

III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 1998.

Aproximación Antropológica a los Consumos Adictivos.

Sonia Romero Gorsky.

Cita:

Sonia Romero Gorsky. (1998). *Aproximación Antropológica a los Consumos Adictivos. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/16>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbr/afc>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Aproximación Antropológica a los Consumos Adictivos

Sonnia Romero Gorsky*

La Antropología en el campo de la salud: ¿Un lugar para la especialización?

En las dos últimas décadas, y acompañando el movimiento "de retorno" de la antropología al mundo occidental e industrializado, ha crecido el interés (y la demanda) de lecturas culturales de todo lo referente al área de la salud. La complejización y segmentación de la producción antropológica en esta temática responde, a nuestro entender, a ese interés y a la propia amplitud del campo que se abrió a la investigación, a las exigencias de comprensión teórica de la complejidad subyacente a los hechos de la salud/la enfermedad en las sociedades de clases, industrializadas, demográficamente densas, multiétnicas e intercomunicadas por tecnologías y consumos.

En un plano general y planetario, la antropología ha demostrado que las condiciones socio-económicas no monopolizan el sentido de la vida social e individual. Ni siquiera la salud física y mental puede ser abarcable o previsible desde un único ángulo (léase biomedicina). Consecuentemente los aportes antropológicos referidos a la salud/la enfermedad han debido componerse en forma dinámica, cada vez más de acuerdo al contexto histórico, respondiendo a las exigencias de comprensión general y de estudios particulares.

Lo más destacable a los efectos de esta presentación, porque circunscribe el marco en el que trabajamos, es señalar que para nosotros el interés antropológico aplicado al campo de la salud (tomando campo en sentido "bourdiano") no puede auto-limitarse desde denominaciones y definiciones inflexibles. Más bien concordamos en que: "Si la antropología como ciencia social del presente debe seguir trabajando, tal vez sólo pueda hacerlo profundizando una doble complejidad:

la complejidad que corresponde a la acumulación de conocimientos, de experiencias y de revisiones- la complejidad de su propia historia- y la complejidad del objeto, del cual los cambios más o menos acelerados de la historia pueden parecer una expresión y un componente". (M. Augé, 1995: 75)

Agregaríamos que la antropología presenta un interés teórico adicional, como lugar desde el cual asumir compromisos con la sociedad. La situación de la salud individual y colectiva -en América Latina en particular - convoca a una "militancia" de la antropología, no en estatuto de dependencia frente a ninguna disciplina, tampoco de la medicina.

Vale la pena la aclaración porque según relata N. Scheper-Hughes, el Dr. Kleinman habría dicho que la medicina, que ocupa el lugar del rey en las ciencias, encuentra en la antropología su consorte ideal, (Scheper-Hughes, 1990). Esa imagen y la distribución de roles según géneros es evocativa de las diferentes fuerzas que atraviesan a las ciencias en el campo de la salud.

En ese sentido trabajamos por la autonomía epistémica de la mirada antropológica, de sus objetos intelectuales y de su capacidad de observación, análisis e interpretación y, ¿por qué no?, también en su potencialidad de intervención.

Si bien consideramos imprescindible la revisión y enriquecimiento permanente de los marcos teóricos (y en este sentido es fundamental la producción y discusión "dentro de escuelas") en otro plano más inmediato no parece apropiado encerrarse en debates intramuros.

Quizás sea el momento de desplegar estrategias más "agresivas" para hacer valer los resultados de estudios etnográficos y cualitativos, legitimar el discurso de nuestra disciplina, dentro de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud, pero también en ámbitos extra-académicos. Para completar nuestra posición, tomamos una cita (en traducción libre) de Roy Rappaport " ...debemos ser modestos y la modestia

*Doctora en Antropología, Sorbonne, Francia. Directora del departamento de Antropología. Universidad de Montevideo, Uruguay.

debe generar precaución y rigor. Pero no deberíamos, menos que cualquiera, permanecer fuera de la arena pública (...) tampoco deberíamos olvidar que las aproximaciones públicas a los problemas públicos están actualmente informadas por visiones del mundo, de sus dolencias y modos de curarlas, provistas por otras disciplinas no mejor fundadas que la nuestra propia, y considerablemente menos humanas". (R. Rappaport, 1993)

Algo que decir sobre el

consumo adictivo de drogas

Precisamente el consumo adictivo de sustancias y su tratamiento resulta un tópico adecuado para ser pensado desde las posiciones explicitadas. En ese sentido interesa señalar que calificado como patología, el consumo adictivo ha sido asumido hegemónicamente por ramas de la medicina, en particular la psiquiatría y la epidemiología, sin profundizar (hasta el momento) en la potencialidad que puedan ofrecer abordajes antropológicos en términos de elucidación de aspectos culturales y comportamentales contextualizados. Estos aspectos permanecen en general opacos y mudos, tanto en abordajes biomédicos como socio-cuantitativos. (Digamos rápidamente que no estamos pensando en abordajes excluyentes, sino convergentes.)

Sin embargo debemos reconocer que cuando nos referimos al fenómeno del consumo adictivo de drogas (en sentido amplio) los antropólogos también encontramos dificultades para delimitar y clasificar el objeto. Esto dificulta también la adscripción disciplinaria para su tratamiento. ¿A quién le compete hablar sobre esto?, ¿a las instituciones?, ¿a los actores sociales?, ¿a la comunidad científica?, ¿a cuales disciplinas?

La pregunta fue más o menos planteada así en el último ICAES (International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences) en USA en agosto de 1998, en una comisión que trabajaba sobre la interfase antropología y salud. Se discutió sobre la naturaleza del problema: ¿el consumo de drogas- y sus secuelas- pertenecen al área de la salud, y en ese caso a las ciencias médicas y a la antropología médica propiamente dicha?, o ¿pertenecen al área de lo socio-cultural y entonces a las ciencias sociales y más precisamente a la antropología social?

No hubo conclusiones reales o convincentes al respecto, más bien se consensuó en la complejidad del objeto, tomando en cuenta la dificultad de establecer fronteras en un tema que va desde las reacciones

químicas del cuerpo frente a determinadas sustancias, a la subjetividad individual, a la complejidad social, a las determinantes políticas y económicas. La recursividad de las causalidades y de los argumentos nos llevan casi al absurdo de una popular aseveración mexicana que cuando no se puede delimitar algo nos dice "no es ni lo uno ni lo otro, sino todo lo contrario". Antes de comentar datos de estudios epidemiológicos sobre prevalencia del consumo de drogas en Uruguay y de argumentar en pro de otras opciones teórico-metodológicas, me referiré a un marco general y actualizado para las adicciones así como me permiten visualizarlo mis referencias antropológicas.

Marco contemporáneo

para las adicciones

En el mundo contemporáneo altamente urbanizado y en gran parte desacralizado, es decir, donde el principio conductor de la vida social es la racionalidad, -y no una tradición ancestral o una religión- aplicada a la vida individual y colectiva, cambiaron los usos y la valoración social de lo que llamaríamos drogas.

Al haberse incrementado la autonomización de los sujetos en economías de mercado, se desdibujaron las reglas que restringían usos y costumbres. Como sabemos, en las sociedades de la tradición (primitivas y tradicionales) el manejo del tabaco, alcohol y drogas estaba restringido a los titulares de funciones rituales y curativas. Dichas sustancias consumidas entonces en el marco de la excepcionalidad, como parte de prerrogativas de funciones de prestigio, tenían alto valor social. A medida que aumentó y se "banalizó" el consumo, decreció el prestigio. Hoy se atribuye a las drogas un valor social negativo.

En términos socio-históricos podemos decir entonces que es muy reciente la amplificación de la producción y consumo. El cambio responde a múltiples factores económicos, sociales, culturales...inabarcables en esta aproximación, pero que nos autorizan a decir que en la sociedad contemporánea los individuos se enfrentan a nuevos sistemas de consumo, de relaciones sociales y de relacionamiento con el propio cuerpo.

En una investigación etnográfica en los barrios carenciados de la ciudad de Chicago se midió la paradoja económica del problema, "...al llegar a una clientela masiva, el tráfico se convirtió en una verdadera industria que maneja un volumen de negocios calculado en centenares de millones de dólares por año; provisto de una elaborada división del trabajo, constituye hoy la principal fuente de empleo accesible a los jóvenes (del gueto) rechazados por la

escuela y la economía legal. (...) la expansión espectacular del narcotráfico no es más que el síntoma más visible de una especie de tercermundización de la economía del gueto." (L.Wacquant: 129, 1993).

En general se mantiene en todos los países la tendencia de localización principalmente urbana de las conductas adictivas. Al respecto hay que recordar que en las ciudades se registran expresiones de desestabilización individual y colectiva. Así lo señalan estudios coincidentes para ciudades de complejidad creciente en todo el mundo (ver al respecto trabajos y conclusiones de la conferencia mundial Habitat II en Istambul, 1995).

Los jóvenes tienen particular protagonismo en nuevos comportamientos grupales en los territorios urbanos, así para Colombia se dice que "...los jóvenes de los sectores populares parecieron participar en la confrontación como una forma de autoinmolación. Ya no estamos esencialmente frente a una violencia de clase, ni siquiera de retaliación social, es una violencia que Lipovetsky llama dura (hard), sin substancia, en la que los jóvenes destruyen su propio entorno, su propia generación y los referentes de la identidad perdida." (Se refiere básicamente a los jóvenes relacionados de alguna manera con el conflicto violento, organizados en pandillas).

Sin llegar a estos comportamientos masivos y extremos, en Uruguay se registran igualmente fenómenos como las migraciones campo-ciudad, migraciones estacionarias e internacionales, la nomadización de sectores de bajos ingresos hacia y dentro de las ciudades... Estas son algunas de las causas que desestabilizan los modelos relacionales, afectan las relaciones de parentesco, de amistad y/o vecindad, así como también discontinúan la transmisión de elementos culturales que circulan a través de relaciones.

En los marcos urbanos se plantea con real gravedad el problema de la pertenencia, de la identidad; como sabemos la "situación de anomia" es incompatible con el desarrollo armónico de la vida de las personas, favorece las descompensaciones físicas y mentales.

Los índices crecientes de consumo de fármacos, de drogas, así como la aparición significativa de desarreglos como la bulimia y la anorexia nos alertan sobre los conflictos que atrapan a los sujetos en espirales "patógenas".

En este sentido consideramos que se está planteando una contradicción entre las tendencias macro-sociales (cada vez más mediatizadas, globalizantes) y los deseos y necesidades de los individuos (siempre inmediatos y puntuales).

El propio principio relacional de la condición humana (las necesidades biológicas y afectivas de la criatura humana siempre lo mantienen en dependencia con respecto al otro/los otros) no siempre encuentra marco para su resolución en la desagregación social, en la transformación de la familia y del espacio privado o en la indefensión económica. La soledad del sujeto en las sociedades contemporáneas puede leerse en muchos indicadores, entre ellos, en la expansión de los consumos adictivos.

La poderosa organización de la comercialización ilegal y la difusión de la moda del uso de diferentes sustancias psicotrópicas tiene características difusionistas y acompaña los procesos culturales de la mundialización.

Aproximación a consumos adictivos en Uruguay

La onda expansiva de consumos adictivos también ha alcanzado a este país del subcontinente. Agroexportador pero comprometido en el proceso de integración económica regional en el Mercosur, el Uruguay tiene características socio-económicas que lo conectan a la vez a la tendencia mundial a la urbanización y al modelo euro-americano que produce una "democratización en los gustos, en los consumos metropolitanos" (Chambers, 1995).

Por su alto índice de alfabetización (97%), de urbanización (91%), así como por un bajo crecimiento demográfico con tan sólo un 25% de jóvenes menores de 15 años y un 12,8% de mayores de 65 años, (Censo 1996), el Uruguay se parece a países europeos como Bélgica. Caracteriza también al país la particularidad de concentrar en la capital, Montevideo, a casi la mitad de la población.

Aunque en esta sociedad se mantengan ciertas formas tradicionales de relacionamiento, reconociendo redes parentales, de vecindad, político-partidarias (entre otras), hay signos de cambios en los comportamientos individuales y colectivos, con una clara tendencia a la homologación dentro de modelos urbanos contemporáneos y globalizados.

Los hábitos de consumo de alcohol y drogas están comprendidos dentro de dichos cambios, constituyen un indicador más a ponderar cuando se analizan hechos sociales que inciden en el plano de la salud individual y colectiva.

El patrón de iniciación al uso de drogas ilegales es semejante al del tabaco y el alcohol, primando el consumo social (en compañía de otros) por sobre un consumo solitario. En el caso de Uruguay se presenta

una particularidad en los consumos adictivos pues el hábito de tomar mate, culturalmente arraigado en todos los sectores sociales, sin diferencia de sexos y cada vez más adoptado por los jóvenes, compone una base natural y tradicional para nuevas adicciones.

De hecho el mate es una sustancia que produce dependencia y que sobre todo provee un modelo cultural de uso social y compartido: se toma como infusión caliente en la propia calabaza de la planta de yerba mate y se succiona la bebida por una bombilla metálica. Se sirve cada vez una medida de agua, pero todos los que estén "en la rueda del mate" toman con la misma bombilla.

Esta modalidad contradice en parte principios de higiene que rigen para otro tipo de bebidas y/o alimentos: no se come con los cubiertos de los demás, no se toma del vaso de otra persona... pero sí se usa la misma bombilla entre varias personas. No habría que descartar este aspecto en evaluaciones culturalmente contextualizadas de hábitos de consumo en sentido amplio.

Es importante también recordar que tanto el tabaco como el alcohol están tradicionalmente admitidos y regulados por la costumbre: hay reglas que definen edades, lugares y hasta el sexo que tiene o no mayor libertad de acceso. En Uruguay el modelo cultural vigente habilita más a los varones y más tempranamente, a fumar y consumir bebidas alcohólicas así como a frecuentar lugares públicos.

Pero el modelo cultural está cambiando y los hábitos de hombres y mujeres tienden a uniformizarse, acompañando el reconocimiento de la igualdad de derechos para ambos sexos y el acceso masivo de las mujeres al mercado de trabajo. Aunque aún son los varones los que presentan índices más altos de consumo de alcohol (y de droga), es de suponer que progresivamente las mujeres vayan aumentando su participación en el consumo de drogas. Ya son grandes fumadoras y consumidoras de medicamentos y tranquilizantes. (P. Bustelo, Montevideo, 1997)

Con estos referentes podemos considerar que el consumo de sustancias tóxicas ilegales es un comportamiento socialmente adquirido y se relaciona con el consumo (y dependencia) de otras sustancias tóxicas pero legales.

En cuanto a las drogas ilegales, por ahora se explicita la prohibición de las mismas sin ofrecer oficialmente normas de higiene y/o prevención. Son los mismos consumidores los que establecen reglas de uso, códigos de reconocimiento y desde este punto de vista puede decirse que conforman núcleos de subculturas, desarrollan estrategias de vida, lenguaje para

comunicarse y reglas de pertenencia. Los gestos, un tipo de vestimenta y tatuajes son algunos de los distintivos que pueden observarse, a condición de estar prevenido sobre su significación.

"...trataba de impresionar con la manera de caminar, movimientos con las manos, caminar y salivar a los costados, así...quería tener una mala imagen..."

"...algún día me voy a aburrir de los tatuajes, pero me gustaban ahí..."

"...me compraba ropa ancha, me tapaba, me perseguía mucho en la manera de vestirme".

Formas de investigar

sobre consumos adictivos

A los efectos de avanzar en la comprensión, descripción y explicación motivacional del fenómeno de los consumos adictivos, consideramos indispensable contrastar los datos que se producen en estudios y seguimientos de tipo epidemiológico con aproximaciones de tipo cualitativo.

En particular destacamos el interés del abordaje etnográfico, antropológico que sobre la base de observaciones contextualizadas, de entrevistas en profundidad, de la elaboración de cuestionarios temáticos autoadministrados y de la realización de grupos focales, puede aportar elementos inéditos sobre los universos ya conocidos en términos cuantitativos.

Estamos proponiendo realizar estudios de este tipo en instituciones públicas, privadas, ONG's donde se reciban pacientes en régimen de internación, tanto derivados por el sistema de mutual de prepago, pacientes privados o derivados por los servicios de asistencia pública del Ministerio de Salud Pública.

En Montevideo existen ya varios centros de atención y tratamiento que funcionan como verdaderas comunidades terapéuticas donde se tratan un número determinado de pacientes (20 o 30 según la capacidad de cada institución), con asistencia psiquiátrica, psicológica, y con aplicación de diversas técnicas terapéuticas a nivel individual y grupal. La admisión de varones y mujeres así como la amplitud del espectro etario (de 14 años en adelante), permite abarcar diferentes composiciones de género y de grupos etarios.

En dichos centros existe entonces una "población cautiva" que nos puede dar elementos estratégicos para establecer perfiles y tipologías, así como para componer modelos cualitativamente esclarecedores sobre el fenómeno del consumo adictivo.

Estudios sobre consumos adictivos

El estudio del fenómeno de los consumos adictivos ha sido hasta el momento hegemonizado por el enfoque epidemiológico (es decir medicalizado), priorizando los aspectos descriptivos, cuantificadores. Así por ejemplo el organismo oficial, la Junta Nacional de Drogas, ha promovido diferentes estudios en la capital e interior del país, siendo muy incipiente la diversificación metodológica y disciplinaria en los abordajes.

De todas maneras los datos que aportan los estudios de vigilancia epidemiológica permiten desde ya visualizar la amplitud de la problemática, el tipo de actores y de factores que condicionan estructuralmente su historia de adicciones.

A modo de ilustración, tomemos la información de un estudio de vigilancia epidemiológica (Junta Nacional de Drogas, Programa de Evaluación del Uso de Drogas Ilícitas, 1995, 1997), en la policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel, MSP, Montevideo.

Fuente de los Datos: Documento de la Junta Nacional de Drogas, OPP/FAS/BID/PNUD, Montevideo, 1995, 1997.

En este estudio queda demostrado que:

1) los usuarios de drogas se reparten en forma desigual según sexos y según edades;

* 76%—Varones

* 24%—Mujeres

2) la prevalencia se produce con más intensidad en el grupo de los más jóvenes (hasta 25 años);

* 10 a 14 —3%

* 15 a 19 —46%

* 20 a 24 —25%

* 25 a 29 —12%

* 30 o más —14%

3) que hay además un consumo regular de otras sustancias;

* 85% son también fumadores,

* 57% toman alcohol.

4) que la familia tiene relativamente baja incidencia en la iniciativa de la consulta;

* 22% — Iniciativa familiar

* 27% — Espontánea

* 17% — Pase del médico

* 14% — Derivación del juez

* 10% — Derivación policial

* 7% — Derivado de emergencia

* 6% — Iniciativa de amigos

* 3% — Otros

La baja representación del interés y/o incidencia familiar, superada por la del propio interesado junto con sus amigos (27%) y prácticamente sustituida por la intervención de las instituciones parece indicar ciertas particularidades de tipo socio-cultural en el entorno de cada paciente; el hecho resulta más llamativo si consideramos que son precisamente los más jóvenes los más representados en este grupo de pacientes: 74% entre 10 y 24 años.

Otro tipo de datos relevado en el estudio, como el estado civil de los pacientes (78% solteros, 4% casados, 10% en unión libre, 8% divorciados) no aporta explicaciones satisfactorias para lo que consideramos un reflejo de bajo monitoreo familiar en una población de jóvenes consumidores. ¿Qué relación tiene este dato con la situación real de la familia, con los roles parentales, con la crisis del modelo relacional intergeneracional, con la frecuencia de hogares monoparentales, con la figura de padres sustitutos...etc.?

Consideramos que podríamos buscar respuestas a este tipo de preguntas acercándonos al objeto "consumidores-adictos" o "consumos-adictivos" desde otros lugares epistemológicos y metodológicos.

En este sentido consideramos una referencia difícil de igualar los trabajos de Philippe Bourgois en Harlem y Loïc Wacquant en barrios marginales de Chicago (La misère du monde, 1993), en los que con una gran exigencia de trabajo de campo, con técnicas puramente etnográficas, logran reconstruir tanto los mundos socio-afectivos de los adictos, como las reglas de juego del mercado, como las determinantes estructurales en las que se atrapan las historias individuales.

En la escena nacional consideramos que falta profundizar en muchos elementos del mundo social y cultural de los consumidores. Ello nos permitiría avanzar en la interpretación del fenómeno y tal vez en su tratamiento.

En consecuencia planteamos la urgencia de la participación multidisciplinaria, la importancia de integrar diversos abordajes metodológicos. Con ese objetivo y con ese espíritu integrador de visiones y de conocimientos, terminamos exponiendo algunas claves antropológicas que estarían enmarcando el consumo de drogas en Uruguay y que consideramos deberían contemplarse en supuesta profundización del tema.

El factor social

Partimos del principio que siempre el consumo de

sustancias psicotrópicas responde a necesidades psico-socio-culturales; a priori su consumo no satisface necesidades del organismo sino cuando ya está instalada la dependencia. Pero para llegar a ese momento es indispensable un período de aprendizaje del consumo.

Desde esa perspectiva, resulta indispensable profundizar sobre los diferentes agentes sociales que intervienen en ese aprendizaje, indagar sobre el origen y la resolución socio-cultural del consumo. En un contexto exploratorio, y a través de entrevistas semidirectivas a ex-usuarios de drogas, se pudo establecer claramente que cualquier tipo de consumo (cigarrillos, alcohol, pegamento, drogas, drogas químicas) siempre implica la existencia de otros, tanto en las motivaciones como en la instrumentación del consumo.

En términos de imaginario social hay que destacar también la importancia de las creencias sobre efectos positivos de ciertas sustancias: se consume para "sentirse mejor", para "sentirse más fuerte", para "sentir más satisfacción sexual", no sólo para "volarse la cabeza" y sobre todo para "ser como los demás".

Este último aspecto es a nuestro entender determinante en el grupo de los jóvenes, que al tratar de integrarse en grupos de pares tienen que estar dispuestos a plegarse a reglas de juego pre-existentes. Se trata a veces de acceder a grupos de pertenencia definidos por estilo de vida y formas específicas de consumo.

Así en sectores sociales diferentes, estructuralmente alejados, puede ser similar la escalada desde los cigarrillos, bebidas alcohólicas a sustancias alucinógenas y hasta diferentes tipos de drogas químicas.

El factor familiar

De acuerdo a los datos estadísticos disponibles los adultos tienen niveles significativos de consumos adictivos, tabaco, alcohol y fármacos, y en ese sentido resulta poco realista atribuir indiscriminadamente a los adultos, a la familia, un rol positivo en la transmisión de valores de auto-control.

La diferencia de comportamientos se observa sí en el tipo de sustancias que consumen. Mientras los jóvenes están más involucrados en el incremento del uso de drogas ilegales (marihuana, cocaína y otros), los adultos se atienen básicamente al uso del tabaco, alcohol y psicofármacos.

Un elemento a considerar es la imagen mediatizada de la familia, de la pareja, como consumidores exigentes, demandantes de todo tipo de artículos

incluyendo café, mate, tabaco, alcohol...La prensa, la radio, la televisión y la publicidad, publicitan esas sustancias a través de una exaltación de su función social, como productos que propician unión e identificación con familiares y amigos. Rostros felices de bebedores de diferentes marcas de licores, de fumadores, nos miran desde carteles que forman parte del paisaje urbano...

En cuanto al consumo de analgésicos, tranquilizantes y medicamentos anti-stress auto-medicados, se ha señalado en estudios confiables los altos valores de este tipo de hábito de consumo. En una muestra representativa de la población de Montevideo mayor de 15 años mostró que 21.1% usaba tranquilizantes, ansiolíticos, etcétera, y 40% reconoció haberlos usado alguna vez (P. Bustelo, 1993). Asimismo, y en estudios más recientes, se estableció con una muestra representativa para todo el país de 3.658 personas de 12 a 64 años, que 11.4% admitió usar ansiolíticos, hipnóticos o inductores del sueño (Encuesta de Prevalencia, INE, 1998).

Un aspecto importante a incluir entonces en toda evaluación profunda de cualquier grupo de pacientes y/o adictos, es el de los antecedentes familiares. Es muy posible encontrar recurrencia de padres alcohólicos, dependientes de tranquilizantes; la dependencia de los familiares es un factor más que favorece comportamientos inconcientemente adictivos, aunque paradójicamente la tendencia del sentido común sea colocar siempre las desviaciones del lado de los más jóvenes.

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

La frecuencia de modelos adictivos en la propia familia del adicto no estaría claramente determinada por sectores socio-económicos, sino por comportamientos de género: mayor frecuencia de alcoholismo entre los familiares de sexo masculino y mayor consumo de psicofármacos entre familiares del sexo femenino.

Familia y personalidad

Tomando en consideración el rol estructurante de la familia (independiente de cómo esté compuesta) parece necesario incluir en toda investigación cualitativa sobre el tema de las adicciones, una mirada sobre la familia de los pacientes y/o adictos. Es decir,

considerarlo fuera de ese marco sólo puede proporcionar una visión fragmentaria sobre el problema.

Para la personalidad receptiva y vulnerable del niño, del joven, son determinantes los roles desempeñados por los miembros adultos de su familia; su forma de ver las cosas impregnan en primer término su sensibilidad. Por sus actitudes y comportamiento en el primer período de la educación del niño, los padres establecen "sistemáticamente aunque inconscientemente en el sistema nervioso del niño la gramática elemental de sus modelos culturales". (E. Erikson, in. Henry Maier, Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Amorrortu Ed. Bs. Aires, 1982).

Las ausencias familiares por fallecimientos y/o suicidios de uno de los padres, ausencias por separación de los padres, los conflictos con padrastros y/o madrastras, el abandono por parte de uno o ambos padres conforman uno de los mayores factores de riesgo, fácilmente detectable a través del estudio o reconstrucción de la historia de vida.

En un estudio realizado sobre población infantil montevideana de bajos recursos, habíamos llegado a conclusiones que están significativamente próximas de lo que queremos destacar sobre este punto.

En dicho estudio, el total de observaciones y mediciones revelaba que los niños no tenían un "lugar" propio -ni físico ni simbólico- y crecían sin una atención específica por parte de los adultos. Habíamos asimismo observado que los bajos resultados en los test psicológicos, junto con la ausencia casi total de anomalías neurológicas, se relacionaban con relaciones empobrecidas hacia el interior de las familias y hacia el exterior con el entorno inmediato y, por extensión, con el sistema socio-cultural. (Romero, San Julián, Rosenberg et al. 1994).

Las respuestas y testimonios que hemos recogido sobre el tema que nos ocupa ahora (sobre consumos adictivos), nos recuerdan aquel panorama de escasa contención socio-cultural y afectiva. Los informantes contactados para indagar sobre consumos adictivos se colocaron, sin distinción de sectores socio-económicos ni de sexos, en las perspectivas mencionadas. En su mayoría expresaron haberse sentido aislados, sin poder discernir un lugar social de pertenencia, sin saber verbalizar sus emociones y sin tener la certeza de experimentar afectos, de sentirse queridos.

Interpretamos que esa referencia reiterada a la dificultad para simbolizar, para usar el lenguaje, manifiesta una carencia en el lenguaje materno, es decir el producido por la madre y el que permite

tempranamente ordenar la experiencia y definir un "sí mismo" en relación con el mundo, con los otros. (La falta de monitoreo parental que detectábamos en el grupo de internados en la policlínica del Hospital Maciel y a la que nos referimos más arriba, es consistente con este aspecto).

Abrimos interrogantes sobre la falta de estímulos tempranos, sobre carencias afectivas, sobre ausencias en funciones, materna y paterna. En términos de prácticas sociales estos testimonios nos están indicando signos alarmantes de fracturas en cuanto a tenencia, educación y monitoreo de los jóvenes.

El grupo de pares

Las dificultades de relacionamiento, el sentimiento de soledad, o de insatisfacción que puede producir la vida en la casa, con la familia, aparecía generalmente compensado por las relaciones que se encuentran afuera. La calle, los boliches, clubes, el estadio o lugares afuera de la ciudad, donde pueden "juntarse con los amigos" son fuertemente valorados, mientras la casa puede ser visualizada como un lugar "asfixiante", "aburrido".

Es llamativa la ausencia de los centros de enseñanza en esa enumeración de lugares donde dicen sentirse bien. En ese sentido también hay que destacar que en el relevamiento referido (JND, 1995, 1997) el 37% de los casos considerados sólo había llegado hasta el 1er. ciclo de enseñanza secundaria o habían interrumpido los estudios.

La identidad y el territorio

Los jóvenes en búsqueda de identidad e integración coinciden en grupos de pares donde se elabora por contrastes (con los que se rechaza) estilos de vida propios. La droga forma parte de uno de los modelos disponibles. Podría decirse que el ethos de los jóvenes consumidores (visibles en ciertos lugares y a ciertas horas en la ciudad) está marcado por la búsqueda de extremos comportamentales.

Nuestros informantes reconocieron haber adoptado diferentes códigos, vestimentarios, gestuales y sobre todo de consumo en jerarquías ascendentes: fumar tabaco/ tomar alcohol/ fumar marihuana/ inhalar cocaína/ inyectarse sustancias/ otros. Expresaron al respecto que inhalar pegamento constituye una categoría aparte y no excluyente; es a priori un recurso de poco prestigio, utilizado por niños o por los que carecen de recursos para adquirir otra sustancia.

Una vez admitidos en el círculo de consumidores de drogas (se llaman a sí mismos "drogos"), se produce un proceso de etiquetaje social de doble consecuencia:

positiva en el sentido de pertenencia y reconocimiento en el grupo de pares (consumidores), pero negativa en el sentido de rechazo y estigmatización por parte de la familia o entorno social. El tatuaje, el marcado del cuerpo es uno de los gestos de reafirmación de pertenencia.

En ese proceso es fundamental el apoyo logístico que brinda el territorio al que se pertenece, "el barrio" es para los varones una referencia muy significativa. En términos personalizados, el barrio tiene un mandato concreto sobre usos y costumbres.

El deseo de pertenecer a grupos etarios y/o territoriales tiene que acompañarse con la determinación de soportar las consecuencias.

El alejamiento progresivo de parámetros de vida entre consumidores y no consumidores de psicotrópicos tiene una frontera instrumental y simbólica, cuando se plantea el uso de sustancias inyectables.

En la decisión de franquearla o no, interviene un conjunto de factores individuales, psicológicos, relacionados profundamente con los datos de cada historia de vida. En otro orden hay que considerar el peso del colectivo y la posición que se quiere alcanzar dentro de un grupo de pertenencia. Es decir que tanto factores individuales como colectivos pueden favorecer la decisión de pasar a consumos más pesados, más arriesgados.

En ese estadio se registran conductas netamente suicidas: no hay desconocimiento sobre la relación de riesgo entre el uso compartido de jeringas y el contagio de VIH SIDA, u otras enfermedades infecciosas. No siempre se toman precauciones con jeringas, con uso de preservativos. Por difícil que sea admitirlo, hay que reconocer que en los discursos aparece la posibilidad de contraer enfermedades, incluso el SIDA, como una fatalidad que no se elude. Podemos interpretar esa conducta como el pasaje hacia una siguiente etapa, en la meta de integración en comunidades cada vez más "exclusivas". (Este punto no es un aspecto menor, dado que el 97% de los casos de transmisión sanguínea del VIH corresponden a usuarios de drogas intravenosas, Búsqueda set. 1998).

Para jóvenes (y adultos) que se sienten solos o elementos sobrantes en familias no continentales o desintegradas, que no están identificados con intereses laborales, educativos, religiosos o de otro tipo, la ocasión de tener un grupo de pertenencia fuerte puede ser a veces irresistible. En ese contexto no prima el temor del contagio, sino la voluntad de integración total con los pares.

Estos fenómenos de "tribalismo urbano" con valor negativo vistos desde afuera por la sociedad en su

conjunto, pero con valor positivo vistos desde adentro por los integrantes de estas "tribus", están desde ya cuestionando la efectividad de roles familiares, institucionales.

Drogas "DURAS"

Quizás sea necesario insistir en la relación que se hace entre consumo de drogas duras, inyectables y la baja estima de la propia vida y del propio cuerpo.

La postura del bravo, del valiente que le impone al físico todo tipo de pruebas es la imagen invertida de un estado interno de gran indefensión.

En los aspectos más sociales hay que destacar nuevamente la ley del grupo sobre el individuo: en ciertos círculos se impone inyectarse como prueba iniciática y como reafirmación de pertenencia. La huella del pinchazo habla por sí misma, describe un estilo de vida, una concepción del mundo y en definitiva certifica quienes son los integrantes del endo-grupo.

Podemos inferir que detrás de un tratamiento o mejor dicho, destrato para con el propio cuerpo, pueden estar pesando las consecuencias de diferentes formas de maltrato sufridas en la infancia y/o adolescencia. Este es un aspecto sobre el que no avanzamos en este contexto de primera indagación del que damos cuenta, pero que no descartaríamos en próximas profundizaciones. No sabemos si nuestros informantes sufrieron algún tipo de maltrato físico, sí sabemos a través de todo sus relatos que padecieron diferentes formas de maltrato psicológico en vidas difíciles.

Destacamos finalmente que tal vez los sentimientos de impotencia ante dificultades de orden y origen diverso, se traducen en gestos auto-plásticos, es decir tomando al propio cuerpo como lugar del castigo o de la transformación narcisista. Tatuajes, tajos, heridas y "pinchazos" son a nuestro entender mensajes fuertes dirigidos a un entorno familiar y social, que no siempre sabe leer esos signos.

En esta aproximación al tema de los consumos adictivos, y de los adictos a las drogas, queríamos dejar asentada la necesidad de las hacer lecturas más profundas, cuestionadoras y tratamientos mucho más problematizantes y multidisciplinarios. Desde las "trincheras" de la antropología podemos aportar elementos tanto para metas preventivas (en términos de políticas sociales) como para el seguimiento más particularizado en los diferentes contextos sociales. Esto es parte de un desafío en nuestro país.

Bibliografía

- Alonso Salazar, 1998.
Violencias juveniles, ¿contraculturas o hegemonía de la cultura emergente? En "Viviendo a toda". Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Editores, H. J. Cubides, Ma. C. Laverde, C. E. Valderrama. Siglo del Hombre Editores, Colombia, 1998.
- Augé, Marc, 1995.
Hacia una Antropología de los mundos contemporaneos, Ed. Gedisa, Barcelona 1995.
- Beroud Gerard, 1995.
Problemes de toxicomanie en Republique Populaire de Chine: Situation actuelle. En Sciences Sociales et Santé, vol 13 n.2 juin 1995. Revue trimestrielle. Ed. John Lebbey Eurotext, Paris.
- Bourgois, Philippe, 1993.
Homeless, en el barrio. En: La misère du Monde, P. Bourdieu, Ed. du Seuil, Paris.
- Busqueda, semanario. Montevideo, 23 setiembre, 1998.
- Harris, Marvin, 1985.
Parentesco, residencia y filiación en Introducción a la Antropología, manual. Ed. Alianza Universidad, Madrid.
- Informe JND/OPP/FAS/PNUD
Registro de casos: "Resultados de la vigilancia epidemiológica, en puntos claves del país, sobre uso de drogas ilícitas", Montevideo (Hospital Maciel), Interior (Artigas, Rivera y Maldonado) 1995, 1997.
- Maier Henry, 1982.
Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Romero, Sonia, San Julian et al. Interrelaciones entre el medio socio-cultural y el desarrollo neurológico y perceptual. Estudio multidisciplinario. En Analía Kornblit, compiladora. II Encuentro de Ciencias Sociales y Medicina. Universidad de Buenos Aires, 1994.
- Romero Gorski, Sonia, 1998.
Aportes antropológicos para la definición del objeto de investigación. Curso Internacional sobre Metodología de la Investigación Aplicada al Problema del Uso Indebido de Drogas. JND-Naciones Unidas, Montevideo, 20 al 23 octubre.
- Wacquant, Loic, 1993.
De América como utopía al revés. En: La Misère du Monde, P. Bourdieu, Ed. du Seuil, Paris.
- Bourdieu, Pierre, 1984.
Habitus, code et codification. En Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Ed. du Seuil, Paris.
- Rappaport, Roy, 1993.
Distinguished lecture in general anthropology. The Anthropology of trouble. American Anthropologist.
- Sheper-Hughes, Nancy, 1990.
Three propositions for a critically applied medical Anthropology, Soc. Sci. Med. Vol. 30. No.2. Great Britain, Pergamon Press.
- Singer, Merrill, 1990.
Reinventing medical anthropology; toward a critical realignment. Soc. Sci. Med. Vol. 30. No.2. Great Britain. Pergamon Press.