consumo de estas sustancias. Hay una aceptación cada vez mayor entre adolescentes y jóvenes del consumo de marihuana como algo socialmente aceptable. Se suma a ello que la percepción de facilidad de acceso a la marihuana tiende a subir. Los datos muestran que el porcentaje que considera fácil conseguir marihuana ha oscilado en el torno al 50% en el sexenio, pasando de 51% en 2004 a 54% en 2006.

Con relación a la cocaína, la percepción de riesgo continúa siendo alta en todos los grupos de edad. En su conjunto, el riesgo percibido ante la cocaína ha perdido solamente 3 puntos porcentuales en el último sexenio. Lo complejo en este campo es que la percepción de facilidad de acceso ha tendido a aumentar significativamente, sobre todo entre jóvenes y adultos jóvenes.

2. Estudios cualitativos en la realidad chilena

En la sociedad actual, se realiza una asociación ligera y fácil: *droga + joven = joven drogadicto* (Gaínza, Pérez y Sepúlveda, 1997), asociación que sólo se relativiza al ir más allá del dato estadístico e ingresar a la comprensión del sentido que tiene la ingesta de drogas para las personas, dado que dicho sentido es un elemento fundamental en la legitimación del consumo. Este o esos sentidos son posibles de conocer a través del estudio del discurso.

De aquí la importancia de mirar los datos cualitativos existentes so-

bre el consumo de drogas en jóvenes, para desvelar sus propios sentidos y significados, como exigencia previa a todo intento de hacer una política con dichos jóvenes y hacia ellos, ya que, de lo contrario, se construyen propuestas externas y verticales que muchas veces concluyen en lo contrario, volviéndose en contra de ellos.

De acuerdo con Jesús Ibáñez (1991), un discurso articula decires (semánticos) y haceres (pragmáticos) a los que da sentido; de aquí que sea significativo “no sólo cuanto *se dice* sobre la droga (por los drogadictos o por los antidrogadictos), sino también lo que *se hace*: el drogarse y el trato a los que se drogan” (p. 31). Es esta necesidad de distinciones la que conduce –siguiendo al mismo Jesús Ibáñez (1997)– a la necesidad de realizar una clara diferenciación entre lo que se identifica como discurso *sobre* la droga, como algo distinto al discurso *de* la droga. El primero agrupa todo lo que se dice social y culturalmente sobre la droga (la voz oficial) y sobre los consumidores de droga; el segundo se corresponde con el registro hablado o dicho de quienes hacen uso/abuso de la droga.

En la conversación que pone a la droga como objeto, sostiene Ghiardo (2003), “los jóvenes hablan desde dos posiciones que configuran dos discursos. El primero está cargado de frases que traen como referencia lo que *se dice* socialmente sobre las drogas y que reproduce las representaciones del discurso *oficial sobre la droga*, con las imágenes del vicio y el *mal camino* –instaladas desde las instancias institucionales y los medios de comunicación– como únicos componentes de un acto doblemente nocivo: para el sujeto y para la sociedad. (...). El *otro* discurso habla de la droga y el uso, desde la experiencia. En este caso, el sujeto habla desde *dentro*, (...) nos acerca al sentido que tiene el uso de drogas entre los jóvenes” (p. 129).

2.1. El discurso “sobre” y “de” la droga:

En términos generales, el discurso oficial sobre la droga⁶¹, indica Tsukame (2002), “se caracteriza por la unidimensionalidad de sus contenidos y por asociar legitimidad y daño, es decir, que se considera como droga aquellas sustancias que están prohibidas, con una

⁶¹ Para ver estudios específicos sobre el discurso oficial: Gino Grondona (1998), en particular el discurso de las agencias oficiales, y Fernando Contreras (1997), en lo referido al discurso de los medios de comunicación.

serie de connotaciones negativas asociadas. Además, se tiende a satanizar el consumo y a los consumidores” (p. 32). A lo anterior, agrega Ghiardo (2003), el discurso oficial le suma “una representación del sujeto que usa drogas [como]: sujetos débiles, sin voluntad, incapaces de controlar las presiones del medio, sin una visión clara de su vida y carentes de proyectos futuros” (p. 129).

Este discurso es pronunciado por quienes hablan desde fuera, sobre una práctica que es ajena, hecha por otros. Por lo general, indica Ghiardo (2003), para quienes emiten este discurso, “lo ajeno, eso sí, es el consumo de drogas ilegales” (p. 129). De ahí que el criterio jurídico –que representa a lo legal– constituye lo bueno, lo aceptable, mientras que lo ilegal es lo malo, lo nocivo.

“El consumidor de droga es visto –en este discurso, señala Abarca (1996)– como una persona disminuida en sus facultades por una serie de circunstancias psicológicas; en el fondo, prima la representación del adicto como un enfermo mental. La adicción lleva al sujeto hasta el límite de la legalidad, y se manifiesta en una dependencia total, entronizada como un parásito que medra al interior del cuerpo, intoxicándolo y robando la identidad del sujeto, cuya individualidad pasa a ser reemplazada por la sustancia que consume” (p. 28). Para este discurso, “la presencia de la droga en la vida de las personas –afirma Abarca (1996)– es un fenómeno que opera al estilo de una institución: un poder que se apropia del cuerpo y la mente, que funciona como una maquinaria que oferta y demanda dependencia. Desde este punto de vista, el trabajo que realizan los monitores de prevención se ve como un esfuerzo desesperado de personas que se enfrentan a un poder” (p. 18).

Este discurso de estigmatización, que se impone con fuerza sobre los usuarios, constituyéndolos en enfermos y delincuentes, sujetos que deben ser reencauzados dentro del orden social, genera –como indica Catalán (2001)– “un escenario propicio para que la autoridad haga pesar su absoluto poder controlador sobre los individuos [en especial los] más jóvenes, los sobrerresponsabilice y los humille” (p.11). La imposición del discurso oficial sobre las drogas, en el contexto de la población juvenil –precisa Echeverría (2004)– “se entrecruza con los discursos institucionales con respecto a los jóvenes y sus prácticas, y particularmente con respecto a los jóvenes pobres. Así, juventud,

pobreza y consumo de drogas se funden en un mismo discurso, que se traduce en prácticas invalidantes, excluyentes o reformadoras del actuar juvenil presentes de alguna u otra forma en la vida cotidiana de los jóvenes” (p. 182).

En esta perspectiva, señala Echeverría (2004): como el “consumidor de drogas es un enfermo, un loco o un delincuente, en cualquiera de los casos, un desviado social, incapacitado para decidir u opinar (...), sus posibilidades de participación en la construcción de un discurso referente a las drogas son negadas o invalidadas, más allá de los sentidos que el uso de sustancias tiene para sus usuarios, o la forma en que éste se configura como un cuerpo de conocimientos y experiencias propios y constitutivos de una construcción de identidad juvenil” (p. 183).

A diferencia de lo anterior –cuando se deja hablar de la droga a los consumidores– es posible descubrir que sí existe un discurso propio, y que dicho discurso tiene como trasfondo, indica Tsukame (2002), “una experiencia generacional y social, caracterizada por la percepción de una crisis de futuro, que vuelve significativo el aprovechamiento del tiempo presente. No obstante, esto no se da en una dirección individualista, hedonista o como expresión de la «*moratoria juvenil*», sino como reivindicación de espacios de libertad y convivencia, y una cierta vivencia de tener la vida bajo «*control*». La señalada experiencia se expresa sintéticamente en dos proposiciones de sentido, claves para entender la motivación hacia el consumo: «*ser libre*» y «*vivir en paz*»” (p. 33).

De esta manera, prosigue Tsukame (2002), “en el discurso de los consumidores el acceso a la «*libertad*» significa vivir el presente como existencia auténtica, y una defensa de la diversidad como signo de identidad. A su vez, dicha defensa de la diversidad no se refiere a estar libre de ataduras o a un «*laissez-faire*», sino a una necesidad de tolerancia y respeto de las diferencias, en un contexto de inclusión grupal. De la misma manera, dichos sentidos se despliegan en un horizonte social caracterizado por los efectos de la crisis de futuro en las oportunidades y expectativas: una lucha más intensa, una vida más dura, unas relaciones interpersonales más «*frías*» los llevan a reivindicar una vida «*en paz*» con los demás” (p. 33).

Por cierto, este discurso tiene también sus propios límites, los que Tsukame (2002) enuncia para no dejar la sensación de proselitismo,

como él mismo indica. “Una primera limitación del discurso de los consumidores es la ausencia de un concepto de madurez que aluda a futuros posibles, es decir, a un proyecto de vida, o, por último, a un «*deber ser*». Una segunda limitación tiene que ver con la aparición de conductas agresivas o instrumentales, que revelan la fragilidad de una convivencia concebida en términos ideales” (p. 33).

Es claro, además, que ambos discursos (el discurso sobre y de la droga), en más de una ocasión, y en forma muy manifiesta en las palabras de las personas en rehabilitación, tienden a mezclarse, combinando aspectos de uno y otro.

2.2. El discurso de la droga: el discurso de quienes la consumen

Hablar de drogas, indica Ghiardo (2003), “es hablar sobre sustancias con cualidades que se sienten en dos momentos. En el primero, se siente el olor que expelen y el sabor que dejan cuando se las lleva al cuerpo (...) más allá de lo agradable o no de esta primera sensación, sentirla es inevitable para que la sustancia pase al cuerpo y llegue la otra sensación: la del *efecto*, que es la que en realidad *se busca*” (p. 131).

Si bien los jóvenes conocen por lo general el discurso sobre el efecto, en especial los de mayor escolarización (el discurso biomédico aprendido en la escuela), sin embargo, indica Ghiardo (2003), “cuando los jóvenes hablan del efecto, lo hacen en un lenguaje distinto al científico: hablan de *sensaciones*, de lo que se siente en cuerpo y mente cuando una droga está en el cuerpo” (p. 131). En este sentido, Ghiardo (2003) reconoce tres imágenes presentes en el discurso de los jóvenes sobre los efectos de la droga: “por un lado el efecto significa una *fuga*, una anulación del sentir y el pensar que permite *evadir* una realidad que angustia: «*lo hacen para olvidar los problemas*». Por otro lado, el uso de drogas tiene un sentido límbico que permite estar y al mismo tiempo no estar en el mundo, o estar de *otra* forma: «*se anda como en el aire*». En este registro, el efecto se traduce en una experiencia que toca lo trascendente, significa un pasaje por los rincones de la mente y despierta capacidades ocultas del pensamiento que traen otro aprendizaje: «*te hace pensar y te cambia la visión del mundo*». Por último, el efecto también significa una desinhibición de la psiquis,

una liberación del *ello* que crea estados de excitación y jolgorio que le dan al uso de drogas un sentido festivo: «*te hace reírte de todo y lo pasas bien*» (p. 131). Obviamente, el efecto de cada droga es distinto, como también el efecto de una misma droga no siempre es el mismo y depende de factores que están más allá de la droga misma, pero todas son sensaciones físicas y mentales que se traducen en alteridad, en estar en otro estado o percibir de otra forma.

Estas sensaciones, agrega Ghiardo (2003), no son independientes de las representaciones que se construyen sobre el efecto: “el viaje, el relajó o la estimulación son imágenes sobre una sensación sublimada, que, porque se sabe de ella, es vivencia que se busca” (p. 131). Este punto no es menos importante para entender algunos sentidos dados al uso, como también a las representaciones sobre el efecto, que atribuyen cualidades distintas a las reales.

Por otro lado, los jóvenes viven la sensación del consumo, como algo bueno, malo y peligroso a la vez; lo bueno es la sensación del efecto; lo malo, el daño, y lo peligroso es la adicción.

La *adicción* es la otra cara del uso de drogas; dice Ghiardo (2003), es “su cara fea y la que realmente vuelve problemática esta práctica. La adicción es descrita como una dependencia que es física y psicológica. En su cara fisiológica, afecta al organismo y lo degenera: el organismo es condicionado a la presencia de una sustancia ajena y su ausencia produce malestar y altera sus funciones. En su cara psicológica, la adicción deviene de un proceso subjetivo que amarra al sujeto a la vivencia de la sensación: proceso subjetivo que atribuye al efecto de una droga la superación de las sensaciones fisisico-psíquicas que provoca su ausencia” (p. 132).

Por otro lado, con relación a la droga hay otro saber, indica Ghiardo (2003): “uno que se acumula en el *ir probando* y que permite conocer experimentando las sensaciones que trae cada droga. En este proceso se va descubriendo que no todas las drogas son iguales y que –quizá– «*no todas hacen sentir bien*»; aprendizaje forzoso, pero que es necesario para tomar opciones: las de decidir cuál(es) droga(s) sí y cuál(es) no” (p. 138).

Más allá, el uso de drogas también representa la posibilidad de vivir el exceso, y saber –aumentando la dosis– cuáles son los extremos

de la experiencia. “Soportar el exceso habla del que tiene experiencia con la droga, de la identidad del que es «duro» y tiene «aguante». Llegar al extremo del exceso y sucumbir a su paso –indica Ghiardo (2003)– dice del sujeto en sentido negativo: es «débil» y aun «le falta»” (p. 138).

Todos estos saberes sobre las drogas se acumulan con el tiempo. “La relación con una droga –afirma Ghiardo (2003)– no es estática: cambia con el tiempo. Ir creciendo significa pasar por etapas en las que va variando la cantidad de consumo o incluso el sentido que se le da al uso de la droga. Hay una primera etapa de adolescencia donde se vive la avidez por experimentar y tensar los límites (el exceso); con la edad se aprende a controlar la relación con las drogas, a manejar las cantidades adecuadas o la droga propicia para los distintos momentos. Lo que hay es una relación reflexiva del que ha aprendido y ya sabe –porque ha vivido–” (p. 139).

A este respecto, y siguiendo a Glavic y Barriga (2005), éstos dan a conocer el relato de un consumidor de marihuana; según ellos, “el reconocimiento de los peligros de la sustancia (...) configura una postura que a medida que se desarrolla, gana en madurez, coherencia y consistencia; las ideas que vierte [el sujeto estudiado] sobre el tema no pretenden convencer a nadie; más bien intentan aclarar el carácter responsable de las mismas. La idea de que la sustancia puede ser utilizada responsablemente es central” (p. 9).

No obstante lo indicado, reconoce Ghiardo (2003), “el problema es que este aprendizaje tiene sus riesgos y puede resultar peligroso si no se aprenden las lecciones: es lo que le pasa al que se vuelve adicto, aquél que no supo o no fue capaz de aprender lo que otros sí pudieron” (p. 139).

“La adicción, dice Krause (1996), puede ser considerada como una «trampa» en la que han caído algunos de los jóvenes consumidores. Esta trampa se constituye por una parte a través del grado de adicción a la misma droga, y, por otra, por la sobreestimación que tienen los jóvenes de su propia capacidad de control de la situación (...); muchos de ellos, aun teniendo un consumo de drogas elevado en frecuencia y cantidad, consideran que no son adictos, porque sienten que tenían el control de la situación. Sin embargo, los jóvenes adictos en rehabi-

litación, describen tal postura como una ilusión de control, la cual es peligrosa en el sentido de ser favorecedora de la adicción” (p. 36).

Se suma a lo anterior el peligro de la imposibilidad del control, pues quienes creen poseerlo, se encuentran con la barrera de la condena social de su uso, y por ello entran en un constante conflicto, no sólo con los otros (lo que los lleva muchas veces a romper relaciones y aislarse en contacto sólo con pares similares), sino también consigo mismos (la tensión entre lo que juzga en lo personal como correcto y el discurso social de la condena). En el caso del consumidor de marihuana antes citado, Glavic y Barriga (2005) indican que “la connotación negativa que tiene el consumo de marihuana obliga a adoptar posiciones de ocultamiento; en el ámbito familiar, este velamiento opera con matices distintos; sin embargo, encierra la misma contradicción: el fundamento de un «*estilo de vida*» que es positivo no puede ventilarse públicamente, ya que puede convertirse a la larga en una trampa. De esta manera, se configura una especie de desacoplamiento entre su espacio personal e íntimo y las instancias funcionales e institucionales” (p. 9).

Se suma a todo lo anterior, que en el caso específico de nuestro interés: los jóvenes, “los usos de drogas –afirma Catalán (2001)– no son banales ni gratuitos: tienen razón y sentido, suelen ser potentes generadores de identidad grupal como lo es la música, el vestuario y todos los símbolos que distinguen un «*estilo de vida*» que se escurre en los «*tiempos libres*» de los intersticios que dejan los espacios institucionales” (p. 2).

En este sentido, la búsqueda de nuevas experiencias es un camino personal, pero no se recorre en soledad: las experiencias con drogas –los primeros consumos– casi siempre se viven con otros, se hacen en grupo; pero no por ello todas las formas de grupalidad juvenil integran la droga. En un estudio específico sobre la materia, Herrera (1999) indica que en el «*carrete*» (jerga usada actualmente por la mayoría de los jóvenes chilenos, para referirse a la realización de una actividad ligada al disfrute, a pasarlo bien, o celebrar un acontecimiento), “comúnmente pueden o no estar presentes algunos de estos ingredientes: comidas, drogas legales e ilegales, la música, el baile, la conversación, tirar la talla, etc. (...) En este sentido –indica Herrera– pareciera ser que el consumo de alcohol y drogas, no es la actividad

central del grupo, aunque sí los jóvenes le asignan una importante función socializadora. Los grupos que consumen psicotrópicos en sus «*carretes*» no excluyen a quienes no consumen, ni presionan en tal sentido, de modo que el endogrupo no se define a sí mismo en relación con el consumo de drogas, sino por lazos de amistad, afinidades e intereses” (p. 7).

Es cierto también, como reconocen los jóvenes en la investigación de Herrera (1999), que existen “ocasiones en las que el «*carrete*» tiende al desenfado y el consumo de drogas se torna compulsivo; se consume sin medir las consecuencias en el organismo, y las personas tienden a desinhibirse. Esos eventos a veces llevan a los jóvenes a realizar conductas riesgosas, exponiéndose incluso a situaciones peligrosas” (p. 14). Pero también es cierto, agrega el mismo Herrera (1999), que “así como existen factores de riesgo que generan problemas y aumentan la probabilidad de desarrollar una adicción, también hemos encontrado factores y conductas protectoras que disminuyen dicha posibilidad” (p. 15). “Hay una suerte de control endogrupal, concluye Herrera (1999), que no tiene por finalidad excluir o sancionar a quien trasgrede las normas del grupo, sino que apunta a mantener la cohesión grupal, en tanto los vínculos de amistad se fortalecen y operan como cuidados recíprocos” (p. 18).

No obstante lo indicado, el consumo de drogas, y particularmente el consumo de drogas ilegales entre jóvenes que tienen una práctica habitual de consumo, indica Echeverría (2004), “da cuenta de un rito en torno al uso de drogas que se inicia mucho antes del acto mismo del consumo; los jóvenes se agrupan, se manifiesta la intención, se movilizan buscando los medios para financiar las sustancias; regresan o se vuelven a reunir en un punto de encuentro preexistente; algunos se quedan en el lugar mientras otros van a comprar; se regresa con las compras y surge la preparación del procedimiento de consumo, para finalmente consumir. Esta serie de acciones previas al acto mismo de consumo suponen una forma de organización, que parece darse espontáneamente, pero que, sin embargo, definen una serie de funciones para cada uno de los participantes. Da cuenta de una forma de relación entre sus miembros y de ellos con su entorno social” (p. 183).

En el consumo de drogas –como indica tanto Caris (1995) y Krause (1996)– los motivos principales de consumo giran en torno a ciertos

elementos –muy propios de la etapa de vida de los jóvenes– como son: la imitación, la búsqueda de placer, la aceptación por el grupo de pares y el deseo de fortalecer la imagen y el prestigio social, más el deseo de divertirse, la búsqueda de sensaciones nuevas, la voluntad de la experimentación y la evasión de los problemas. “Son parte del *«pasarle bien con otros»* y sólo en contados casos y en situaciones de alta adicción –afirma Krause (1996)– se daría el consumo individual en soledad. En el consumo de drogas se comparte con otros, y aun cuando pueda existir funcionalidad psicológica en el consumo, también ésta va en favor de la relación con los otros” (p.37).

Estos motivos, además, siguen estando presentes en el consumo habitual; sólo se les agrega un matiz: el de la funcionalidad del consumo. Hablar de funcionalidad del consumo –indica Krause (1996)– “no se contradice con la afirmación de los jóvenes de que se consume para *«pasarle bien»*, pero le agrega la idea de que, para muchos, bajo el efecto de las drogas *«se pasaría mejor»* que sin ellas” (p. 36). Lo complejo de esta situación, como concluye Krause (1996), es que “es tenue el límite entre *«usar»* alguna droga para pasarle bien, o *«necesitar»* esta droga para tal fin” (p. 37).

2.3. *Diferentes consumos diferentes discursos*

No todo consumo es idéntico a otro, indican Gaínza, Pérez y Sepúlveda (1997), “en términos de sus usos pragmáticos y sus significaciones socioculturales. Las significaciones asociadas con los diversos tipos de sustancias varían de acuerdo con el tipo de identidad juvenil que le es concomitante. No es lo mismo (a pesar del Estado y la institucionalidad en su lógica estigmatizante y homogeneizadora) ser consumidor de marihuana que de ‘base’⁶². A cada una de estas drogas, le corresponden determinadas representaciones sociales que

⁶² Se está haciendo referencia a la Pasta Base de Cocaína (PBC). La pasta base es una droga que aparece con el aumento considerable de la demanda por cocaína en los países nor-occidentales; los usuarios comenzaron a hacer circular una pasta marrón o blanquecina de menor precio, llamada “pasta base de cocaína” (PBC), que corresponde a un producto de la hoja de coca, que se obtiene en una fase intermedia de la elaboración del clorhidrato de cocaína. La “pasta base” es una mezcla de varios constituyentes originados de la extracción de la cocaína; es una sustancia psicoactiva, estimulante del sistema nervioso central, con múltiples efectos en distintos órganos, que es capaz de crear en el usuario una dependencia de tal grado que en muchos casos requiere hospitalización.

se han ido construyendo progresiva e históricamente, a la par de su práctica clandestina” (p. 1).

“Los estereotipos del marihuanero o del «hippie volado», del joven ejecutivo cocainómano, o del pastero popular [consumidor de PBC de sector pobre] –afirman Gainza, Pérez y Sepúlveda (1997)– no son meras imágenes periodísticas o policiales, sino jóvenes reales, sujetos que tienen una forma particular de relacionarse con las drogas, haciéndolas parte de sus vidas. La práctica de la droga, en consecuencia, es una práctica diversa, movediza; tiene estrategia y asentamiento; tiene lenguaje, y por tanto, expresión, aunque también silencio” (p. 2).

Toda ingesta va asociada a gestos que se han visto hacer a otros y que se muestran por quienes los aprenden, para que sean vistos e interpretados. El uso de una droga es acompañado de una estética corporal, una imagen que se proyecta y que potencia la representación de una identidad.

Dentro de las drogas o estimulantes psicotrópicos de uso mayor en Chile, hay dos de ellos, algo común en la mayoría de los países, que se consumen sin grandes restricciones sociales: tabaco y alcohol. Es un consumo no penalizado sobre el cual la sociedad informa y educa sobre su riesgo, pero las personas lo pueden asumir, sin que ello le signifique un castigo; este consumo está altamente difundido en la población juvenil. Junto a éstos hay otras dos, que son condenados socialmente y que poseen menor presencia, pero que son parte de la escena habitual de consumo: la marihuana y “la pasta base”; está última, que constituye un derivado de la cocaína, está asociada con los sectores más pobres, ya que es de un costo mucho menor que la cocaína. Por último, hay un quinto consumo, más emergente y mayormente asociado con población más escolarizada y de estratos medios y altos: el consumo de éxtasis.

Sobre estos tipos de consumo, existen estudios cualitativos específicos sobre la población joven nacional, los que a continuación se dan a conocer. Estos estudios, no se puede dejar de reconocer, constituyen –en cierta medida– un tercer discurso que se suma a los dos ya mencionados, el *discurso sobre* y el *discurso de* la droga. En este caso es *el discurso de los investigadores sobre el discurso de la droga*: es el intento de comprensión e interpretación del discurso que poseen jóvenes que consumen drogas.

2.3.1. El consumo de cigarro: un riesgo asumido como manifestación de autonomía

En el cigarro, indica Manuel Canales y otros (2000) “la semiótica del tabaco, las señales del tabaco fumado al cuerpo y la simbólica del fumar, dividen el discurso en dos hebras inconexas, constituyendo un caso de discursos paralelos, y no una forma de doble discurso” (p.10). Este paralelismo es, sin embargo, afirman los autores, sin analogías y se sostiene sólo en la simultaneidad. La conversación sobre el tema, por lo mismo, salta de un lugar a otro.

“Es ostensible –indican Canales y otros (2000)– la presencia dominante de un discurso biomédico, que ha logrado instalar las imágenes fuertes del cáncer y del enfisema como saberes grabados en la conciencia social; así circula la frase elemental del cáncer, que llega a ser efectiva de tan elemental y no retórica” (p. 11). Pero, no obstante lo reconocido, agregan los mismos investigadores, “su potencia para poner en el centro la referencia al daño, no alcanza, sin embargo, para silenciar los otros discursos que provienen de las conversaciones y testimonios informales, pero que sobre todo provienen de la experiencia propia (o las representaciones verosímiles de la publicidad)” (p. 11).

El riesgo del daño es al parecer el costo del placer, placer por lo demás doble: del cuerpo y de la mente o del espíritu. Ni el sentido del riesgo ni el del placer logran imponerse. La imagen dura del riesgo es contrapuesta a unas cálidas representaciones de la sensualidad del tabaco fumado.

Simultáneamente a esta señalética de los efectos del tabaco en la fisiología humana, agrega Canales y otros (2000), “corre un discurso denso de simbolismos en que lo que se habla no es ninguna sensación física, cuanto una escena y una representación. El significado de cigarro de tabaco es fumar. Y fumar no significa otra cosa que tabaco; simboliza el paso de la infancia a la adolescencia, entendido en lo básico como elaboración y presentación del Yo como sujeto con derechos. En su forma complementaria, es un gesto cuyo significado se despliega sobre el esquema de la cuestión del yo autónomo: como cuestión de ejercicio de libertad y autodeterminación; como gesto, condensa mito y rito, ideología e imagen, para decir lo mismo, simbolizado: Yo” (p. 12) Cuando adolescente –dicen los investigadores–, “fumar es ya una opción tomada como tal. No es sólo un modo de

hacerse grande: es el modo en que esto se hace: diciendo yo” (p. 12).

Se une a los anteriores, un cierto mito del saber: fumar es saber. “En su momento, el fumar fue cosa de otro mundo, dice Canales y otros (2000). Al inicio, antes de la primera experiencia, el cigarro se presentaba como lo que está prohibido conocer (prohibición de los adultos a los niños) y como experiencia directa, pues el consumo de tabaco es espectáculo en la publicidad y escena corriente en la vida cotidiana: es aquello que “debe ser probado”. Fumar es una experiencia del saber esotérico o el otro conocimiento. La forma es resonante con la de la historia del fruto del conocimiento o conquista del saber-moral: de la responsabilidad o condición de haber perdido la ingenuidad o inocencia del que no sabe. *Fumar es haber dado el paso riesgoso de conocer*, de llegar a saber: como en el mítico manzano, el fumar hace su efecto diferenciador ante sí. Exposición al riesgo cultural del vicio, pero más acá, a la promesa ambivalente del tabaco de a quien se dice daño y placer” (p. 12).

Llegar a saber es un proceso que tiene sus fases, indica Canales y otros (2000). “Hay un aprendizaje progresivo que permite entender que no hay propiamente una primera vez, sino un conjunto de ellas, entendibles como un período de ingreso o de conocimiento, en que el usuario todavía no es fumador ni sabe hacerlo bien. Fumar es una forma-proceso, que tiene la fisonomía del saber expuesto o curioso; *se prueba como quien se expone a saber lo que ni imagina ni controla de antemano*; se arriesga la respiración –atorarse– y se arriesga el equilibrio –marearse– *a cambio de la promesa de la experiencia desconocida*. Como una buena prueba, la fase inicial es muy distinta a la fase final: al «dolor primero», le sigue el placer posterior, y al final, la adicción” (p.13).

Fumar, además de ser un saber es una posibilidad de opción, en su significado auténtico o válido; “es –dicen Canales y otros (2000)– un acto de autonomía personal. Los modos ilegítimos de fumar, son precisamente, los que señalan alguna falta a dicha autonomía. Los modos proscritos de fumar –por repetición, por presión, por aparentar– tienen en común la no/libertad o no autenticidad del gesto” (p. 13). La distinción básica que hace el hablante al respecto es entre modos auténticos y modos perversos, donde la autenticidad se da sólo en los casos donde el que fuma lo hace desde su propio deseo y

criterio. Esto último es lo que lleva a los investigadores que se siguen en este apartado, a reconocer una «*ideología del fumar válido*».

“La ideología del fumar válido, dice Canales y otros (2000), es el argumento preferido del yo que se afirma: es su signo racional que le reporta la identidad del que se hace responsable de sus propias decisiones y se mueve por sus propias inclinaciones. El modo auténtico de fumar, es la representación de un yo en propiedad. Dichos modos se diferencian de los modos no auténticos, analógicamente como se registra la diferencia Niño/Adolescente. Por eso remarca (sobresignifica o simboliza) el paso. Se hace comprensible un paradójico consenso: todos, mayores y menores, están de acuerdo en que *los niños no pueden fumar*. El consenso en este caso es ley: los niños no pueden, pues se les impide de hecho y de derecho. *En el caso de los adolescentes, lo que se juega precisamente es el fin de esa ley*: el adolescente, a diferencia del niño, puede fumar. Por ello, *la ley se reduce a sugerencia* (se fuma con o sin permiso, abiertamente o a escondidas y aquello no agrega ni quita lo esencial al gesto de fumar, aunque puede probablemente reforzarlo en caso del permiso negado) *y el centro se desplaza desde la autoridad* –que obliga o prohíbe– *al sujeto o persona* –que distingue y que elige” (p. 14).

Otro aspecto del fumar es el hecho de que el fumar es consonante con la experiencia grupal: es análogo a “yo con nosotros”. “El grupo adolescente es, con respecto a todos los previos –aclara Canales y otros (2000)– uno colectivo de miembros autónomos y responsables. Un nosotros des/infantilizado, que es el eco a un yo que hace el mismo paso: desinfantilizarse” (p. 14). Corresponde, además, agregan los mismos autores, a un “grupo post/familístico, en que un «*nosotros*» ocupa por primera vez la ciudad, haciéndose ver, o como un nosotros que también debuta en las artes del ocultamiento” (p. 14). Estos grupos de adolescentes “se instituyen en generadores de normas propias y no del conjunto, para indicar su des/conexión como infantes y también su reconexión como El que elige” (p.14).

La textura del fumar, interpretan Canales y otros (2000), “atrae culturalmente, por lo que reporta identidad personal y se lo constituye quizás *en el dispositivo más potente disponible en la cultura juvenil masiva para hacer el paso de la adolescencia*. Produce identidad, como todas las opciones simbólicas: del club de fútbol y de partido político, o el

constituir pareja; es un *lugar donde optas tú*. Y en esta potencia identificadora no es marginal la nota *transgresora* del orden institucional –cuando se fuma a escondidas del padre o del profesor, se refuerza la identidad, simbolizada ahora con el rasgo en *rebeldía*, tema no desagradable a un oído adolescente no desnaturalizado. Es esa la potencia complementaria del rito del fumar en el grupo voluntario de pares y en plena vía pública, y todavía lo es más, el rito clandestino de fumar en los baños o en los rincones no visibles en la institución” (p. 15).

Fumar es también “un gesto que expresa –dice Canales y otros (2000)– simbolizadamente en la forma de hacerlo, la propia subjetividad del que, al fumar, se muestra o hace sentido gestual, pues desde la forma de inspirar, hasta la forma de expirar, el acto se remarca para connotar algo que lo excede como acto y lo hace figurativo, expresivo, simbólico: la curiosa costumbre de hacer argollitas parece tener su explicación en esta interpretación que lee en el fumar, la representación del (yo) autónomo. La estética del fumar, infinita en su variedad posible, pero cada vez más reducida por la publicidad, es la manera más libre de expresión del sujeto. La cuestión de control de la forma técnica de la inspiración/expiración, se transforma en la base de una forma estética del que fuma: nada más personal que el modo de echar humo” (p. 16).

2.3.2. El consumo de alcohol: un discurso y una práctica diferenciada por sexo

El uso y abuso de alcohol, a juicio de Sgombich y otros (1997), “constituye uno de los comportamientos de riesgo, que tiene determinadas particularidades: se trata de un riesgo conocido y relativamente tolerado en que se privilegia el valor del tiempo presente, como tiempo del placer, en una sociedad de difícil sociabilidad” (p. 2).

Entre los prejuicios que los jóvenes reconocen acerca de su consumo de alcohol, está en primer lugar el identificarlos como consumidores abusivos del alcohol, situación que es interpretada por ellos como una falta de disposición a observar otros aspectos del comportamiento juvenil con respecto al alcohol y las drogas, como la capacidad de regulación de la ingesta. “Desde la visión de los jóvenes, sostienen Sgombich y otros (1997), se exige un tratamiento menos tendencioso de la problemática del beber abusivo y el consumo de drogas; las de-

pendencias no son un problema exclusivo de los jóvenes; de la misma forma, tampoco se trata de un estado de salud generalizado en la población” (p. 10).

Un segundo prejuicio recurrente es la asociación ingesta–delincuencia: los adultos extrapolan conductas particularmente aisladas como normas de todo el colectivo. Un tercero, que los jóvenes también identifican, es la disposición de los adultos a homologar el tiempo libre con tiempo de riesgo; esto genera, más allá del prejuicio, una serie de temores y aprehensiones de los adultos, relacionados con el tiempo de ocio de los jóvenes. Éstos, a diferencia de aquéllos, entienden el tiempo de ocio como un tiempo de aprendizaje, inherente a la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

Un cuarto prejuicio, principalmente indicado por los hombres, es la identificación de una relación de consumo abusivo/pobreza, lo que tendría su origen en que las consecuencias del consumo abusivo son más visibles en los sectores populares, donde se conjuga con otras problemáticas sociales; no obstante, como indican las investigaciones, en los estratos altos existen recursos para acceder a una mayor diversidad de drogas legales así como estrategias para mantener un consumo solapado y encubierto.

En el discurso de los jóvenes, junto a estos prejuicios que ellos visualizan del mundo adulto, es posible descubrir un conjunto de referentes asociados con el consumo de alcohol. Uno que sería el primero, indican Sgombich y otros (1997), corresponde a un referente cultural: “existe consenso entre los jóvenes acerca de que las prácticas de consumo de alcohol son un referente cultural que da identidad a la comunidad nacional; lo propio y lo que caracteriza «*lo chileno*» se asocia con un alto nivel de consumo. Además, este referente se fortalece en un vasto conjunto de tradiciones populares donde el uso de alcohol está legitimado” (p. 12). Se agrega a lo anterior, que, junto al alto grado de legitimidad que tiene el consumo de alcohol en la cultura nacional, se suma la legalidad de su uso y la oferta amplia; ambos factores facilitan el consumo masivo de alcohol.

Un segundo aspecto está dado por las prácticas de consumo de alcohol en los adultos de la familia. “La existencia de este referente resta efectividad a las estrategias de control impuestas a los jóvenes desde sus familias, en la medida en que los propios padres/madres han

marcado la pauta de comportamiento en relación con el alcohol. La familia –se puede decir, señalan Sgombich y otros (1997)– pierde autoridad en la regulación del consumo; los jóvenes asumen que, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, la conducta de los padres con respecto al alcohol y las drogas no ha sido muy diferentes a la de ellos” (p. 13).

Al ingresar a la visión y motivación para el consumo de alcohol, se aprecia en el discurso de los jóvenes, principalmente en las mujeres, que tal consumo es entendido como un mecanismo de integración social, buscado tanto por sus efectos como por las imágenes y aspiraciones con las cuales se lo asocia. “En lo que se refiere a los efectos, dicen Sgombich y otros (1997), el consumo de alcohol es considerado un elemento que permite exteriorizar aspectos de la personalidad de los jóvenes que les son más difíciles de manejar y de mostrar” (p. 13). Agregan a ello Sgombich y otros (1997), que en las mujeres “es notoria la influencia de la publicidad de bebidas alcohólicas que ha logrado imponer una imagen que las jóvenes buscan casi de manera inconsciente; se ponen en juego las aspiraciones de las jóvenes, y es el consumo lo que las acerca a ese modelo al que quisieran parecerse tanto por sus atributos como por su situación” (p. 14).

En el caso de los hombres, dicen los mismos autores, el discurso sobre el consumo de alcohol se formula a modo de queja hacia los adultos, la sociedad, el gobierno. En este sentido, en los hombres, el consumo de alcohol como una forma de evasión de los conflictos está altamente legitimado. En términos más específicos, el consumo entre jóvenes de sectores populares es también entendido como parte de una estrategia de sobrevivencia en un entorno social especialmente agresivo. A diferencia de ellos, en las mujeres, es consensual el rechazo al consumo de alcohol como una vía de escape; se privilegia en ellas el uso de alcohol en ocasiones festivas por sobre aquellas situaciones existenciales conflictivas.

Entre las mujeres, es también reconocible el consumo como parte de la necesidad de adquirir experiencias que les permitan discriminar entre lo que les parece conveniente y lo que no. “La experiencia de la ingesta de alcohol –afirma Sgombich y otros (1997)– da autoridad al sujeto, para definir una posición frente al consumo y para integrar esta vivencia al proceso de desarrollo” (p. 15).

Otro motivo importante para el consumo en los jóvenes tiene que ver con el reconocimiento de ciertos ritos, usos y costumbres vinculados al cierre de unas etapas y al inicio de otras. Se trata de costumbres, de ritos que suponen elementos de naturaleza trascendental; es decir, son imprescindibles para pasar de un estadio a otro.

Con relación a las prácticas de consumo de alcohol de los jóvenes, existen comportamientos distintos con respecto a la ingesta de alcohol, según se trate de grupos del mismo sexo o de grupos mixtos. “Cuando el consumo sucede en grupos del mismo sexo –señalan Sgombich y otros (1997)– existe una mayor permisividad tanto en la cantidad que se consume como en los tipos de conductas que son aceptadas; la embriaguez, en ese contexto, es una conducta aceptada. Cuando el consumo sucede en grupos mixtos, es más regulado y se pone en juego un conjunto de elementos que determinan una ingesta controlada; por ejemplo, el temor al «*qué dirán*», los riesgos asociados con la sexualidad y el temor a las reacciones violentas. Sin embargo, la necesidad de mantener el control es más evidente entre las mujeres; en opinión de las jóvenes entrevistadas, para los hombres es menos importante regular el beber abusivo cuando están en grupos mixtos. Entre los hombres, la percepción del consumo de alcohol en las mujeres es considerada similar a la de ellos, aun cuando en grupos mixtos el consumo femenino es muy controlado” (p. 16).

En cuanto a los lugares de consumo, en los hombres existe una percepción acerca de cómo la regulación y los controles han ido limitando los espacios públicos de recreación; el hecho más evidente es el desalojo de calles y esquinas relegando el consumo y la vida social a las casas. “En el caso de las mujeres, agregan Sgombich y otros (1997), la definición de grupos de pares más reducidos, la pareja y los cambios propios del acercamiento a la edad adulta han determinado los lugares de consumo, y del mismo modo se han recluido en las casas, dejando en un segundo lugar los lugares públicos de consumo. No obstante, para las mujeres, se trata de una opción personal que no está sujeta a condiciones externas como en el caso de los hombres” (p. 17).

En la regulación de la ingesta de alcohol, señalan Sgombich y otros (1997), intervienen diversas situaciones, la primera de ellas es la responsabilidad personal, se reconoce el consumir alcohol como una decisión personal y por lo mismo también compete al sujeto asumir

las posibles consecuencias. Una segunda regulación es la pareja, que exige a veces tiempos y conductas distintas a la de los grupos de pares; las prácticas sociales se limitan a espacios más privados y grupos más reducidos. En el caso de las mujeres, la embriaguez de la pareja no es una conducta aceptable, y, cuando sucede, genera conflictos dentro de la relación. Un tercer regulador es el grupo de pares, el cual genera una dinámica propia con respecto al consumo de alcohol; es así como en algunos grupos la actitud hacia el consumo abusivo será más distendida y en otros más controlada. Por último, la edad y la actividad son dos variables que regulan el consumo de alcohol. Los jóvenes relacionan las prácticas de ingesta a etapas del desarrollo social y vital de los jóvenes; conforme se profundiza la integración al mundo adulto, el beber abusivo es cada vez más ocasional.

En el discurso, indican Sgombich y otros (1997), se reconocen como riesgos asociados con el beber abusivo, que también aportan a la autorregulación, la postergación o fracaso del proyecto de vida (el temor a mantener una situación de dependencia que estanque el proceso de desarrollo); la dependencia, en su manifestación biológica, es una condición temida por los jóvenes. Otro elemento importante, es el que tiene que ver con la pérdida de capacidad para determinar la propia existencia y la consiguiente necesidad de depender de otros. Se unen a los anteriores, el daño a la salud y, con ello, la consiguiente merma de las capacidades físicas e intelectuales; las situaciones de violencia generadas a partir del consumo abusivo, la emergencia de actitudes violentas que pueden acarrear problemas legales y poner en riesgo la propia seguridad, la del grupo y de terceros; por último, las relaciones sexuales no deseadas o el riesgo de tener una conducta irresponsable por causa del consumo excesivo constituyen en conjunto un regulador de la ingesta.

En cuanto al tipo de consumo, las mujeres tienden a ser selectivas, pues es entendido como un uso que da status. A partir de lo que se consume, según pasan los años, se va generando una relación producto–status, y se tiende a buscar el consumo de productos más refinados y de mejor calidad: «tomar algo bueno». No obstante ello, indican Sgombich y otros (1997), el tipo de consumo está determinado principalmente por los recursos de que disponen los jóvenes para adquirir bebidas alcohólicas. La calidad del producto no es importante cuando se tiene menos edad; se consume aquello que se puede comprar.

Con relación a la prevención del consumo de alcohol en los jóvenes, señalan Sgombich y otros (1997), se evidencia en el discurso “un profundo rechazo al consejo, a la crítica o el castigo por parte de padres y madres, a las prácticas de ingesta de alcohol y drogas de los jóvenes” (p. 20). A su vez, agregan los mismos investigadores, “los mensajes de las campañas de prevención de consumo abusivo de alcohol y drogas entran en competencia con aquellas campañas publicitarias que lo promueven. Una de las desventajas más evidentes, según los jóvenes, es que, en las campañas de prevención, el acento está puesto en imágenes negativas, o bien en situaciones de escasa credibilidad para los jóvenes (...) Además, es consensual la opinión acerca de que las campañas muchas veces refuerzan los estigmas que los jóvenes perciben en el mundo adulto” (p. 21). Los medios masivos de comunicación se mueven entre regulación y condena en la noticia v/s incitación al consumo en la publicidad.

En lo que se refiere a iniciativas que emanan desde el Estado o de los actores políticos, indican Sgombich y otros (1997), son consideradas poco pertinentes por las mujeres, mientras que los hombres cuestionan al Estado ya que visualizan el consumo abusivo de alcohol como consecuencia de un modelo social, económico y político que margina.

Con respecto a la eficacia de la penalización del consumo, las mujeres entienden el control policial como una protección aun cuando es compartida la opinión acerca de que en ocasiones se abusa del poder, mientras que en los hombres se aprecia como altamente represiva y arbitraria, profundizando con ello los sentimientos de marginalidad y postergación del grupo.

2.3.3. Consumidores de marihuana: la existencia de un discurso legitimador

El discurso sobre la droga –sostiene Tsukame (2002)– “no es la única fuente del sentido, sino que son significativos también los «*hechos*» de la droga, es decir, el discurso de la droga, especialmente el ritual de su uso. En el caso particular del consumo de marihuana, hay un ritual claramente definido, pudiéndose distinguir también un sentido que deriva de elementos comunicativos no verbales, como los aspectos de tipo kinésico y proxémico. Estos sentidos «*complementarios*» cumplen el papel de contexto micro, al sustentar y hacer inteligibles los aspectos verbales del discurso” (p. 34).

“El aporte del ritual y de la comunicación no verbal –afirma Tsukame (2002)– permiten entender el uso como la supervivencia de un código de reciprocidad y solidaridad, en un contexto social segregante y utilitario. Este código sería una adaptación de valores «*comunitarios*» a un contexto urbano, en donde una atmósfera de comunión y un sentido de uniformidad (comunicación ensimismada) cederían su lugar a una experiencia más «*secular*» e individualmente puntuada” (p. 34).

En el ritual del uso de la marihuana, estarían presentes tres elementos, indica Tsukame (2002): la circularidad, la grupalidad y la circulación.

“La circularidad, o la congregación en círculo, es el rasgo que más llama la atención en el acto de consumir (...). El ritual comienza cuando se enciende un cigarrillo, lo que da paso a una conversación grupal (en estado puro, el ritual exige liar el cigarrillo en el momento). Aunque exista provisión suficiente, muy rara vez se llega a plantear un uso individualizado de los cigarrillos, de manera que siempre se comparte. Y es en este momento, o más bien para hacer posible la circulación de mano en mano, cuando se adopta la forma espacial característica del ritual: la disposición en círculo. Si los que interactúan en la conversación se hallan dispuestos de otra manera, pronto adoptan la forma circular, ya sea sentados o de pie. Incluso, cuando se enciende más de un cigarrillo, no se hace esto de una sola vez, sino cuando se ha agotado el anterior, o bien se hace circular el nuevo cigarrillo en sentido contrario al primero. De este modo, no se rompe el círculo y se asegura una mayor reciprocidad. La disposición circular se mantiene mientras dura el ritual, por lo que, una vez terminado el consumo, el círculo (y a veces también la conversación) llega a su fin.

La grupalidad proviene del hecho de que el círculo facilita una estrecha interacción cara a cara de todos los participantes. Esto supone que todos están a la vista de todos. Lo anterior, sin embargo, lejos de implicar homogeneidad, permite a cada uno manifestar su individualidad en un contexto inclusivo, de modo que se puede expresar lo que se desee, sin temor a no ser aceptado o provocar burla o hilaridad. Al permitir la libre expresión, el círculo dura. Lo anterior es válido aun cuando pueda concebirse esta parte del ritual como un juego, donde cada uno interviene a su turno y según ciertas reglas (...). De todos modos, hay una libertad casi total en el plano de la interacción verbal.

El elemento de la circulación alude a una lógica que se inscribe en aquel sistema de «intercambio» que algunos autores (...) han denominado ‘economía del don’. Tal tipo de intercambio económico no constituye un intercambio de equivalentes, sino que opera de acuerdo con una lógica más compleja. En dicho sistema, el intercambio no es inmediato ni comporta necesariamente una circulación de equivalentes. El valor de lo recibido puede ser mayor o menor que el valor de lo entregado; quien recibe puede no ser el donante original sino otro miembro de su familia; quien entrega puede no ser el mismo que ha recibido, etc. La circulación del don recrea el carácter «sagrado» del lazo colectivo, un aspecto que la modernidad ha olvidado. La promesa de un futuro retorno del don funda una relación social que se prolonga más allá del momento del intercambio de un equivalente por otro, como ocurre en la economía mercantil” (p. 35).

Junto a las características recién identificadas, hay otros dos aspectos vinculados con el consumo de marihuana, según indica Tsukame (2002):

“En el discurso no verbal de la droga, la presencia de expresividad y de movimientos corporales subyacentes, permite atribuir sentido a un componente kinésico: existe una sincronía interaccional en el consumo en círculo, posibilitada por la circulación ordenada del cigarrillo de mano en mano. El tiempo está más o menos uniformemente distribuido entre los participantes, de manera que es posible una sincronización relativa, sin apresuramientos o ademanes en falso” (p. 36).

Vinculado a los aspectos kinésicos, Tsukame (2002) identifica un conjunto de aspectos proxémicos que “se refieren a la organización del espacio, incluyendo hábitos territoriales y distancias sociales en la interacción entre los miembros del colectivo” (p. 37). En este ritual, agrega Tsukame (2002), “la interacción se da en un marco de distancia personal –que varía a íntima–, lo que es indicativo de que el «compromiso» con la situación (...) se relaja notablemente. En el círculo, los participantes tienen libertad para mostrar aquellas facetas que no suelen mostrar en otros contextos más formales. Desde el punto de vista proxémico, el círculo es también una frontera que separa de los demás, contribuyendo a generar un sentimiento de inclusión” (p. 37).

En cuanto al discurso de la marihuana –Tsukame (2002) afirma– que “la existencia de un ritual y de dimensiones no verbales en el discurs-

so hace que el sentido del consumo sea también expresable (...). Un ejemplo adverso a lo anterior lo encontramos en el caso del consumo de «*pasta base de cocaína*» (PBC). Dicho uso o abuso no parece generar un discurso legitimador” (p. 38). En esta perspectiva, la marihuana es una droga que estaría relacionada, a juicio de Echeverría (2004), con “una valoración positiva, asociándose su uso con la diversión y la sociabilidad; la «*pasta base*», en cambio, se asocia con la posibilidad de riesgos y consecuencias claramente negativas, tales como el deterioro de las relaciones familiares y sociales, daño físico, y la posibilidad de participación en actos delictivos como medio de acceso a la sustancia” (p 180).

Dado que en torno a cada droga operan representaciones que suponen atribuciones distintas a su uso, hay discursos que llegan como imágenes conocidas que permiten identificar al sujeto que reproduce el gesto. “La imagen del usuario de marihuana, –sostiene Ghiardo (2003)– habla de un sujeto «relajado», «pensador», a diferencia de la cocaína, droga del hiperactivo, del «*trabajólico*», o de la pasta base, del sujeto perdido en la exclusión” (p. 138).

En el caso de los consumidores de marihuana, –indican Glavic y Barriaga (2005)– “en cierta medida puede hablarse de una subcultura que comparte un lenguaje, rituales y una concepción de la sustancia, que se consolida a través de un proceso de aprendizaje social (...) el proceso de adquisición del gusto de fumar marihuana es una conducta adquirida en el contexto de un ceremonial que incluye experiencias sucesivas con la sustancia y la racionalización de los efectos compartidos de la misma” (p. 8).

2.3.4. Consumidores de Pasta Base de Cocaína: El silencio de los angustiados

“El fenómeno de la droga es intersocial y es un fenómeno dentro del mercado, que incorpora a la esfera del consumo y de la oferta de mercancías y mensajes a todos los sectores sociales, afirman Gaínza, Pérez y Sepúlveda (1997). El mercado integra (a medias) tanto a los sectores pudientes como a los de bajos ingresos y a la juventud popular. Pero las ofertas distinguen estatus, y, por tanto, destinatarios, cuestión que se aplica en lo que a la droga respecta: por un lado, la cocaína como símbolo de situación social, poder y dinero; y, por otro, la «*pasta base*», como símbolo de marginación, escasez y delincuen-

cia. Pero, mientras la cocaína se presenta como una droga funcional al proceso productivo, integradora, en tanto amplifica la capacidad de trabajo, la «*pasta base*» figura como una droga de desintegración social. Sin embargo, esta desintegración informa de un proceso aun más complejo por medio del cual también se logra integrar a los desintegrados, pues éstos son incorporados al mercado, a la esfera del consumo de un producto determinado: los desechos de la cocaína de los sectores sociales dominantes. De esta forma, el consumo de la «*pasta base*» señala integración económica, mientras desintegra psicológica, social y culturalmente” (p. 3).

Los jóvenes que consumen «*pasta base*» “van desarrollando sus propias pautas de vida, su propio modo de existencia en la (¿auto?) marginación y exclusión, señalan Gainza, Pérez y Sepúlveda (1997). Aparentemente, es una práctica marcada por un carácter individualista en la obtención de la sustancia, que trasgrede las redes sociales y de solidaridades básicas; pero también es de carácter social, en tanto afecta e interviene en el plexo de las relaciones que son significativas para el consumidor” (p. 3).

En opinión de Sepúlveda (1999), el ser consumidor de «*pasta base*», el «*ser pastero*», “implica asumirse como identidad del margen, vale decir, como identidad social marcada por la referencia del otro que lo define desde la norma y la convención. Así, el discurso del control social sobre la droga constriñe sujetos e impone contextos de significados que, como camisas de fuerza, rotulan más fuertemente la «*identidad pastera*» como identidad marginal. Desde estos campos de significados, «*el pastero*» es obligado a leerse desde el discurso oficial (...). Su redención sólo puede darse, entonces, a partir del canon que lo sanciona y excomulga. Sólo puede escapar a su demonización como mal social, siendo exorcizado (rehabilitado) y devuelto (integrado) a la comunidad (sociedad)” (p. 4).

Esta marginalización del consumidor de «*pasta base*» y su identidad, asignada por el discurso oficial, hacen que quienes la consumen –señala Sepúlveda (1999)– poseen un discurso “de difícil verbalización, anudado al silencio y difícilmente expresable oralmente (...) en tanto práctica muda, niega en los hechos una identidad; pero, por lo mismo, está destinada siempre a nombrarse mediante un discurso prestado y construido por otros. Se guarda distancia, pero también

aceptación con respecto a los deseos del control social; deseos que «el *pastero*» manifiesta de su redención como ciudadano normalizado, reintegrado a la comunidad. Sin embargo, persiste el silencio sobre el área muda, vale decir, sobre esa vivencia íntima que está más allá del estigma y del cartel policiaco, que designa al «*pastero*» como peligro público” (p. 4). Lo que escuchamos cuando el consumidor de pasta habla es, al parecer, más bien lo ya hablado, lo capturado de los discursos sobre la droga. Es, en este caso particular, el discurso de la “angustia”⁶³. De aquí la lucida expresión utilizada por Sepúlveda (1999): «*el silencio de los angustiados*».

“Al preguntarnos por la «*pasta base*» o «*angustia*», indica Sepúlveda (1999), pareciera que se inaugura la adicción. O más precisamente, la a-dicción, es decir, «*la no dicción*»: sin texto, sin discurso, pues, en los testimonios de los usuarios, no encontramos relatos que repongan una imagen que refiera el objeto de adicción. A la «*pasta base*» no se le «*imaginariza*» tan fácilmente. (...), pues, las «*otras drogas*», podrían tener contenidos simbólicos para el sujeto: la cocaína, como metáfora de rendimiento y expansividad, la marihuana como metáfora de relajamiento y espíritu lúdico, el ácido lisérgico, a la manera de representación de un viaje, el éxtasis como señal de los devenires del cuerpo. Pero la angustia, en contraste, se instala como caída (...). Entonces...¿qué escuchamos de los «*pasteros*»? Lo que escuchamos es que, al parecer, cuando «*el pastero*» habla, más bien es hablado, capturado por uno de los discursos sobre la droga, en este caso particular, el discurso sobre la angustia. Esto es importante, pues el joven «*pastero*» no encuentra una posibilidad de resignificación que le permita enfrentarse al objeto de consumo en términos apropiatorios, es decir, como objeto de uso” (p. 5).

El mismo Sepúlveda, en un texto anterior (1997), donde desarrolla estas ideas, precisa que la «*pasta base*» “desborda al «*pastero*» no sólo por sus efectos fisiológicos, sino sobre todo, porque el «*pastero*» asimila las imágenes culturales que cargan de significado el consumo de «*pasta*

⁶³ El consumo de pasta base, explican Gainza, Pérez y Sepúlveda (1997), recibe el nombre de “angustia” en el cotidiano poblacional. Seguramente, este nombre viene de sus efectos. La primera aspirada de la droga, provoca un placer intenso y de muy breve duración (tres a cuatro segundos), acompañado de euforia, sensación de claridad mental y ligereza física; después da paso a una intensa angustia que impulsa a continuar consumiendo.

base», donde se impone la idea de que, entrar a «*ella*», es entrar a un mundo signado como un laberinto sin salida. De allí la importancia de resignificar” (p. 107).

Al ingresar a las recurrencias semánticas que se encuentran en los relatos de los consumidores de «*pasta base*», el estudio de Gainza, Pérez y Sepúlveda (1997) indica que es posible identificar un «*círculo del pasteo*», una constelación por donde transita el consumidor de pasta base de cocaína (PBC), tanto en lo pragmático como en lo semántico, trazando con ello la figura del mundo vivencial del «*pastero*», dentro de este círculo se pueden reconocer dos componentes o elementos básicos: la dimensión cartográfica y la dimensión arquitectónica.

La dimensión cartográfica: dice relación con la ruta del consumo que se hilvana en una sucesión lógica de los acontecimientos. Esta dimensión es descrita de manera anecdótica por los sujetos, y básicamente se configura en un espacio de tensión entre los comportamientos de los consumidores y las pautas de control social. “Esta cartografía, explica Sepúlveda (1999), sintetiza las rutas por las cuales transitan los «*pasteros*»: tránsito accidentado, poblado de peripecias y situaciones límites, donde los comportamientos bordean la desintegración social (...); este tránsito se despliega en una topografía laberíntica, donde «*el pastero*» merodea en su entorno, tratando de proveerse el objeto deseado. Se construye allí un tránsito sin salida (...): el «*ser pastero*» atraviesa por una serie de hechos y acontecimientos: en la mayoría de los casos, comienza por sustraer pequeñas cosas del hogar para ser vendidas; luego se operacionaliza la reducción de estos objetos; cuando es sorprendido o descubierto, se le expulsa de la casa, y deambula por el «*macheteo*» [pidiendo]. Otros –dependiendo de la edad– desertan del sistema escolar o laboral. Se convierten en «*domésticos*» (roban o hurtan objetos pequeños en el mismo sector donde viven), solicitan préstamos sin responsabilidad, realizan la venta de su ropa (despojo), y algunos penetran en el mundo delictual. En estas conductas, los «*pasteros*» enfrentan diferentes respuestas sociales, que van desde la marginación absoluta a la apertura de espacios comprensivos que les posibilite una reincorporación al círculo de lo «*normal*». Por último, esta cartografía contiene en su interior dos operaciones centrales: por una parte opera como una profecía autocumplida de lo que sucederá (...); por otra, opera el sentido común que estigmatiza la droga y a quien la consume. Este estigma se acrecienta en la medida en que la situación de consumo puede ser

caracterizada como «*irracional*»; dado que los «*cabros pasteros*» [los jóvenes consumidores de PBC] son incapaces de generar argumentaciones acerca de sus actos o del sentido de éstos” (p. 6).

La dimensión arquitectónica: hace referencia, señala Sepúlveda (1999) “a la dimensión subjetiva, vale decir, a lo que ocurre tanto en el plano sensorial como afectivo, con la experiencia del «*pastero*» en su peregrinaje de consumo. Debemos tomar en cuenta que se trata aquí –sostiene Sepúlveda– de un cierto «*estilo introspectivo*», donde juegan un papel importante la culpa y el silencio. En la arquitectura de la angustia se pueden reconocer algunos puntos significativos que permiten comprender cómo se vive subjetivamente el «*efecto angustia*», a saber: la escenificación de la angustia, la noción del cuerpo, y los elementos gozosos y/o placenteros del consumo” (p. 6).

Escenificación de la angustia: Gainza, Pérez y Sepúlveda (1997) denominan «*escenificación de la angustia*» al proceso mediante el cual los sujetos intentan poner en discurso su experiencia de angustia. Experiencia que aparece referida a través de la aparición de «*fantasmas*», elementos significativos que les permiten objetivarse en su representación de angustiado. En la escenificación, aparece el «*otro*» desde el cual se articulará la mirada. El angustiado se localiza en el centro de la escena, en tanto protagonista, mientras que el «*otro*» como un ser fragmentado, pues se presenta como mirada o voz que adquiere rango persecutorio. “Esta ‘persecución’ –señala Sepúlveda (1999)– opera entre la dimensión real e imaginaria: real, en cuanto la situación de consumo es un acto potencialmente punible, objeto de castigo; y sancionada, tanto moral, social como legalmente (...). Pero esta vivencia persecutoria no sólo responde a la realidad objetiva sino también a procesos ideacionales e imaginarios (...). Allí la fantasía se despliega evocando agentes significativos para los sujetos, generalmente, a partir de imágenes parentales. Estas imágenes tienen gran peso simbólico, pues se asocian con precedentes reales de ausencia y abandono. Lo común de estos dos procesos –el real y el imaginario– es que en la escena al menos alguien juega a ser perseguido. Sin embargo, una diferencia significativa entre estos procesos (interno-externo) será la producción de culpabilización” p. 7).

La noción de cuerpo: al analizar los relatos de «*los pasteros*», indica Sepúlveda (1999), “pueden retenerse referencias que nos aproximan

a una representación del cuerpo y de la corporalidad del sujeto que sostiene el relato. El cuerpo es significado como un territorio, habitado por las levedades y los pesos derivados de la existencia: entonces sublimado y al mismo tiempo degradado (...) el cuerpo y el semblante del «*pastero*» se nos ofrece como un objeto degradado, como un resto vivo del muerto (...). Por otra parte, el «*pastero*» nos ofrece un cuerpo al modo de «*aquí está, ocúpense de mí*». Entrega su voluntad bajo la forma de un cuerpo privado de reacciones vitales, pura máquina metabólica desprovista de deseo” (p. 9). Desde el punto de vista de la psicología descriptiva, afirmaba el mismo autor –Sepúlveda (1997)– “puede hablarse en este caso de deterioro de la autoestima y de la autovalía” (p 110).

Elementos placenteros y/o gozosos del consumo: “al escuchar el relato en acción, sólo encontramos –afirma Sepúlveda (1999)– siluetas, rastros, vestigios de una economía de placeres. La respuesta se minimiza (...), se articula ligándose a la idea de promesa y fuga, pues en la acción de consumo está contenida una promesa (...) que no se cumple, que sólo transita por un territorio marcado por la fuga, efímero o momentáneo y evanescente (...). Sin embargo, estrictamente hablando, el placer supone un sujeto o a lo menos, un yo de experiencia; es decir, una totalidad o una unidad que identifica y activa. Lo que aquí estaría operando está más bien ligado al goce, en cuanto experiencia parcial que se nos resbala y escabulle (...), haciendo parte de la «*promesa*» en la caída: goce evanescente representado en el momento de fumar, en ese humo que ingresa al interior y en ese olor, y que abre la promesa de lo inalcanzable, dada su naturaleza fugaz. Luego sobreviene la repetición compulsiva, que busca continuamente la satisfacción allí donde quizás nunca hubo (...). Lo peculiar de esta relación sujeto-droga es que ésta le permitiría una vía de acceso privilegiada y directa, en cortocircuito, hacia el goce, y que sería un modo de impugnar la exigencia de la cultura de renunciar al mismo” p. 10).

El discurso de los consumidores de PBC es, en síntesis, una discursividad saturada de referencias homogeneizantes, “construida –indica Sepúlveda (1999)– en torno a una otredad culpabilizadora y vaciadora de sentido (...); una discursividad habitada desde una exterioridad, saturando la referencialidad, y que, al mismo tiempo, en su anverso se inscribe la suspensión discursiva, contenida en la imagen de lo que hemos llamado «*el silencio de los angustiados*». Dicho de otro modo, la

angustia en sí misma no habla: es más bien silenciosa (compulsiva, el cuerpo la pide, a-dicción); penetra el cuerpo y a la biografía, sacando a los sujetos de los espacios más integrados (ruptura del lazo social, del orden simbólico), para recluirlos en espacios mínimos donde predomina el silencio (...). «*La pasta*» no naturaliza al individuo en una zona muda, en tanto no se vive por primera vez en ella; no existe como experiencia natural, en tanto no se vive en naturaleza pura, sino en y desde la cultura. Es el tramado cultural el que mediatiza la experiencia y significación de la «*pasta base*». Esta «*carga*» (impronta) de cultura e institucionalidad constriñe al «*pastabasero*» a vivir más desde el silencio que desde un habla propia, la que, para existir debe confrontar, disputar la significación del consumo, con relación a la sociedad y sus instituciones de poder y control, las que a su vez arrebatan, obstruyen y sancionan la posibilidad de esta habla. Por otro lado, la zona muda o, el archipiélago del silencio que surge en esta territorialidad, interpela a leer otras productividades, no necesariamente del orden de la razón” (p. 11).

2.3.5. El consumo de éxtasis: una droga de moda

El éxtasis constituye todavía una droga de baja difusión en Chile, indica un estudio publicado por la Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2004), en particular, por dificultades de acceso que tienen que ver con la inestabilidad de la oferta y costos considerables. Sin embargo, es posible observar algunos grupos muy particulares, principalmente de jóvenes profesionales, donde el uso de esta droga está muy generalizado.

En los últimos años, en Chile, el uso de éxtasis comienza a ser muy común en los eventos de música electrónica y las fiestas tipo «*rave*». Éstas se caracterizan porque duran casi toda la noche y por el predominio de la música tecno⁶⁴. “El circuito de la música electrónica, indica el estudio para CONACE (2004), reconoce ya un público amplio y masivo que se reúne en torno a las «*open rave*», fiestas electrónicas urbanas gratuitas, que se agregan a otras experiencias algo

⁶⁴ La asociación entre música tecno y éxtasis, indica el estudio realizado para el CONACE (2004) recién citado, esta dada por los efectos del éxtasis, ya que acentúa la percepción de los sentidos visuales, auditivos y táctiles, por lo que la existencia de muchas luces de colores y de la música tecno están íntimamente relacionados con poder disfrutar de los efectos que provoca esta droga.

más restringidas de la comunidad tecno, con sus fiestas electrónicas fuera de la ciudad, que contactan con la naturaleza y el ritual del baile trance, y con la formación de algunos espacios de discotecas que realizan fiestas electrónicas que no alcanzan a configurarse, no obstante, como clubes electrónicos propiamente tales. Muchas de las conexiones existentes entre éxtasis, baile y música electrónica apuntan a la recepción de la música en un cuerpo extasiado, a la intensificación de la experiencia emocional y corporal y al sentimiento de conexión plena con el entorno y los demás, que están vinculadas con la experiencia del trance («rave») y del «salir de sí mismo». La motivación hacia el uso de éxtasis está relacionada con búsqueda de placer sensual y la sensación de bienestar y «amigabilidad», no siempre conectado con experiencias sexuales («droga de los abrazos» más que del «amor»). De más está decir que no toda la experiencia con música electrónica está conectada con el uso de éxtasis” (p. 19).

De acuerdo con Christian Matus (2004), en un artículo derivado del estudio aquí citado para CONACE, la música electrónica constituye “un espacio incluyente para diferentes niveles de identidad, que permite comunicarse con el otro yendo más allá del «sí mismo». Recuperando la etimología de la palabra éxtasis, dice Matus, la recepción que hace de la música el «cuerpo extasiado» permite generar un más allá del «sí mismo», de la identidad propia, un «salir de sí», para comunicarse y (con) fundirse en el baile con el cuerpo del otro” (p. 4). En este sentido, afirma Matus (2004), “la conexión con el «sí mismo» y con el cuerpo a través del baile es parte fundamental de la experiencia del «viaje», de ese «bailar extasiado», que se potencia con el uso del éxtasis” (p. 6).

“La «elevación», el «subir», el «ascender» –señala Matus (2004)- son connotaciones con las que se asocia la experiencia de conectar el cuerpo con la música a través del baile (...). En contraposición, el «descender», «bajar» tiene que ver con desconectarse de la percepción sensorial de la música a través del cuerpo y volver al orden cotidiano” (p. 6). La función del éxtasis, en este marco, es, por la tanto, ampliar, amplificar la percepción de una música que está hecha para propiciar la expansión de la percepción. “La música –con el uso del éxtasis, afirma Matus (2004)-, es percibida «desde dentro» y no apreciada «desde afuera», rompiendo con la distinción interior/externo. No se «aprecia», en función de un contenido valorado por un conjunto de oyentes, sino que se le «siente», valorándola en su dimensión senso-

rial, su capacidad de transmitir sensaciones, que se comparten en la pista de baile” (p. 7).

El acceso al “éxtasis” está todavía muy restringido por limitaciones en la oferta y dificultades con el precio, como se ha indicado, lo que debe añadirse a los costos asociados con los circuitos festivos propios de sus contextos de uso. La instalación en el circuito de la música electrónica –indica el Estudio para CONACE (2004)– suele ser onerosa y tiende a producirse en jóvenes más bien universitarios o profesionales, aunque la imaginiería tecno penetra poco a poco entre escolares conectados con medios tecnológicos adecuados.

“El éxtasis, dice el Estudio para CONACE (2004), no es una «*droga de barrio*», tanto en lo que se refiere a su consumo, como en lo que respecta a su mercado: se ha difundido a través de redes derivadas de las relaciones entre pares o simplemente a través de preferencias musicales y de estilos de vida particulares” (p. 20). De aquí también, agrega el mismo estudio “que el «*dealer*» o intermediario no es un «*personaje*» extraño o ajeno a la escena cultural donde circula la droga, prevaleciendo, por lo tanto, mucha proximidad social y cultural entre los diferentes agentes que participan en su compra, venta y consumo. También la conexión electrónica (internet, chat) se torna relevante en la circulación del éxtasis, a la vez que constituye un punto de contacto para la formación de citas y reuniones electrónicas y sirve de soporte para la formación y ampliación de comunidad tecno en sentido amplio” (p. 20).

El éxtasis, indica el Estudio para CONACE (2004), “suele ser percibido por quienes lo usan como una «*droga no adictiva*», en particular porque sus costos y modalidades de uso inducen al consumo esporádico y en dosis relativamente pequeñas. Se la considera una droga de gran *potencia*, con efectos significativos tanto en el plano psíquico como corporal, pero no se le atribuyen propiedades intrínsecas que sean capaces de poner en riesgo la salud. Esta escasa percepción de riesgo puede contribuir poderosamente a la difusión de la droga, cuyo uso regular o indebido está sujeto, sin embargo, a peligros y daños debidamente documentados” (p. 21).

No obstante, la no percepción del riesgo, “el éxtasis –afirma el Estudio para CONACE (2004)– aparece asociado con el uso ocasional o

frecuente de otras drogas (prevalencia múltiple o policonsumo) y a mezclas o combinaciones que aumentan poderosamente los riesgos. Un tópico muy recurrente con respecto al consumo de éxtasis y las mezclas tiene relación con el consumo de alcohol. Es sabido que los diferentes entornos en los que se consume éxtasis generalmente van acompañados de música y baile, por lo que generalmente se mantiene una gran actividad física. También es conocido por la población usuaria que el éxtasis trae aparejado como efecto fisiológico o corporal, un significativo aumento de la temperatura corporal. Este aumento de la temperatura, más el baile, la multitud y otros factores contextuales, hacen que se experimente una gran sudoración corporal, y, por consiguiente, un aumento significativo de la sensación de sequedad bucal y de sed. Esto influye sobre manera en la necesidad y deseo de consumo de líquidos durante la experiencia. La recurrencia al alcohol, liviano o fuerte, en estas condiciones es muy frecuente, y los riesgos, ampliamente mencionados por los expertos en esta materia, suelen desdeñarse” (p. 21).

Cabe agregar, señala el Estudio para CONACE (2004), que, en la cultura del éxtasis y el baile se ha difundido mucho la idea e imagen de *éxtasis, baile y agua*. “Una de las necesidades clave de los usuarios de éxtasis en estos contextos tiene que ver con el acceso a servicios de agua potable para su hidratación, que en muchos locales es comercializada a precios altos o simplemente no está disponible. La ausencia de espacios de descanso («*chill-out-rooms*») insertos en el mismo espacio de la fiesta o de lugares abiertos que reduzcan la exposición excesiva al calor, alientan los episodios de «*golpes de calor*» o «*hipertermia*» que vuelven especialmente peligroso el uso de éxtasis. También el éxtasis produce mucha desorientación e inhibe el control sobre sí mismo durante la «*navegación*», lo que exige espacios de consumo especialmente seguros y confiables. El uso de éxtasis ofrece riesgos particulares, al margen de grupos que tienen un propósito común y de condiciones de seguridad que se ofrecen en jornadas largas y en ocasiones en lugares apartados de la ciudad: en contextos de seguridad y de confianza interpersonal más precarios, el éxtasis se vuelve extremadamente peligroso y puede estar conectado con violaciones (especialmente «*violaciones por conocidos*», «*acquaintance rape*») y asalto con ayuda de drogas” (p. 22).

3. A modo de cierre

Una importante cantidad de los estudios e investigaciones revisados no explicita un marco teórico inicial desde el cual se acercan a recoger los datos y posteriormente analizarlos (ello aún más claramente en estudio de preferencia cuantitativos), como tampoco un marco teórico referencial que les permita un trabajo interpretativo; muchos, además, una vez recogidos los datos, sólo optan por un trabajo descriptivo.

En las investigaciones y estudios con marco teórico, prima en forma casi exclusiva el uso de la Teoría de las Representaciones Sociales (introducida por Moscovici en 1961), la que da cuenta del proceso de construcción de las representaciones asociadas en este caso con el consumo de drogas; pero no enmarcan dicha construcción en el proceso mayor de cambio cultural que hoy se vive y que afecta particularmente al mundo de los jóvenes, los cuales se definen en el presente, por su capacidad de distanciarse y ejercer su reflexibilidad con relación a sus roles sociales y a su mundo vivido, es decir, desarrollan capacidad de gestionarse a sí mismos, comprometiendo su acción contra lo que se oponga a su autonomía.

Dado que la reconstrucción de las Representaciones Sociales debe realizarse a través de la aprehensión de diversos artefactos culturales, característicos de los distintos grupos o subgrupos sociales, ello se hace –prácticamente también en todos los estudios que la utilizan– a través de los discursos, los contenidos lingüísticos más utilizados, y específicamente, a través de sus percepciones e imágenes y sus descripciones de conductas.

Por lo general, se realiza una clara diferenciación entre el discurso *sobre* la droga, como algo distinto al discurso *de* la droga. El primero agrupa todo lo que se dice social y culturalmente sobre la droga (la voz oficial) y sobre los consumidores de droga; el segundo se corresponde con el registro hablado o dicho de quienes hacen uso/abuso de la droga. La reflexión con relación al *discurso sobre y de la droga* exige desmontar algunas representaciones y discursos instalados que dificultan la reflexión, dado que los jóvenes traen consigo un discurso que busca prevenir prohibiendo y que pone la opción en términos de bien/mal. En tal dicotomía, la tensión queda entre optar por el buen o el mal camino.

En lo metodológico, los estudios revisados, por lo general poseen una única entrada al campo (a menudo es la aplicación de un único instrumento). Presentan, además, ausencia de trabajos combinados cuantitativos/cualitativos y no dan a conocer, en su mayoría, los mecanismos de control de rigor utilizados (tales como estudios de validación y confiabilidad o consistencia, credibilidad, triangulación).

Con respecto a las técnicas de recolección de datos, priman las encuestas y las entrevistas, pero, dentro de esta última, varían desde la entrevista individual al grupo de discusión. En este último caso, se utiliza como espacio para la producción de un discurso del grupo y la reproducción del discurso social que lo contiene. No obstante las diferencias, en ambos casos, la idea central es volver al sujeto.

Desde los datos recogidos, se utilizan diferentes procedimientos para su análisis. En el campo de los datos cuantitativos, priman los análisis más descriptivos que inferenciales. En el caso de datos cualitativos, está presente, en más de un caso, los procedimientos de la “grounded theory” (teoría con fundamento empírico) de Glaser y Strauss, metodología que es definida por sus autores como un método inductivo para el desarrollo de modelos teóricos, cuyos procedimientos han sido diseñados para desarrollar un conjunto de conceptos bien integrado que provea una explicación teórica detallada y precisa de los fenómenos sociales que se están estudiando, metodología que resulta muy idónea para la investigación de las Representaciones Sociales.

4. Bibliografía

1. ABARCA, HUMBERTO (1996). “Futuro y Drogas: El discurso de estudiantes de enseñanza media de Santiago”. En: <http://www.sitiosur.cl/publicacionesDetalle.asp?pid=31&xpid=415>
2. CANALES CERÓN, MANUEL; LUZORO GARCÍA, JORGE Y VALDIVIESO TOCORNAL, PABLO (2000). “Consumo de Tabaco en Adolescentes Escolarizados”. *Revista Enfoques Educativos* Vol.2 N°2 1999-2000; Departamento de Educación Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.
3. CARIS, LUIS (1995). *Percepción y representaciones sociales sobre el consumo de drogas en jóvenes en situación de pobreza: Peñalolen, Conchalí y Cerro Navia, Santiago de Chile*. Ed. Universidad de Chile. Programa Prevención del Consumo de Drogas a Nivel Comunitario. Área de Investigación, Santiago de Chile.

4. CATALÁN RIVAS, MAGALI (2001). "El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos". En: *Revista Polis*. Ed. Universidad Bolivariana, Santiago Chile, Volumen 1 N° 2, 2001 <http://www.revistapolis.cl/2/catalan.doc>
5. CONACE (2007). *Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile*, 2006. informe principales resultados. www.conace.cl
6. CONACE (2004). "La cultura del éxtasis y la escena electrónica en Santiago de Chile. Estudio exploratorio sobre consumo de éxtasis". Estudio realizado por la Facultad de Ciencias Humanas y Educación de la Universidad Diego Portales. Publicado por CONACE, diciembre de 2004. Santiago de Chile.
7. CONTRERAS, FERNANDO (1998). "Medios de comunicación y el fenómeno drogas". En *Revista Avances de Actualidad* N°31, Centros de Estudios Avance, Santiago.
8. ECHEVERRÍA N., ANDRÉS (2004). *Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbano-populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. Memoria para Optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago.
9. GAÍNZA, ALVARO; PÉREZ, CRISTIÁN Y SEPÚLVEDA, MAURICIO (1997). "La angustia: Historias y discursos de jóvenes consumidores de pasta base de cocaína de la Zona Sur de Santiago". En: <http://www.sitiosur.cl/publicacionesDetalle.asp?pid=34&xpid=415>
10. GHIARDO, FELIPE (2003): "Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes". En *Revista Ultima Década* N° 18; CIDPA, Viña del Mar.
11. GLAVIC, MARCELO Y BARRIGA, OMAR (2005). "Hacia una comprensión del consumo de marihuana: explorando alternativas desde la historia de vida de un joven individualizado" En: *Revista Electrónica de Ciencias Sociales Universidad de Viña del Mar*: Universidad de Viña del Mar, Vol, II N° 1, marzo 2005. En http://www.uvm.cl/csonline/articulos_fs.htm.
12. GRONDONA, GINO (1997). "Análisis de los discursos sobre el consumo de drogas". En Magaly Catalán (compiladora): *Drogas, política y cultura*, Programa Cono Sur/Grupo IGIA/ Programa La Caleta/Universidad Diego Portales/Comunidad Europea, Santiago.
13. HERRERA, HUGO Y SANTA ANA, CARLOS (1999). *La cultura del carrete en los estudiantes de Pedagogía en Educación Física de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez*. Ed. Vicaría de la Espe-

ranza Joven. Programa de Prevención en el Consumo de Drogas, Arzobispado de Santiago, Santiago, noviembre de 1999.

14. IBÁÑEZ, JESÚS (1991). "El discurso de la droga y los discursos sobre la droga", ponencia presentada en el Primer Encuentro Nacional sobre Sociología y drogodependencia, Universidad Complutense, Madrid, España.
15. IBÁÑEZ, JESÚS (1997). *A contracorriente*. Ed. Fundamentos, Barcelona, España.
16. KRAUSE, MARIANNE (1996): "Significados asociados a la droga y al consumo de drogas en jóvenes". En [http://www.reduc.cl/raes.nsf/0/8bc839db689ccd8804256a5d006cf71e/\\$FILE/8702.pdf](http://www.reduc.cl/raes.nsf/0/8bc839db689ccd8804256a5d006cf71e/$FILE/8702.pdf)
17. MATUS, CHRISTIAN (2004): "El cuerpo extasiado: experiencia y percepción del cuerpo en usuario de MDMA en el contexto de la 'cultura electrónica' en la ciudad de Santiago de Chile". Ponencia presentada en la Mesa Antropología del cuerpo. Quinto Congreso Chileno de Antropología. En: Revista electrónica SEPIENSA: www.sepiensa.cl
18. SEPÚLVEDA GALEAS, MAURICIO (s/f). "El silencio de los angustiados". En: http://www.infoarda.org.ar/rd_art007.htm
19. SEPÚLVEDA, MAURICIO (1997). "El silencio de los angustiados: contextos discursivos en el consumo de pasta base de cocaína". En Hopenhayn, Martín (compilador): *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina*. Ed. ONU-Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL; Santiago de Chile; páginas 103 a 112.
20. SGOMBICH, XIMENA; MASS, JUAN; AGURTO, IRENE Y HOPPE, ALEJANDRO Y GALLEGOS, ADRIANA (1997). *Significaciones y rituales asociados al consumo de alcohol en la cultura juvenil*. Estudio realizado para el INJUV el año 1997 por un equipo de ATICA Consultores. En: http://www.injuv.gob.cl/cedoc_archivos/estudios/CACJ01.pdf
21. TSUKAME, ALEJANDRO (2002). "El consumo de drogas en busca de sentido": En: Hopenhayn, Martín (compilador) *Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas*. CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 61, Santiago de Chile.

ALGUNOS PUNTOS EN COMÚN EN
LOS ESTADOS DEL ARTE DE LOS
DIFERENTES PAÍSES

Algunos puntos en común en los Estados del Arte de los diferentes países

Si bien el trabajo realizado por los diferentes grupos de investigación no tenía una finalidad comparativa, como tampoco encontrar aspectos coincidentes o diferenciadores, la lectura transversal de todos ellos, permite encontrar una serie significativa de puntos en común.

A. Las fuentes de información:

1. La producción investigativa es fundamentalmente de Organizaciones de Gobierno o de Centros Académicos (incluidos Universidades y ONG Académicas). La producción académica está altamente vinculada a exigencias de tesis de grado (en especial de pre-grado), no así en niveles de Maestría y Doctorado.
2. La circulación del conocimiento es bajo, y la mayor divulgación la alcanza la entrega de Encuestas Nacionales, por lo general, realizadas o encargadas por Instituciones Gubernamentales. Los resultados de centros académicos, por la característica antes mencionada (en muchos casos trabajos de tesis), no termina en libros de alta circulación. Además, son escasos los eventos de difusión de los estudios no gubernamentales y, pocas veces, quedan registros en memorias de congresos o simposios académicos que sean significativos.
3. Las características de los trabajos que circulan es muy variada en cuanto a rigor científico. Transita desde reflexiones y escritos sobre prevención (tipo ensayo, muchos de ellos con un carácter más de un deber ser), que suman una cantidad considerable, hasta investigaciones de campo que comparativamente son menores en número.

B. Perspectivas para abordar la temática de estudio:

4. En diversos estudios, hay una insistencia en homogeneizar el “problema de la droga”, como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal y ahistórico, siendo que el asunto de las drogas es un fenómeno plural, con múltiples manifestaciones según el momento histórico, la cultura, el modelo económico y la situación particular del país. Los diversos significados que les asignan los sujetos y las propias diferencias entre las sustancias obedecen a dicha temporal e histórica.
5. La tendencia de muchos estudios, y en especial los que se realizan desde el Estado, es a mirar las drogas como una sustancia prohibida y su uso como una conducta desviada. En algunos casos, para justificar su prohibición, prima más una línea policíaca y en otros una línea terapéutica. En la línea policíaca, los argumentos son del tipo moral-cívico, tales como que ello es un comportamiento peligroso para la propia persona y para los demás. En la línea terapéutica, los argumentos son más del tipo psiquiátrico-psicológico, donde el argumento principal es que ella encierra un comportamiento de dependencia patológico a un producto tóxico.
6. **La postura de “erradicación de la droga”** se manifiesta comunicacionalmente en algunos casos como una “guerra a la droga”, que denota una posición criminalizadora, donde se propone mantener y ampliar el número de sustancias que tienen prohibida su venta y ampliar –a su vez– también, el número de sustancias distribuidas con prescripción médica y limitar las sustancias de venta libre. Para esta posición, los consumidores son principalmente criminales, que deben ser castigados y tratados coactivamente. En el marco de esta posición de *guerra contra las drogas*, se define una política de control de la oferta de drogas, que se caracteriza por: la abstinencia como ideal normativo, la desintoxicación para quienes utilizan drogas y la erradicación de las drogas de la sociedad como horizonte político.
7. En una posición distante de la anterior, muchas veces más presentes en los estudios de organizaciones no gubernamentales que trabajan directamente con consumidores, se ubica la posición de “**reducción del daño**”, que propone intervenciones orientadas a disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas, donde la educación y asistencia sobre drogas se basan en una jerarquía

de objetivos –de corto, mediano y largo alcance– entre los que la abstinencia no es forzosamente condición necesaria. En este marco de aprender a *vivir con las drogas*, la política no está centrada en el control de la oferta sino en el control de la demanda de droga, y se caracteriza por: la moderación como ideal normativo, la diversificación de la oferta de cuidados para quienes utilizan drogas y la reducción de los riesgos diversos generados por la oferta masiva de drogas y por sus usos.

8. En una clasificación no tan distante de la anterior, se puede también reconocer que diversas investigaciones y estudios analizados tienden a adscribirse a un tipo de modelo explicatorio o interpretativo en particular con relación a la droga. Un primer modelo, coincidente con la posición de centralidad en el control de la oferta, antes mencionado, es el **Modelo jurídico-punitivo**, el cual se asienta en una visión dualista de la realidad con posiciones opuestas e irreductibles: individuo-droga, legalidad-ilegalidad, finalidad médica y no médica. Un segundo modelo lo constituye el **Modelo médico hegemónico o de salud pública**, el que visualiza un desequilibrio en la relación entre el agente, el huésped y el ambiente, de tal forma que la droga (sustancia) constituye el agente activo generador de la dependencia, y el huésped es el individuo o víctima a ser tratada o curada. Un tercer modelo, es el **Modelo psicosocial**, en el cual el individuo desempeña un papel de agente activo que mantiene una interacción droga-usuario, donde el uso es un comportamiento que persiste en cuanto desempeña una función para el individuo. Por último, un cuarto es el **Modelo sociocultural**, donde el énfasis es atribuido principalmente al contexto, en el cual la droga adquiere un significado e importancia no por sus propiedades, sino por la manera como la sociedad define su utilización.

C. Con relación a aspectos conceptuales y uso del conocimiento acumulado universal:

9. Los conceptos principales utilizados en los estudios mencionados se enmarcan en la conceptualización de uso internacional sobre la materia. Se define las drogas (utilizando lo indicado por la Organización Mundial de la Salud) como “toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más funciones de

éste, capaz de generar dependencia caracterizada por el impulso a tomar una o más sustancias de un modo continuado y periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta". En aquellos casos, en que se limita el trabajo a población joven, también se utiliza el concepto de mayor uso en estudios internacionales, como el período de edad que se ubica entre los 15 y los 29 años de edad (lo que se ajusta a los trabajos últimos de la Organización Iberoamericana de Juventud).

10. Se utiliza habitualmente, también siguiendo las indicaciones de la OMS, una diferenciación entre cuatro tipos de consumo, que dependen de la frecuencia con la cual se consume droga, estos son: (a) Consumo esporádico, realizado en ocasiones especiales, no tiene continuidad temporal; (b) Consumo experimental, que implica que se prueban una o varias veces drogas que generan dependencia, pero sin que su consumo se transforme en habitual; (c) Consumo sistemático, que significa que se consume una o varias drogas de manera frecuente y (d) Consumo abusivo, donde toda la vida del consumidor gira en torno a las drogas.
11. Se sigue también el conocimiento universal acumulado de que las personas no pasan directamente de ser consumidores esporádicos de drogas a ser consumidores abusivos, dado que el problema de la drogodependencia constituye un proceso complejo y paulatino en el cual influye una serie de variables que constituyen factores de riesgo y prevención en la drogadicción.
12. Se visualiza al período juvenil como un grupo etéreo altamente vulnerable a los efectos de la droga dadas las características psicosociales que posee. Principalmente por el reconocimiento de que corresponde a una etapa donde la personalidad de los sujetos aún no se encuentra bien integrada, lo que implica en gran medida una identidad en proceso, en especial en la etapa primera de adolescencia.
13. Se asume, en las investigaciones y estudios analizados, el conocimiento existente de la existencia de un conjunto amplio y complejo de factores protectores y de riesgo frente a un posible consumo de drogas. Dentro de estos factores, el entorno social del joven constituirá una variable central, lo que exige hacer diferencias entre distintas realidades juveniles. En este sentido, junto a jóvenes que cuentan con una adecuada red de apoyo, existen también otros que están en una situación totalmente desprotegida

ya que están inmersos en situaciones de riesgo *personal* (las características personales del individuo), *relacional* (la interacción con la familia, amigos y colegio) y *social* (el entorno social más próximo). Se acepta, además, que los factores de riesgo no son estrictamente las causales del consumo de drogas, sino que constituyen sólo variables predictivas.

D. Opciones teóricas para la comprensión del uso/abuso de drogas:

14. Una importante cantidad de estudios e investigaciones consideradas, no explicitan un marco teórico desde el cual se acercan a recoger los datos y posteriormente analizarlos (ello al margen de si se les puede ubicar en algunas de las posiciones o modelos antes identificados). Esta situación se ve tanto en estudios que optan por metodologías cualitativas como en aquellos de preferencia cuantitativa, siendo, en ambos casos, el trabajo principalmente descriptivo.
15. En las investigaciones y estudios con marco teórico, prima el uso de la Teoría de las Representaciones Sociales. Las representaciones sociales se refieren a las imágenes y los modelos explicativos que un determinado grupo social posee respecto de algún fenómeno o contenido de su realidad. Estas formas de pensamiento son verdaderas teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de la realidad cotidiana, con la suficiente precisión para poder desenvolverse en ella sin mayores dificultades. En este sentido, constituyen una herramienta conceptual que permite describir, comprender y explicar las relaciones que se establecen entre los contenidos mentales y materiales de la vida social, posibilitando establecer un nexo entre el individuo, la cultura y la historia, es decir, entre la subjetividad y la vida social de los seres humanos. Constituyen, en síntesis, modalidades de pensamiento práctico, orientadas a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. La representación social constituye una forma de conocimiento socialmente compartido y construido, que, junto con intentar comprender y explicar los fenómenos de la vida cotidiana, contiene una dimensión pragmática o funcional, no sólo en términos de comportamiento, sino además de transformación del entorno en que dichas con-

ductas tienen lugar. Permite a un individuo o grupo tomar una posición frente a distintas situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que le conciernen, y orientar su acción de acuerdo a dicha posición.

16. En los estudios e investigaciones que adoptan la teoría de las representaciones, estas son vistas como conjuntos dinámicos cuya característica es producir comportamientos y relaciones con el medio, modificando tanto al medio como al sujeto de la representación. La característica "social" de las representaciones no sólo alude a su origen grupal o a que estén referidas a objetos colectivos, sino a que constituyen, ellas mismas, una realidad social. Las Representaciones Sociales son propias de una determinada cultura, subcultura o grupo social, encarnando las tramas de significados que el ser humano va construyendo. En este sentido, las representaciones sociales son construcciones socioculturales, que intervienen en la vida social como estructuras que sirven como marco de interpretación; y al mismo intervienen en la elaboración o conformación del objeto mismo que representan. Esto permite comprender las representaciones sociales como construcción de realidad. De esta forma, las representaciones sociales constituyen una construcción activa y dinámica del objeto representado; el sujeto de la representación se transforma así tanto en el autor como en el actor de su propia construcción.
17. Toda representación es una representación de algo. Siempre hace referencia a un objeto y a un significado otorgado por el sujeto, pero donde lo fundamental no son las características de los objetos reales percibidos, sino los conceptos construidos, utilizando elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por el grupo social de referencia y las normas implícitas y explícitas de la sociedad en que se está inserto. En este sentido, las representaciones sociales constituyen, una construcción activa más que la reproducción pasiva del objeto representado. De aquí que las Representaciones Sociales permitan a las personas comprender o explicarse aspectos de su vida cotidiana, incidiendo asimismo en sus actitudes y conductas frente a problemáticas específicas, en este caso: las drogas y el consumo de drogas. Las redes de significados implicadas en las Representaciones Sociales acerca de las drogas, por lo tanto, incluirán elementos relacionados con las atribuciones causales del fenómeno del consumo, con las características específicas de éste y con sus efectos.

E. Opciones metodológicas utilizadas en estudios de uso/abuso de drogas:

18. El análisis de los diferentes estudios considerados, deja ver que hay una predominancia de la producción investigativa de corte empírico-analítico sobre el enfoque interpretativo, lo cual se puede evidenciar en las publicaciones existentes. Excepcionalmente hay algún informe que combina técnicas de ambos enfoques.
19. Metodológicamente, los estudios expresan gran variedad de opciones y decisiones, pero esto no puede engañar al lector, ya que sus autores designan indistintamente los diseños, según como creen que se deben denominar. Una práctica común es no hacer referencia a fuentes bibliográficas autorizadas, en el momento de respaldar la toma de decisiones de este carácter y denominar de manera convencional los diseños.
20. Las investigaciones analizadas evidencian que, con relación al fenómeno uso/abuso de drogas, se indaga principalmente por factores o causas, conductas de consumo, creencias o conocimientos, motivaciones, contextos, relaciones y subjetividad.
21. No obstante lo recién señalado, hay que reconocer una discrepancia muchas veces presente entre los objetivos enunciados y el trabajo realizado. Un significativo número de trabajos, por ejemplo, se presentan en sus objetivos como de relación causal, pero no responden a tales expectativas; es decir, no son estudios explicativos como se indica al no establecer suficientemente relaciones entre variables como para avanzar en las explicaciones que el fenómeno requiere.
22. En aquellos países donde el Estado financia estudios, se privilegia la perspectiva de corte empírico-analítico (encuestas nacionales), sobre el enfoque interpretativo.
23. Los estudios cuantitativos tienden a concentrarse sobre dos modelos básicos: la epidemiología y los casos y controles. En este marco se ubican junto a las encuestas nacionales, investigaciones orientadas a la descripción clínica del consumidor y a la identificación de las variables relacionadas significativamente con la situación de consumidor. Estas últimas estudiadas básicamente bajo modelos multifactoriales.
24. En los trabajos de base cuantitativa, priman como se indicó los de carácter descriptivos y sin marco teórico, donde la informa-

ción se orienta a evaluar y describir las tendencias del consumo desde la perspectiva temporal y hacer de los datos comparativos en el tiempo, a lo que se agrega, información respecto percepciones, motivaciones y factores asociados a la ingesta de drogas. El concepto ordenador de estos estudios es el de prevalencia de consumo de último año (aquellos que declaran haber consumido al menos una vez la droga señalada en los últimos doce meses), que corresponde al indicador más utilizado a nivel internacional y que permite medir de mejor manera la magnitud del consumo a través de los distintos años. Se agregan a las anteriores, algunas investigaciones orientadas a la descripción clínica del consumidor joven y a la identificación de las variables relacionadas significativamente con la situación de consumidor. Éstas han sido estudiadas básicamente bajo modelos multifactoriales y probabilísticos, lográndose identificar factores de riesgo y factores de protección.

25. Los estudios que ingresan a la temática de los factores de protección y riesgo, demuestran que aspectos tales como la familia y los amigos poseen una doble contingencia, poseen un papel dual, ya que en algunos casos se constituye como factor de riesgo y en otros en factor protector en relación con el consumo de drogas según cómo se experimenten.
26. Se reconoce una alta importancia al medio social como factor de aumento o disminución de la vulnerabilidad, pero se reconoce también que, dentro de igual medio, hay diferencias amplias de consumo.
27. Se tiende a considerar en los estudios empíricos-analíticos que el “consumo” de psicoactivos o drogas es un efecto directo de distintos factores, siendo los de carácter psicológico e individual los de mayor relevancia; sólo algunos estudios se interrogan y/o reconocen que pueden existir factores socioculturales o familiares generadores de conductas de uso, consumo o adicción a las drogas. Al analizar la relación causal desde la perspectiva de los estudios que indagan por los efectos o consecuencias del uso de drogas, se visualiza la preocupación por los daños personales y sociales del consumo.
28. Hay una tendencia a destacar, principalmente en los estudios cuantitativos nacionales, un aumento en el consumo de drogas de mayor adicción, que a su vez se asocian con delincuencia (principalmente en población joven cesante de sectores pobres), lo que

- ha traído consigo el aumento de acciones represivas frente a la juventud –muchas veces– si mayor discriminación.
29. Entre los estudios de metodología cualitativa, la tendencia es a ingresar en las experiencias subjetivas, a fin de comprender el fenómeno desde la perspectiva de los actores y desde las situaciones que provocan la concurrencia de éstos a situaciones de consumo; pero como se ha indicado, un número considerable de trabajos son más descriptivo que interpretativo. No constituyen una producción de conocimiento comprensivo.
 30. En los estudios que hacen referencia a realidades gregarias, se puede hacer lectura de ciertos elementos comunes, como es por ejemplo que tanto el grupo como su relación de consumo desempeña un papel de construcción de identidad (en los grupos de jóvenes se convierte en un espacio que permite la diferenciación del llamado “mundo adulto”). El grupo se constituye en un espacio en el cual no simplemente se consume, sino en donde se construyen significados que cohesionan a los participantes, con los que se sienten compartiendo un estilo de vida propio y diferente de los otros.
 31. Dentro de las investigaciones cualitativas, la aprehensión de los diversos artefactos culturales, característicos de los distintos grupos o subgrupos sociales, se hace –prácticamente en todos los estudios– a través de los discursos de los sujetos. Los contenidos lingüísticos más utilizados y, específicamente, sus percepciones e imágenes y sus descripciones de conductas.
 32. Por lo general, se realiza una clara diferenciación entre el discurso que agrupa lo que se dice social y culturalmente sobre la droga (la voz oficial) y sobre los consumidores de droga y el discurso, de quienes hacen uso/abuso de la droga. Entre ambos discursos, hay muchos puntos de contactos, más aún en sociedades donde la matriz social es de fuerte condena al consumo. Los jóvenes traen instalado un discurso que busca prevenir prohibiendo y que pone la opción en términos de bien/mal. En tal dicotomía, la tensión queda entre optar por el buen o el mal camino.
 33. Respecto a las técnicas de recolección de datos de los discursos, prima la entrevista, pero varía desde la entrevista individual al grupo de discusión. En este último caso, se utiliza como espacio para la producción de un discurso del grupo y la reproducción del discurso social que lo contiene. No obstante las diferencias, en ambos casos, la idea central es volver al sujeto.

34. Desde los discursos recogidos, se utilizan diferentes procedimientos para su análisis, estando presente en más de un caso los procedimientos de la “grounded theory” (teoría con fundamento empírico) de Glasser y Strauss. Metodología que es definida por sus autores como un método inductivo para el desarrollo de modelos teóricos, cuyos procedimientos han sido diseñados para desarrollar un conjunto de conceptos bien integrado que provea una explicación teórica detallada y precisa de los fenómenos sociales que se están estudiando. Por estar orientada al descubrimiento y a la construcción de modelos a partir de lo descubierto, esta metodología resulta muy idónea para la investigación de las Representaciones Sociales. Los procedimientos de la “grounded theory” incluyen pasos y reglas claramente estipulados, referidos a la selección de la muestra, a la recolección de datos y al análisis de los mismos. La regla más general del método se refiere a que la selección de la muestra, la recolección de datos y su análisis deberán ser implementados paralelamente, es decir, no habrán de constituir fases separadas sino integradas e interrelacionadas.
35. El uso de drogas diferentes, implica discursos diferentes. No todo consumo es idéntico, las significaciones asociadas a los diversos tipos de sustancias varían de acuerdo al tipo de identidad juvenil que le es concomitante. No es lo mismo ser consumidor de marihuana que de pasta base de cocaína. A cada una de estas drogas le corresponden determinadas representaciones sociales que se han ido construyendo progresiva e históricamente, a la par de su práctica clandestina. La práctica de la droga, en consecuencia, es una práctica diversa, movidiza. Tiene estrategia y lenguaje y, por tanto, expresión, aunque también silencios.
36. Dentro de las drogas o estimulantes psicotrópicos de uso mayor, hay dos de ellas, algo común en la mayoría de los países, que se consumen sin grandes restricciones sociales, es un consumo no penalizado sobre el cual la sociedad informa y educa sobre su riesgo, pero las personas lo pueden asumir, sin que ello le signifique un castigo. En este campo se ubica el consumo de alcohol y el de cigarro de tabaco, ambos altamente difundidos en la población juvenil. Junto a estas, hay otras dos, que son condenadas socialmente, que poseen menor presencia, pero que son parte de la escena habitual de consumo, la marihuana y la pasta base, esta última que constituye un derivado de la cocaína está asociada a

los sectores más pobres ya que es de un costo mucho menor a la cocaína. Por último, hay un quinto consumo, más emergente mayormente asociado a población más escolarizada y de estratos medios y altos, el consumo de éxtasis.

F. Exigencias teóricas y metodológicas para avanzar, desde lo acumulado:

37. Como en todo proceso de construcción de un Estado del Arte, en lo inmediato, éste representa la posibilidad de identificar las exigencias teóricas y metodológicas que permitirían seguir avanzando en la materia.
38. Las investigaciones y estudios revisadas, en su mayoría no presentan un marco teórico inicial, ni tampoco un marco referencial que les permita un trabajo interpretativo. En el caso de las investigaciones o estudios que hacen uso de un cuerpo teórico, acogen principalmente la teoría de las representaciones sociales (introducida por Moscovici en 1961), la que da cuenta del proceso de construcción de las representaciones asociadas en este caso al consumo de drogas; pero no enmarcan dicha construcción en el proceso mayor de cambio cultural que hoy se vive y que afecta particularmente al mundo de los jóvenes. Los cuales se definen en el presente, por su capacidad de distanciarse y ejercer su reflexibilidad con relación a sus roles sociales y a su mundo vivido, es decir, desarrollan capacidad de gestionarse a sí mismo, comprometiendo su acción contra lo que se oponga a su autonomía.
39. En lo metodológico, los estudios revisados, por lo general poseen una sola etapa de recolección de datos, no poseen –en otras palabras– más que una única entrada al campo. Presentan además, ausencia de trabajos combinados cuantitativos / cualitativos. No hay presentación por lo general de los mecanismos de control de rigor utilizados (tales como triangulación o validación de interpretaciones). En el caso de estudios mixtos, además, debe pensarse y discutirse acerca de cómo pueden implementarse de tal manera que el empleo de unas técnicas no se subsuma tan tímidamente en otras, que incluso, en algunas ocasiones, pasan inadvertidas.
40. Se debe reconocer que dentro de los estudios más cualitativos, faltan más estrategias que involucren al investigador en diferentes y variados contextos, como la combinación de metodologías

participativas con las de historias de vida y la selección de casos (individuales, grupales y contextuales). Por tanto, una adecuada exploración de actores, escenarios, eventos y momentos, así como la selección de diferentes poblaciones, haría más rico el conocimiento del fenómeno.

41. Resulta necesario ampliar el abordaje investigativo del tema, trabajando en una perspectiva más interdisciplinaria. El abordaje investigativo del tema pocas veces es de carácter interdisciplinario. Tiende a ser social (psicólogos, sociólogos o antropólogos) o de salud, pero sin equipos integrados.
42. La falta de trabajo interdisciplinario es incluso dentro de una misma área disciplinar. En las explicaciones de cientistas sociales sobre consumo de drogas, en algunos casos priman los factores de carácter psicológico e individual, mientras que en otros, se relevan factores socioculturales o familiares. Hay poco diálogo entre psicólogos, sociólogos y antropólogos, por ejemplo.
43. Se hace cada vez más necesario ver al sujeto más allá de la perspectiva clínica o como un ser vulnerable y como peligro social. En este sentido es fundamental tener en cuenta la subjetividad (entiéndase su significación), la dimensión colectiva y la capacidad de resiliencia, al momento de abordar y conceptualizar al sujeto. Conceptos como adicto, dependiente, vicioso, hedonista, vulnerable etc. tienen connotaciones clínicas o morales.
44. También en relación con sujeto, no sólo es interesante el abordaje de los que consumen sustancias psicoactivas: también se deben tener en cuenta los sujetos no consumidores para mirar las diferencias y similitudes entre unos y otros.
45. Dado que la mayoría de los estudios se realizan en contextos urbanos, y además en grandes urbes, se hace absolutamente necesario abrirse hacia los pequeños pueblos y el mundo rural. Los estudios tienden a concentrarse en población joven marginal y en mayor medida en el consumo de drogas ilícitas.
46. Hay una tendencia, además, a concentrar estos estudios en población joven consumidora institucionalizada (que está en procesos de rehabilitación). Faltan estudios en poblaciones que se observa cotidianamente que hay consumo de drogas, tales centros penitenciarios, habitantes de la calle... como también, en el otro extremo, como es el consumo en los estratos socio-económicos altos y grupos profesionales.



El presente “Estado del Arte” se inscribe en el marco del proyecto titulado *Universidad y Uso/Abuso de drogas. Estudios locales (2004-2007)*, promovido y coordinado por el Centro Coordinador de la Investigación de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC), en cuya redacción han colaborado cinco universidades latinoamericanas participantes en la investigación. Constituye una publicación que reúne, de manera sistemática, parte de la literatura más reciente y significativa existente sobre la problemática en los países correspondientes. Esta obra pretende, proporcionar elementos del conocimiento que permitan a los actores del sistema, poner en funcionamiento estrategias de intervención adaptadas a su realidad. Los resultados científicos alcanzados al término de los tres años de duración del proyecto serán objeto de una publicación posterior.