

Naturaleza del uso de cocaína intravenoso en la Argentina

Hugo Míguez.

Investigador independiente

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.



In this paper, by means of interviews carried out with intravenous cocaine users, initial levels of consumption for different substance groups are studied. Key topics related to HIV transmission, since sexual relations without control under the effects of not injectable drugs until infection by needles and syringes exchanges, are considered. Moments, reasons and nature that define intravenous cocaine use, like money searching, consumer setting and later consequences, are described. Likewise, flash experience and relation between death anxiety and pleasure in each consumer's session are presented. Preventive messages contents according to serologic status and drug use pattern are discussed.

Sobre entrevistas realizadas en usuarios de cocaína por vía intravenosa se estudian los niveles de iniciación en diferentes grupos de sustancias. En los mismos se consideran los puntos claves relacionados con la propagación del VIH desde el descontrol sexual bajo efectos de las drogas no inyectables hasta el contagio por el intercambio de agujas y jeringas. Asimismo se detallan los momentos y naturaleza que define el uso intravenoso de la cocaína desde la búsqueda de dinero, la sesión de drogas y las consecuencias posteriores. Se analizan aspectos ligados con la experiencia de flash y la relación con la ansiedad de muerte y el placer en cada sesión de drogas. Se establecen observaciones para el mensaje de prevención según el segmento de usuarios de drogas y su condición serológica.

Publicado en Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina
Buenos Aires. Marzo de 1998. Vol.44.Nº1

Niveles del uso indebido de drogas

(Los textos de los entrevistados se encuentran en la publicación gráfica)

Primer nivel

En el grupo de entrevistados la primera sustancia psicoactiva de la que se abusó es la bebida alcohólica. Utilizada fundamentalmente por su efecto farmacológico apareció en el inicio de la adolescencia ligada a situaciones sociales y personales conflictivas. La manipulación por medio del alcohol, del estado de ánimo y del comportamiento, se presenta en estos casos como un modelo de adaptación social que parte de reducir o anular la expresión emocional de los conflictos. Esta primera relación con las sustancias psicoactivas y con los conflictos, ampliamente extendida y aceptada culturalmente, pasó a integrar un patrón de comportamiento habitual sin que se presenten muestras de haber sido percibido como problema sino como parte de una manera general de ser. De esta manera el abuso de bebida alcohólica se instaló dentro de la adolescencia y la no

participación en él fue una disidencia que amenazó con la marginación dentro del grupo de sus propios pares.

Esta situación desde lo individual y desde el medio cultural encontró refuerzo desde el propio mercado de bebidas alcohólicas donde abundan las referencias explícitas al grupo de menores de edad como un segmento económico definido dentro del mercado de la cerveza por parte de las agencias de publicidad de productores y distribuidores. Estos datos son significativos si se considera que en relación con el abuso de drogas intravenoso no se encontraron referencias de casos que hubiesen llegado al uso de drogas inyectadas sin haber pasado antes por el abuso alcohólico.

Segundo nivel

En este nivel se halló la iniciación con psicofármacos mezclados con bebida alcohólica, el uso de pegamentos y la aparición de las primeras sustancias ilegales como es el caso de la marihuana y la cocaína bebida con alcohol o aspirada no inyectada. La búsqueda de los entrevistados se orientó en esta etapa hacia asociaciones con grupos con un perfil definido de fuerza y agresividad capaces de traspasar los límites por medio de las drogas ilícitas. El consumo de sustancias estuvo asociado a circunstancias sociales y varió de la marihuana a la cocaína según el caso. Por ejemplo la búsqueda de esta última como estimulante en situaciones de fiesta. Sin embargo también se registró que en la medida que el uso, por ejemplo de marihuana, se extendía al punto de normalizarse, en muchos ámbitos se desdibujaba como transgresión perdiendo nitidez los límites entre el segundo y primer nivel. Este proceso es descripto por vecinos y líderes comunitarios.

En este nivel se inició también la exploración de diferentes sustancias y combinaciones aunque finalmente casi la totalidad adoptó la cocaína aspirada como droga eje sobre las que van a girar todas las demás. Este consumo se relaciona con un importante mercado ilegal que dentro de algunas zonas de pobreza constituye una de las pocas alternativas de ingreso dando lugar a una importante red de usuarios y vendedores locales.

Tercer nivel

El abuso de drogas intravenoso marcó en todos los casos un cambio definitivo y sin retorno con los niveles anteriores. Su inicio es referido como una búsqueda de mayores sensaciones y como un salto hacia lo que se visualiza como los grupos más duros en materia de drogas. Una vez experimentada la primera sensación de flash, la búsqueda del joven se redujo exclusivamente a la compulsión irrefrenable de sentirlo nuevamente. El uso intravenoso marca una frontera no sólo con los que no se drogan caretas sino con los que solamente aspiran la cocaína. La diferencia del tomar aspirar al ponerse inyectarse en todos los casos fue un corte definitivo con lo vivido hasta ese momento. Los vínculos con los compañeros de drogas queda reducido a los aspectos más instrumentales como asegurarse la provisión, lograr un lugar seguro para inyectarse y tener el control de las ansiedades que se despiertan todo el tiempo. A diferencia de lo que ocurría con el tomar la cocaína, que era vista como un facilitador de otras situaciones, en el ponerse no hay otra cosa que la propia droga inyectada. Se ha pasado de utilizarla como un medio para transformarse en un fin. Así la sexualidad desaparece y la pareja, cuando se mantiene, se transforma en una asociación que cumple con ayudarse mutuamente en inyectarse o en controlar las situaciones de riesgo. Situación que expresa la rápida instalación de la dependencia con el uso inyectable.

En la mayoría de los casos el alcohol fue un facilitador de la iniciación venciendo el miedo de los entrevistados a inyectarse y también, fue la forma de controlar los efectos estimulantes de la cocaína. El uso de múltiples sustancias suele ser mal comprendido como una politoxicología indiscriminada cuando en realidad siempre hay una sustancia elegida en este caso la cocaína y el resto tiene la función de paliar el malestar que acarrea su privación o de controlar sus efectos. Este es el caso de problemas posteriores

al uso intravenoso como los llamados Manija deseo incontenible y Bajón depresión que son objeto de aplacamiento con otras sustancias hasta tanto no pueda volver a inyectarse la sustancia principal. Si bien desde el primer nivel comienzan los riesgos de la infección con el VIH como es el caso de las situaciones de abuso de alcohol y el intercambio sexual es, en este nivel, donde se presenta la problemática del contagio a consecuencia de compartir el equipo de inyectarse. Esto como resultado no solo de las situaciones de descontrol durante la inyección sino también por las dificultades en conseguir agujas y jeringas.

La tolerancia del medio socio cultural al uso inyectable hace posible en algunos casos el inyectarse a cielo abierto en lugares de acceso controlado. Así, las urbanizaciones de la pobreza con intrincados corredores y laberínticos pasadizos, con olas de niños y jóvenes expulsados por el hacinamiento a la calle, con fuertes niveles de desocupación y de violencia, son usadas frecuentemente como refugio para el uso intravenoso al quedar por fuera de la vigilancia policial que está limitada a procedimientos masivos y esporádicos fácilmente anticipables.

Una compleja red protege a los grupos que participan de la venta y el consumo en la economía ilegal, que abarca desde aquellos que reclutan gente para los actos públicos hasta grupos deportivos que lo hacen para confrontar en los estadios y en la calle.

Momentos en el abuso de drogas intravenoso. La utilización de la cocaína por vía intravenosa introdujo en la vida del usuario un patrón de comportamiento circular y de deterioro creciente que puede definirse en cuatro momentos *Preparación, Locura, Bajón y Fisura*.

La Preparación incluye por un lado todas las estrategias posibles para conseguir el dinero que permita comprar la cocaína y, por otro lado, la selección de lugares y personas para inyectarse. En cuanto al primer punto este define el grado de organización de los grupos y, en ausencia de dinero, el capital de recursos indispensable para conseguirlo. La detección de casas para el escuche robo y los contactos para reducirlo reventa de objetos robados, el pago de rescate comisión por comprar droga para otro, la prostitución masculina y femenina, integran los recursos con los que el grupo accederá al dinero. El robo de droga no tiene ninguna mención y parece ser casi la única norma que no puede ser transgredida.

El segundo punto tiene que ver con la escogencia de los lugares y de los participantes. Circunstancia que tiene una importancia particular porque los usuarios entienden que puede influenciar la situación de endrogamiento dificultando o quizá imposibilitando llegar al flash. Esto determina la distancia que no sólo se establece con los amigos que no se drogan sino, incluso, con los que aspiran cocaína y que son percibidos casi en el mismo lugar. Esto explica en parte que mucho del mensaje preventivo acerca de no compartir el equipo de inyectarse sea resistido como un mal presagio o una pálida amenazante.

El momento siguiente al de Preparación es la sesión de inyectarse que es llamada Locura . Esta se inicia con lo que los usuarios mencionan como el registro y que designa la práctica de introducir y sacar el líquido con la jeringa hasta asegurar por la presencia de sangre que la aguja esta en la vena. Al margen de este objetivo la práctica es fuertemente valorada por su efecto de excitación, tanto por el que registra como para el que observa.

El ser inyectado aparece como resultado de la dificultad en hacerlo uno mismo conforme avanza la obnubilación de la conciencia. En algunos casos aparecen miembros más diestros que el grupo llama enfermeros y en los que se reconoce la destreza de poder picar con mambo, es decir, poder inyectar hallándose bajo los efectos de la droga.

En todos los casos está la urgencia, dada por el deseo irreprimible. Esto determinan que al primer contratiempo con la aguja o la jeringa se pase a compartir las que estén en uso frente a la desesperación de verse demorado. La Locura de cocaína transcurre como una sucesión alterada de registros y flashes donde la ansiedad de sentirse descubierto o perseguido acompaña todo el proceso de inyectarse repetidamente.

El descontrol se despierta a veces con la obstrucción de la aguja, problema común dado las impurezas de la sustancia y la pequeñez de la aguja que habitualmente se usa para insulina. La desesperación entonces hace que el intercambio de jeringas y agujas se imponga sobre cualquier advertencia preventiva. Sin omitir que a veces hay más disponibilidad de drogas que de jeringas y agujas.

La locura es atravesada todo el tiempo por la idea de muerte, por sensaciones de agonía experimentadas como lucha y como placer, como ansia y congoja, como deseo vehemente y angustia al mismo tiempo. Este colocarse en situación de morir para desde ahí sentir el placer emerge todo el tiempo a través de una vigilancia, obsesiva y estéril, de los límites de lo que cada uno puede inyectarse sin darse vuelta, para no irse.

Precisamente la superación de estos límites es la sobredosis y la puesta en marcha de cuentas medidas de auxilio para revertir la situación cortes en brazos y dedos para sangrado, golpes, etc. y ocasionalmente su traslado a un hospital.

Sin embargo si la sensación de morir o de agonía da contexto al placer de inyectar que refieren los entrevistados, la muerte expresada por la ausencia de las personas es sentida como extrañamiento y soledad. Sintiendo un sobreviviente a los 23 años. Constatando que la excitación temeraria de compartir la aguja sabiendo que en el grupo está el VIH, no incluye al SIDA como enfermedad.

...me dijo ¡ Viste que en el grupo nuestro no queda nadie ! Sólo quedamos vos, yo y dos más. Era empezar a ver que gente que estaba con nosotros, que se reía a la tarde, o que compartíamos una cerveza, un cigarrillo , ya no existían. O de repente enterarme que estaban internados, que se hacían encima y que les ponían pañales

Los momentos que siguen a la Locura son llamados por los entrevistados Bajón y Fisura. En el primero juega un papel fundamental el deseo imperioso de la sustancia y la certeza de que no se lo puede satisfacer. Aquí aparece el consumo de alcohol y otras drogas con el propósito de controlar la ansiedad por volver a drogarse y, en muchos casos, la utilización de psicofármacos mientras aún se está bajo los efectos placenteros de la droga, con el fin de disminuir anticipadamente los efectos de su privación.

La fisura es un momento posterior, de carácter fuertemente depresivo acompañado de dolor, cansancio, autoreproche y cólera. Es la finalización y también el comienzo de un nuevo ciclo. El descontrol se hace presente nuevamente bajo la forma de utilizar cualquier medio para salir de ese estado .

Llegar al uso inyectable de cocaína, para muchos entrevistados, es el final de un proceso que lo encuentra situado entre la pérdida de sus vínculos anteriores y la fugacidad de la sustancia que lo completa. Una crítica situación dentro de la cual los riesgos frente al VIH-SIDA crecen y en la que, cuando la infección se produce, no es infrecuente hallar una replica social que lo aísla y lo discrimina inaugurando un peligroso camino de hostilidades mutuas.

¿Dónde debe situarse el mensaje sobre VIH -SIDA para que llegue convincentemente hasta el usuario de drogas inyectables?..

La respuesta hasta ahora apunta a la necesidad de una estrategia preventiva que recorra todo el espectro de la situación, desde cada uno de los niveles señalados . Porque cuando los niveles del problema se tratan como si fueran compartimentos separados,

cuando se desestima la característica de continuo que los define, desde el abuso de lo legal a lo ilegal, se refuerza la idea de que el problema es de sustancias no de personas. De esta forma el mensaje que lleva a centrar el problema en lo ilegal habilita paradójicamente, ignorándolo, el uso indebido en los inicios. Hecho que repite, en definitiva, los argumentos de la tolerancia social que ciega frente al uso indebido pero escandaliza en los cuadros finales de la adicción. Comenzar la prevención más allá de lo ilegal asegurando el trabajo en cada uno de los tramos vinculados con el abuso de las sustancias implica seguramente remover mucho de lo que la cultura da como socialmente aceptable pero, hasta ahora y desde hace mucho tiempo, parece que el único camino posible con los jóvenes no transita por fuera de la sinceridad.

Esta investigación se llevó a cabo dentro del marco del Proyecto de Prevención VIH-SIDA-ETS PREVSIDA-C.E. apoyado por el programa de Prevención VIH-SIDA de la Comunidad Europea y ejecutado por la Agencia de Cooperación Técnica Alemana GTZ.

La entrevista a los pacientes fue posible mediante la buena colaboración y apoyo generoso de las siguientes instituciones:

Federación de Organismos No Gubernamentales.

Centro de Cuidados Continuos (Capital Federal)

Centro Juvenil Esperanza (Balcarce)

Centro Nacional de Reeducción Social - CENARESO (Capital Federal)

Programa ASER (La Plata)

Fundación Santa Cecilia (Pilar)

Fundación Esperanza de Vida (Rosario)

Fundación Gingko Biloba.

Las opiniones expresadas en este artículo son responsabilidad del autor y no representan, necesariamente, las de las instituciones que dieron el apoyo al mismo.

● Links to other sites on the Web



© 1997
