

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

# Por un abordaje multiprofesional del consumo problemático de drogas.

Sonnia Romero Gorski.

Cita:

Sonnia Romero Gorski. (2001). *Por un abordaje multiprofesional del consumo problemático de drogas. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/11>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/cpe>

*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>.*

# *Por un abordaje multiprofesional del consumo problemático de drogas*

Sonnia Romero Gorski\*

Nos proponemos en este trabajo revisar y ampliar anteriores aproximaciones al tema (Romero, 1999; 2000; en M. L. Ossimani 2001) manteniendo la meta de contribuir a que se instale en la sociedad, y en las instituciones, la convicción de que el consumo problemático de drogas tiene un origen social y cultural. Proponemos la prioridad del tratamiento de un fenómeno social por sus determinantes sociales ya que antes de ser consumidas por las personas concretas (y tal vez afectar a su salud), las sustancias tienen vigencia en una sociedad y momento dado. Su uso se transmite de persona a persona, es objeto de un aprendizaje, como cualquier otro uso o comportamiento.

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

Discutimos sobre lo que consideramos la "medicalización" del tema, como práctica acrítica, parcializada y culturalmente arraigada en nuestra sociedad.

## *¿De qué estamos hablando cuando hablamos de medicalización?*

En un plano general, antropológico, la salud es un dominio en el cual desde illo tempore el hombre ha creado 'medicinas' o corpus de conocimientos con los que ha enfrentado instancias ineludibles, de vida y de muerte. En otras palabras, no ha habido ni hay sociedad que no haya 'pensado' temas de la salud y la enfermedad, que no haya previsto tratamientos o designado especialistas. Pero ha sido sobre todo en el área cultural occidental, en las sociedades industriales y postindustriales, donde se han hecho y se hacen las mayores inversiones (en sentido amplio) para el desarrollo de las ciencias médicas y del llamado 'poder médico'.

Al mismo tiempo en dichas sociedades "se delegó en la institución médica la responsabilidad de la salud colectiva e individual y se la autorizó en exclusividad a tratar física y psíquicamente a los sujetos, desacreditando sistemáticamente todo tratamiento que no proviniera de esa fuente legitimada, oficial" (S. Romero, 1993: 127).

Históricamente en Uruguay el 'poder médico', basado no sólo en conocimiento sino también en posicionamientos socio-económicos hegemónicos o de ascenso social se expande o "irradia en todas direcciones, en todos los intersticios. El valor de la medicina es más que el intercambio mercantil, es más que la dimensión simbólica, es efectivamente un valor que llena todos los intersticios de la cotidianeidad. (...) El valor de este saber es fractal, pero es también totalitario y sobre todo, normalizador, disciplinador." (Portillo, 1993: 18)

Ese posicionamiento de la medicina, socialmente estratégico, impacta asimismo el imaginario social encontrando allí legitimación que retroalimenta su capacidad normativa y disciplinadora. La 'medicalización de la sociedad' se define precisamente por esa capacidad de "permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos" y tan grande es la relevancia de ese fenómeno que "la medicalización se transforma en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural" (Portillo, op. cit).

Es importante tener presente este hecho social reconocido como medicalización de nuestra sociedad para comprender las dificultades prácticas y epistemológicas objetivas para que se acepten conocimientos no médicos sobre lo que la medicina misma define como La salud/La enfermedad. Es decir que estamos ante un campo definido por posiciones internamente hegemónicas. Si bien desde las ciencias sociales, y en particular desde la antropología, hay fuertes cuestionamientos a esta situación, no hay todavía una aceptación universal de los límites del propio abordaje bio-médico.

\* Antropóloga, Doctora en Etnología. Directora del Departamento de Antropología Social Universidad de la República Montevideo-Uruguay sorogorski@hotmail.com srgorski@adinet.com.uy

El fenómeno del consumo de drogas y la toxicomanía es claro ejemplo de lo que tratamos de demostrar. La 'medicalización' del tema en Uruguay define no sólo el tipo de estudios que se aplican (mayoritariamente epidemiológicos) sino que hasta ahora ha limitado el conocimiento y la comunicación hacia la sociedad sobre el tema.

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

Hay que señalar sin embargo, que en los últimos años se ha abierto un espacio para la producción de estudios y colaboración de otras disciplinas principalmente sociología, psicología y antropología social. (ver Observatorio Uruguayo de drogas, 1999 y SIDA y Drogas, Investigación y Dilemas, publicación del instituto IDES y Programa Nacional de SIDA, MSP, 2001).

## *Condiciones sociales para las adicciones*

En el mundo contemporáneo se atribuye generalmente a las drogas un valor social negativo aunque se ha expandido su uso y diversificado la transformación y producción de sustancias psicoactivas, de drogas químicas. Las personas que consumen asiduamente drogas, principalmente habitantes de los centros urbanos, adoptan nuevos sistemas de vida, de relaciones sociales, de actividades económicas y de relacionamiento con el propio cuerpo.

Este es un marco general de realidad expansiva del fenómeno que podemos mantener para el caso uruguayo; aunque aquí no encontremos partes de la población socialmente y culturalmente "encerrada" en guetos (ver estudios en USA, L. Wacquant, 1993; Ph. Bourgeois, 1998), si podemos decir que aquí hay lugares sociales, barrios en la ciudad, círculos etarios, por actividad, así como situaciones familiares que conforman coyunturas favorables al consumo y circulación de drogas. Estos aspectos aparecen en forma recu-

rente en la población de consumidores y/o adictos, de forma tal que es posible establecer "perfiles situacionales" tanto a partir de los relatos de adictos o ex adictos (S. Romero, 1999, 2000) así como de datos recogidos en estudios epidemiológicos (Bustelo, 1997; JND, Programa FAS, 1999, otros).

En Uruguay el modelo cultural vigente habilita más a los varones y más tempranamente, a fumar y consumir bebidas alcohólicas así como a frecuentar lugares públicos por lo que constituyen en sí un grupo de mayor riesgo; están mucho más representados en el grupo de consumidores de drogas, realidad que se refleja en todos los estudios epidemiológicos realizados en el país, así como en la composición del grupo de informantes contactados en la investigación de referencia, (estudio coordinado por M. L. Osimani, IDES 2001).

De todas formas dicho modelo es permeable a cambios estructurales y de hábitos registrándose una tendencia a la uniformización de comportamientos "acompañando el reconocimiento de la igualdad de derechos para ambos sexos y el acceso masivo de las mujeres al mercado de trabajo. Aunque aún son los varones los que presentan índices más altos de consumo de alcohol (y de droga) es de suponer que progresivamente las mujeres vayan aumentando su participación en el consumo de drogas. Ya son grandes fumadoras y consumidoras de medicamentos y tranquilizantes, (ver Bustelo, 1997)", S. Romero, 2000.

## *Los testimonios: Un estilo de vida*

En el corpus de historias que analizamos, tanto varones (14) como mujeres (5) representan la tendencia de localización urbana de las conductas adictivas, así como registran evidencias de profunda desestabilización personal y familiar.

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

La vida fuera de la casa, fuera de la familia de origen comienza para muchos de ellos tempranamente, hacia los 14 años. El alejamiento incluye a veces un traslado fuera de la ciudad o del país:

"...me fui a vivir con uno que ya se picaba, vivimos en Lagomar, después en Solymar" (balnearios que integran la llamada 'ciudad del este' como prolongación costera, a unos 30 km de Montevideo);

"...discutí con mi madre y me fui, después estuve dos días acá en la plaza de la Bandera y después me fui para Brasil, arranqué con unos pibes para Brasil";

"...me fui, siempre hice la mía";

"vivíamos en una casa, formamos una banda muy cerrada, cuatro mujeres y ocho varones, nos adueñamos del barrio, estuvimos como dos o tres años. No nos cabía nada, éramos los que mandábamos en el barrio, los pinchetos".

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

El alejamiento con respecto a la familia puede también alcanzar al propio círculo de amigos o compañeros, ya que no sólo perturban al adicto/a las diferencias generacionales en torno a cuestiones cotidianas, sino que se instalan diferencias culturales profundas: entre el mundo de los consumidores y de los no consumidores hay diferencias de comportamientos, de prioridades, de valores, de lenguaje y hasta del uso del tiempo. El consumo comienza por ser parte de actividades recreativas y puede hasta programarse para que no interfiera con otras ocupaciones. Así la práctica de "emparrillarse" los fines de semana da cuenta de esa posibilidad de distribución del tiempo; significa también disponer de un lugar físico apropiado, libre de interferencias, y donde se pueden colocar literalmente sobre la mesa toda una gama de sustancias, cocaína para inhalar y para inyectarse, marihuana, ácido, anfetaminas, morfina entre otros y mucho "whisky y mate, no comemos, con eso nos basta".

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

Desconectarse de todo para "alucinar", para experimentar sensaciones fuera de la normalidad cotidiana,

"en general yo creo que todas las drogas que me he metido, siempre ha sido con ese afán, ¿no?, de ver las cosas desde otro ángulo, vos decís, vamos a probar para ver, ¿no?".

En esta búsqueda los jóvenes de diferentes sectores sociales parecieran participar de una confrontación generacional, como una forma de auto afirmación en un estilo de vida propio objetivamente observable en el espacio público,

"en los barrios se junta la gente en las esquinas, se fuma porro, se toma vino, viste que no hay espacios así para la gente joven, para los adolescentes cuando están saliendo, cuando vos estás en el liceo, viste que hay una etapa que adentro de la casa no podés estar, o sea, no podés estar mucho porque entrás a quemarte frente a los mayores";

"en general se pica más la clase media que los delinquentes, se pican también, pero la guita está en Pocitos y los que no, roban. Acá en el Barrio Sur y todo eso, o transan o roban, ¿porque de dónde sacan la guita?";

"... sos de la castita más loca y más drogo, ¿no?, en mi barrio, de mi generación muy pocos quedaron afuera de esa práctica, por lo menos de haber probado alguna vez (inyectarse)";

"me empezó a importar (los riesgos) después que se empezaron a morir. De los doce que éramos quedamos unos pocos";

"...a la mujer la vi siempre más zarpada, más seria en el tema: la que toma, toma de verdad, la que se inyecta es la que más se preocupa para que salgan temprano las cosas";

"... éramos un grupo de amigos. Muchos tienen el prejuicio de que las personas que consumen, sobre todo inyectables, son más bien de clase baja... uno de mis amigos el padre es escribano, el otro era médico cardiólogo, el otro era hijo de una mamá de barrio pero un fanático de la química y se conocía todas las fórmulas de todos los remedios, qué pegaban, cómo pegaban. Un poco empezamos a jugar entre todos, jugábamos a volar".

## *¿Hay lugar para los jóvenes en la familia?*

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

En particular en los hogares montevideanos, la rutina doméstica está llena de momentos de soledad cotidiana para los niños, adolescentes y jóvenes. Por horas, cuando no durante la jornada entera, son 'dueños' absolutos de su tiempo. Esta modalidad no es exclusiva de un sec-

tor social carenciado, sino que por el contrario es la más difundida en los diferentes sectores sociales. Con la salvedad de que es posible encontrar aún, en los dos extremos opuestos de la estructura social, mayor presencia de personas en la casa ya sea por familias extensas, agregados o personal doméstico.

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

Antropológicamente podríamos decir que en nuestra sociedad los cambios (en la organización de la vida, distribución de roles, de espacios, entre otros) han sido más rápidos que la capacidad de las personas y/o de las instituciones para crear recursos alternativos. En este sentido las clases pre-escolares, escuelas y liceos de horario completo y cantinas escolares, entre otros, constituyen lugares sustitutos de socialización y contención afectiva. Pero estas alternativas, no están generalizadas en Uruguay y no cubren el espectro de situaciones o descompensaciones que afectan a las personas, jóvenes y adultos. Colateralmente aparecen indicios de esta situación de anomia o falsa "emancipación" de los más jóvenes, que vemos como anverso del bajo monitoreo instalado por cambios culturales y socio-económicos. Así por ejemplo en estudios recientes se revelan datos alarmantes sobre deserción escolar, (ver al respecto: Un análisis acerca de los jóvenes que no trabajan ni estudian, Serie Estudios Sociales sobre la Educación, número VIII ANEP, enero 2001).

## *Las relaciones intergeneracionales en cuestión*

La distancia que hay entre el mundo cotidiano o estilo de vida de los jóvenes y de los adultos, sobretudo en el período incierto de la adolescencia, es algo que puede "leerse" en muchos indicadores objetivos, entre ellos, en la expansión de los consumos adictivos. En ese sentido son elocuentes los recuerdos, los testimonios de escenas de vida doméstica de las que dan cuenta los informantes.

Testimonian de una distracción, o no-mirada (en el sentido que no está preparada como para ver detalles) de una generación hacia la otra.

Incluso cuando se produce el consumo problemático de drogas que llega al límite del nivel de tolerancia psíquica y física, esta alteración objetiva del aspecto per-

sonal, de usos y costumbres, no parece ser advertida por los padres. Así vemos cómo un joven que ya había pasado por períodos de vida fuera de la casa, con desarreglos comportamentales evidentes que habían desembocado incluso en detenciones policiales, y que decide internarse para hacerse una cura, cuando lo comunica a los padres "tiene" que explicarles el motivo, decirles que es un adicto. El padre se muestra sorprendido, ofendido, le retira hasta el saludo. La madre apoya al hijo y ... se desata el conflicto conyugal.

O en otras versiones encontramos siempre la misma negación o falta de atención de los adultos,

"...mis viejos siempre me quisieron ayudar, ellos sabían que yo consumía, mi viejo para no enfrentarse conmigo no me decía nada, apenas me saludaba y mi vieja por taparme a mí, para que mi viejo no se pusiera mal, era la que me bancaba, la que me daba la plata...";

"creo que nunca se enteraron del consumo intravenoso o no se quisieron enterar, pero nunca se habló de forma explícita, nunca se habló directamente";

"...en mi casa no se daban cuenta de nada, me sentaba a la mesa a comer con ellos, destruida, desfigurada, comía como una bestia, hasta leche tomaba, y ellos nada".

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

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

Hay que considerar que la discordancia entre el comportamiento emic de los adultos y los valores etic que

proponen difundir, produce una reacción de rechazo o rebeldía por parte de los jóvenes, que se muestran sensibles respecto de la coherencia de los mensajes que se les dirige. Este aspecto es importante en relación a la función educativa que directa o indirectamente cumple la familia.

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

### *Entorno familiar: un patrón común*

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

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

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

Recién podemos registrar (en los testimonios) afectos reconocidos expresamente como tales en las relaciones entre pares, es decir entre "hermanos" o compañeros de vida y luego con los niños, principalmente con los hijos. Estos parecen ser los que mejor captan la atención y los sentimientos positivos, "ahora me levanto a las siete, la levanto a ella, la visto para que vaya a la escuela, la llevo a la escuela, cosas que antes no me interesaban, ¿no?";

"... no se pueden dejar tiradas (las jeringas), qué hacés después que un niño se pinchó con una jeringa? Te tenés que matar".

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

Como expresamos en trabajos anteriores (S. Romero, 1999; 2000), la familia forma parte de lo que podríamos llamar condiciones objetivas del contexto en el que surgen los consumos adictivos como prácticas sociales y las personas adictas en particular. Hay que seguir jerarquizando a la familia (independientemente de cómo esté compuesta) como un lugar referencial más inmediato y más significativo para sus integrantes. En términos antropológicos la importancia de esa función está en que, -para bien o para mal – la primer experiencia de aprendizaje se realiza siempre en la casa, bajo la presencia y la autoridad de la generación adulta.

En ese sentido señalamos ya como un aspecto significativo la baja incidencia del monitoreo parental, (ver Bustelo 1997; Romero, 2000), constituye un factor de riesgo que se constata igualmente en historias recogidas recientemente, (Investigación IDES, 2001). Esto quiere decir que no estamos ante hechos aislados, sino ante la evidencia de que se trata de prácticas sociales establecidas.

Otro tipo de datos que aparecen recurrentemente en las historias, plantean la dificultad de los jóvenes para establecer relaciones afectivas y para asumir roles parentales para los cuales no se tienen referentes firmes en la propia experiencia.

### *Aprendizaje y percepción de riesgos*

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

Se pudo establecer claramente que cualquier tipo de consumo (alcohol, pegamento, drogas, drogas químicas)

cas, inyectables) siempre implica la existencia de otros, tanto en las motivaciones como en la instrumentación del consumo.

Puede observarse una percepción de los riesgos que significa el consumo de drogas inyectables (referencias a jeringas descartables, uso de preservativos), hay testimonios claros sobre la dificultad de mantener el cuidado cuando se consume en grupo. Los temores no necesariamente refieren al peligro del contagio sino temor ante reacciones violentas de los demás, temor por reacciones propias y sobretodo hay deseo de evitar la exposición una vez pasado el momento del "flash". Es decir que una vez que se aprende y que se adopta el consumo de drogas inyectables, algunos optan por el consumo solitario considerándolo más seguro. Y esta en realidad puede ser una medida de reducción del daño de más amplio espectro, siempre y cuando estén claros los riesgos que implica el administrar las dosis, prevenir reacciones del organismo.

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

"...sabía que él tenía el virus, pero no me importó, me inyecté lo mismo. El es mi hermano, somos como hermanos".

Algunos de los relatos refieren a otros riesgos que se asumen como parte de las exigencias de la nueva vida: estrategias poco éticas y/o ilegales de conseguir dinero, vida sexual compartida entre varios partenaires sexuales o fuera de la monogamia de pareja, la bisexualidad activa como ejercicio liberado de la sexualidad, son innovaciones culturales a tener en cuenta. El fenómeno de la vida en bandas, está representado en este universo y es una realidad social y cultural que necesita una aproximación más específica porque define estrategias económicas, comportamentales, sexuales, propias de subculturas dentro de la sociedad glo-

bal. El reconocimiento técnico de esta particularidad, junto con el reconocimiento de las condiciones sociales de producción del fenómeno, es condición indispensable para el diseño de campañas o estrategias de prevención, de reducción del daño.

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

Si bien señalamos como una medida de reducción del daño el consumo en privado, y si es posible en solitario, no parecería aplicable en lo inmediato en Uruguay la propuesta hecha en algunos países del UE, sobre la apertura de "salas de inyección", (Drugnet Europe, mars-avril, 2001). Dichos locales donde idealmente se evitarían/controlarían los mayores riesgos incurridos por los que se inyectan en grupo, no parecen compatibles con el temor a la visibilidad social, todavía imperante en la sociedad uruguaya. Es decir que no sólo habría que educar y apoyar a los jóvenes, sino también a los adultos, para que unos y otros admitan la existencia del fenómeno y cada uno su parte de responsabilidad.

## **Conclusión**

En el desarrollo de este trabajo no se habrá encontrado referencia a problemas médicos propiamente dichos, salvo en la aclaración respecto a riesgos de reacciones del organismo a tener en cuenta. Este aspecto es obviamente fundamental y necesita ser tratado técnicamente, pero recordemos que ni en la motivación, ni en el aprendizaje del uso, ni en la prevención estamos ante determinantes de tipo bio-médicas, sino sociales, culturales y/o afectivas.

Consideramos que la aceptación social de la existencia del fenómeno (el consumo problemático de sustancias psicotrópicas e inyectables) es una vía para la prevención y tratamiento de descompensaciones personales y colectivas. El fenómeno del consumo admite la vastedad de la definición maussiana del Hecho Social Total, incluye aspectos sociales, económicos, jurídicos, éticos... refiere a la vida social y a biografías personales, a distintos momentos de la historia, de la subjetividad y del cuerpo de unos y otros. Son suficientes razones para no admitir la 'medicalización' del fenómeno.

## **Bibliografía**

- 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), Inte-

rior (Artigas, Rivera y Maldonado), 1995, 1997.

PORTILLO, José, 1993.

La medicina: el imperio de lo efímero. En: Medicalización de la Sociedad. Autores varios, Instituto Goethe, Editorial Nordan, Montevideo.

ROMERO GORSKI, Sonia

1993.- Transformaciones en el campo de la salud en Uruguay: ¿una revolución cultural?. En: Medicalización de la Sociedad. Autores varios, Instituto Goethe, Editorial Nordan, Montevideo.

1999.- PERFIL SOCIO-CULTURAL Y MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS. EN: Observatorio Uruguayo de drogas. Junta Nacional de Drogas, Programa FAS-Salud/OPP/BID. Uruguay.

2000.- Actas del 3er. Congreso Chileno de Antropología. Ed. En Santiago de Chile, 2000.

2001. En SIDA y DROGAS. Publicación del MSP y el Instituto IDES.

WACQUANT, LOIC, 1993.

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

BOURGEOIS, Philippe, 1997.

In search of respect. Selling crack in El Barrio. UCLA, California Press.

#### OTRAS PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS

DRUGNET, 2000, 2001, números 26 y 28.

Lettre d'Information Bimestrielle de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies.

SIDA Y DROGAS. Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública. Coordinación de la publicación: Soc. M. Luz Ossimani; Psi. Laura Scarlatta. Programa Nacional de SIDA, MSP y Programa de Investigación del Área de Salud del IDES, Montevideo, 2001.

UN ANALISIS ACERCA DE LOS JOVENES QUE NO TRABAJAN NI ESTUDIAN; Cuadernos de Trabajo, Serie Estudios Sociales sobre la Educación. Vol. VIII; ANEP, Montevideo enero 2001.

## *Salud e inmigración internacional: Un acercamiento a los principales problemas de salud que afectan a los inmigrantes latinoamericanos residentes en Santiago*

Ana Cortez Salas\*

### *Introducción*

Chile ha sido tradicionalmente un país de emigrantes. En la actualidad se estima que alrededor de 1.000.000 de chilenos vive y trabaja en el extranjero, constituyendo la 14ª región del país. Si bien un porcentaje corresponde a exiliados políticos del régimen militar, la gran mayoría son emigrantes económicos que partieron en busca de mejores condiciones de vida.

En materia de inmigración internacional, nuestra experiencia se limita sólo a aislados esfuerzos por alentar la inmigración europea en determinados períodos de nuestra historia. Sin embargo, en la década recién pasada han arribado inmigrantes latinoamericanos a nuestro país, planteando distintos desafíos a nuestra sociedad

tanto en materia de políticas de migración, como en materia de acceso a bienes sociales como son la salud y la educación.

La siguiente ponencia constituye un informe de avance de una investigación exploratoria sobre las características de la población inmigrante que se atiende en los consultorios de atención primaria en la comuna de Santiago Centro, así como de los principales problemas de salud que presentan.

La investigación ha sido realizada por Ana Cortez, licenciada en antropología social, y Mauricio Muñoz, egresado en psicología.

\* Licenciada en Antropología Social. Universidad de Chile.