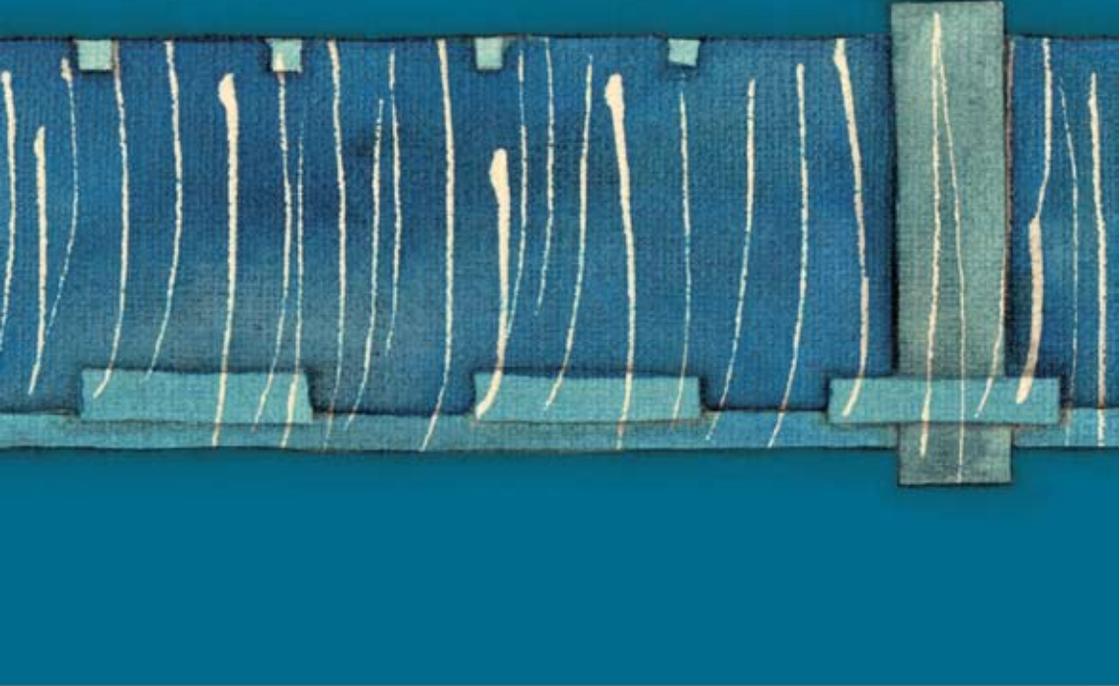




# LOS USUARIOS DE DROGAS Y EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA



Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo  
para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”



## **Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida**

---



# Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida

---

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

*Ana María Mendes Diz*  
*Ana Clara Camarotti*  
*Patricia Schwarz*

Instituto de Investigaciones Gino Germani  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Buenos Aires

**UBATEC S.A.**

Mendes Diz, Ana María

Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida / Ana María Mendes Diz ; Ana Clara Camarotti ; Patricia Schwarz. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ubatec SA, 2008.

70 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-24722-1-4

1. Sida-Prevención. 2. Sida-Control. I. Camarotti, Ana Clara II. Schwarz, Patricia III. Título

CDD 362.196 979 2

Fecha de catalogación: 23/10/2008.

© UBATEC S.A. (2008) Viamonte 577 5° piso (C1053ABK)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

www.ubatec.uba.ar

UBATEC S.A. – Receptor Principal

Proyecto "Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina"  
Apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Directora General de UBATEC S.A.: Dra. Laura Boveris

Coordinador Técnico del Proyecto País: Dr. Rodolfo Kaufmann

Responsable de Área de Monitoreo y Evaluación: Dr. Eduardo Chávez Molina

Supervisión de Contenidos: Dra. Ana Lía Kornblit

Edición y corrección: Malala Carones

Diseño e ilustración: María Cecilia Cambas y Vladimir Merchensky

Colaboración: Lic. Carolina Casullo y Lic. Romina Stein

Investigación realizada por el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, en el marco del Proyecto "Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina", apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Directora de la Investigación: Dra. Ana María Mendes Diz.

 Eudeba

Impreso en Argentina

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723

*Los puntos de vista aquí descritos no representan la opinión del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, ni hay aprobación o autorización de este material en forma expresa o implícita por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.*

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este material, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito de UBATEC S.A.

## Índice

Presentación.....	9
Prólogo.....	11
1. Introducción.....	13
2. Aspectos metodológicos.....	17
3. Características del consumo de drogas.....	23
4. Prácticas sexuales de los usuarios de drogas.....	33
5. Información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/sida.....	45
6. Accesibilidad al sistema de salud.....	51
7. Clima afectivo personal y familiar.....	55
8. Algunas reflexiones y propuestas.....	61
Bibliografía.....	69



## Presentación

El propósito de esta serie es dar a conocer y difundir los estudios sociales vinculados al VIH/sida realizados durante la ejecución del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, gestionado por UBATEC S.A. durante el período 2006-2008.

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, cuyo propósito es aumentar radicalmente los recursos para enfrentar las tres enfermedades más devastadoras del mundo, ha brindado un soporte económico significativo para apoyar los proyectos y programas orientados a la prevención, control y tratamiento del VIH/sida en nuestro país.

En Argentina, el Proyecto ha tenido como objetivo principal abordar el VIH/sida en tres áreas: prevención para población general y específica, mejora de la calidad de vida de las personas que viven con la enfermedad y fortalecimiento de la capacidad operativa del sistema de salud comprometido en el área.

Desde el año 2006, UBATEC gestionó la implementación de las líneas de acción fijadas por el Mecanismo Coordinador País (órgano político-estratégico del Proyecto) contando con la supervisión de Price Waterhouse & Coopers en calidad de Agente Local del Fondo Mundial.

Para UBATEC ha sido un honor y un desafío formar parte de la trascendental misión del Fondo Mundial en Argentina. Asumimos este compromiso desde el comienzo, con la convicción de que nuestra participación permitiría fortalecer todas las acciones que se desarrollaran en el país para prevenir y mejorar el control local de la pandemia. Esperamos que esta investigación y sus resultados permitan profundizar nuevas experiencias y concretar resultados en las políticas sociales y de salud en Argentina, siendo un valioso aporte para el desarrollo de acciones vinculadas con el VIH/sida.

*Laura Boveris*  
*Directora General*  
*UBATEC S.A.*



## Prólogo

Los aspectos sociales del sida han desempeñado un papel protagónico en el desarrollo de la epidemia, ya que se trata de un síndrome que ha surgido en la escena contemporánea, en la que la circulación de información a través de los medios masivos configura uno de los modos de construcción social de la enfermedad.

Hacia fines de la década del 80 numerosas voces críticas pusieron de manifiesto la insuficiencia de los primeros estudios sobre estos temas, basados en la pretendida ilusión de que una mejor información, actitudes no discriminatorias que aceptaran que todos podemos padecer la infección y creencias positivas con respecto al uso del preservativo redundarían en una mayor adopción de conductas preventivas del VIH por parte de la población.

La nueva perspectiva que surgió desde las ciencias sociales, ante el escaso aporte de las variables estudiadas para la predicción de las conductas protectoras, se basó especialmente en la importancia atribuida a la “construcción” del riesgo por parte de la población, vale decir, a los significados asignados por ella a la enfermedad. Esta perspectiva se complementa con una mirada sobre las desigualdades existentes entre los distintos países y dentro de cada uno de ellos, que operan en detrimento de las poblaciones más vulnerables frente al riesgo, especialmente en el acceso a la prevención.

La realización de estudios sociales como parte del Proyecto “Actividades de Apoyo a la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, tuvo el propósito de revelar los aspectos mencionados anteriormente en los grupos sociales más afectados por la enfermedad: trabajadoras sexuales, mujeres embarazadas seropositivas, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas y población bajo la línea de pobreza.

En todos los casos se han logrado trabajos que aportan insumos tanto para la evaluación de las intervenciones preventivas del Proyecto como para la formulación de futuras políticas públicas e intervenciones de ONG.

*Ana Lía Kornblit*



# 1. Introducción

Los datos epidemiológicos del VIH/sida evidencian que los usuarios de drogas por vía endovenosa se encuentran entre los porcentajes más altos de infección (*Infosida*, 2003). Consideramos que esta situación podría revertirse, y de hecho esto ya empezó a ocurrir a partir de campañas eficaces focalizadas en esta población con el fin de detener la propagación de enfermedades como el VIH/sida y la hepatitis C, ofreciendo a los grupos de usuarios información que les permita incorporar prácticas de cuidado y facilitándoles el acceso a los servicios de salud.

En Argentina actualmente existen dos tipos de programas estatales que se encargan de evitar el uso, abuso y dependencia de drogas: los programas abstencionistas y los que trabajan desde la perspectiva basada en la reducción del daño. Ambos se asientan en supuestos diferentes a la hora de configurar el perfil de los destinatarios. Las comunidades terapéuticas –como máximo exponente de los programas abstencionistas– están atravesadas por un fuerte discurso psicologista y disciplinario, que se centra en el “yo” y el entorno familiar para encontrar las causas de inicio en el consumo de drogas; en cambio, los programas de reducción de daños (PRD) responden a un modelo basado en la disminución o desaparición de los daños evitables que una práctica desinformada y descuidada ocasiona. En su discurso se advierte el énfasis en el refuerzo de la red social y en la capacitación laboral de los consumidores (Camarotti, 2006).

Las comunidades terapéuticas defienden dogmáticamente el principio de la abstinencia, y consideran el sistema de salud como la “mejor” solución para los problemas de drogadependencia. Retomando a Inchaurreaga (2001), podemos decir que todos los obstáculos y determinismos de estas

instituciones adquieren un estatuto de “verdad” a través del sistema de poder que las legitima (sistema de salud y sistema legal).

Los PRD, al aceptar el consumo como un hecho de la realidad, no se centran en el consumo en sí sino en los daños individuales y sociales que ocasiona. Debe aclararse que la reducción de daños, como señalan sus promotores, no consiste solamente en programas de intercambio de jeringas o de sustitución de opiáceos, también garantiza el acceso a la información y a la prevención, facilita el contacto de los usuarios de drogas (UD) con las instituciones de salud e intenta evitar los costos sociales e individuales que acompañan a la penalización de las drogas.

Como señala Camarotti (2006), durante los últimos años las políticas de reducción de daños fueron adquiriendo relevancia a partir del consumo por vía endovenosa, que llevó a un creciente y peligroso daño asociado a esta forma de consumo: la transmisión del VIH y la hepatitis C, que incrementaron rápidamente la tasa de mortalidad entre este grupo de usuarios. Asimismo, a partir de estos programas se comprobó que los UD no acuden a los centros de atención asistencial o social por el rechazo institucional que allí encuentran.

El objetivo de este estudio fue, por un lado, caracterizar la situación de las personas usuarias de drogas de cuatro ciudades del país, en torno a conocimientos, creencias, valoraciones y prácticas en relación con el VIH/sida, la sexualidad y el uso de drogas; y por el otro, evaluar la efectividad de las actividades del proyecto “Actividades de Apoyo a la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina” en relación con las personas usuarias de drogas que hayan sido alcanzadas por dicho programa.

## **El equipo de investigación**

La directora del proyecto fue la Dra. Ana María Mendes Diz y las investigadoras fueron la Mg. Ana Clara Camarotti y la Lic. Patricia Schwarz. El procesamiento de datos estuvo a cargo de la Mg. Mónica Raimondi. El coordinador de campo fue el Lic. Sergio Guffanti, y la Mg. Cristina Godio fue la profesional asistente de investigación.

Las encuestas estuvieron a cargo de los operadores de los proyectos realizados en AMBA y del equipo local de profesionales en Rosario:

Agradecemos la colaboración de las licenciadas Claudia Petracca y Mirta Esquivel, y los operadores Jorge Filippi, Patricia Pinto, Alfredo Fassano, Hebe Sotelo, Juan Carlos Barrera, Jorgelina López, Víctor Galeano, Sergio Burgos y Rubén Carranza, del Proyecto Fortalecimiento de las acciones de reducción de daños en el Municipio de San Martín, Buenos Aires (Dirección de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud Pública de San Martín, Creación Sociedad Civil); del Lic. Ricardo Paveto y del operador José Wenceslao Alonso, del Programa de Prevención del VIH/Sida y Reducción de Daños entre usuarios de drogas en situación de pobreza de la Ciudad de Buenos Aires (ARDA); de la Lic. Paula Goltzman y los operadores Daniel y Marcelo del Programa Actores Nuevos para Proyectos Nuevos. Fortalecimiento de organizaciones de base en dos municipios de la Provincia de Buenos Aires para la reducción de daños en usuarios de drogas (Intercambios); de las licenciadas Diana Lomonaco, Andrea Ce-lentano, Natalia Espariz, Cristian del Carlo y Rebeca Villamayor del Programa de Prevención del VIH/Sida y Reducción de Daños entre usuarios de drogas en situación de pobreza de la ciudad de Rosario. Hacia una construcción ciudadana (ARDA), CEADS Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y Sida con el aval de ARDA.

Las encuestas con usuarios no alcanzados por los proyectos se realizaron con la colaboración del siguiente grupo de profesionales:

En el área metropolitana, Srta. Mariana Ramírez, Lic. Claudia Panizza, Lic. Gisela Leal y Lic. Soledad Chiavola; en Rosario: Lic. Rubén de Liza (Programa Andrés), Lic. Federico Roig (Comunidad Esperanza); en Mendoza: Lic. Inés Dávila; en Neuquén: Lic. María Sol Martín y Lic. Gustavo Gómez.



## 2. Aspectos metodológicos

Se trata de un estudio cuali-cuantitativo en el que se utilizaron dos modalidades de abordaje de los UD: uno cuantitativo, mediante la aplicación de un cuestionario; y otro, cualitativo, que complementa al primero profundizando aspectos y dimensiones que no son captables por medio de indicadores cuantificables y que permite obtener un panorama más integral de la situación de las personas UD.

En el componente cuantitativo del proyecto, a través del formulario de encuesta, se han relevado las siguientes dimensiones: *a*) aspectos generales (datos socio demográficos: sexo, edad, ocupación actual, nivel educativo, lugar de residencia, personas con las que vive); *b*) situación de riesgo para ellos mismos y para otros en relación con la infección por VIH (a partir del consumo de drogas y en relación con las conductas sexuales), y *c*) percepción del estado de salud y enfermedad.

En el componente cualitativo se profundizaron aspectos ligados a la experiencia personal y a las características generales de los UD según la zona en la que residen. Las entrevistas se focalizaron en las características de los programas basados en la lógica de la reducción de daños, así como también de los usuarios de drogas que de ellos participan. Asimismo, se indagó sobre los aspectos favorables y desfavorables en la implementación de los programas.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> **Componente cuantitativo.** Técnica de recolección de la información: cuestionario con preguntas cerradas, adaptado del Informe para el establecimiento de la Línea de Base en usuarios de drogas por vía endovenosa (2003). Universo: usuarios de drogas de entre 12 y 59 años. Ámbito: cuatro ciudades del país: Rosario, Mendoza, Neuquén y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Muestra: 355 casos. Muestreo: intencional, de usuarios de drogas de consumo no ocasional. Momento de realización del trabajo de campo: agosto/octubre de 2007. **Componente cualitativo.** Técnica de reco-

La población objetivo de este estudio son las personas usuarias de drogas en las ciudades de Rosario, Mendoza, Neuquén y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y se subdivide en: UD no alcanzados por las actividades del proyecto “Apoyo a la Prevención y Control del VIH/sida en Argentina”, usuarios de drogas alcanzados por esas actividades y operadores que las desarrollan.

El trabajo de campo (TC) se realizó con encuestadores/entrevistadores del equipo central en conjunto con reclutadores y encuestadores de cada una de las ciudades. Debido a las características de la temática a investigar y respondiendo al tipo de muestreo que se implementó, se trabajó con la técnica de “bola de nieve”; los primeros contactos se hicieron a través de las instituciones locales que trabajan con la temática de uso de drogas. Es por ello que en esta primera etapa se concentró el esfuerzo en la gestión de contactos institucionales y de reclutadores (operadores de campo de estas organizaciones), que nos acompañaron a las diferentes zonas de cada ciudad donde se encontraban UD. El contacto previo de los reclutadores con los UD funcionó como facilitador para lograr la confianza necesaria que nos permitiera contactar a aquellos. A partir de allí, se solicitó a cada UD que nos presentara a otros para ser entrevistados.

Cabe señalar que en todos los casos se solicitó el consentimiento a los sujetos del estudio (al inicio del formulario de la encuesta) y se aclaró la posibilidad de interrumpirla en el momento en que lo desearan. Se les aseguró confidencialidad y privacidad al momento de responder las preguntas.

En la población de usuarios que fueron alcanzados por actividades financiadas por el proyecto “Apoyo a la Prevención y Control del VIH/sida en Argentina”, se trabajó con los cuatro proyectos financiados, uno en la ciudad de Rosario y los otros tres en el conurbano bonaerense. En ellos se realizaron encuestas, entrevistas y grupos focales. Las entrevistas y los grupos focales estuvieron a cargo de integrantes del equipo central del proyecto. Para la realización de las encuestas, en cambio, se contó con la colaboración de los operadores de los proyectos realizados en AMBA y del equipo

---

lección de la información: entrevista en profundidad y entrevistas grupales, con una guía de preguntas abiertas. Ámbito: Rosario y Gran Buenos Aires. Muestra: por saturación teórica, 26 entrevistas y 4 grupos focales. Criterio de inclusión: que participaran activamente en un programa basado en la lógica de reducción de daños financiado por el Fondo Mundial. Momento de realización del trabajo de campo: septiembre/octubre de 2007.

local de profesionales, en el caso del proyecto de la ciudad de Rosario. En el caso de los usuarios que no fueron alcanzados por actividades financiadas por el proyecto “Apoyo a la Prevención y Control del VIH/sida en Argentina”, contamos con la colaboración de un grupo de profesionales.

## Características sociodemográficas de la muestra

Se trabajó con un muestreo intencional y la cantidad de casos realizados en cada una de las ciudades se determinó a partir de la información proveniente de la Línea de Base sobre usuarios de drogas (2003). Cabe la salvedad de que, si bien se realiza un análisis comparativo, la población del estudio anterior estaba constituida por usuarios de drogas por vía inyectable (UDI), mientras que sólo el 22% (79 casos) de la población del estudio actual tiene esta condición.<sup>2</sup>

Debe aclararse también que aunque el relevamiento no se basó en cuotas fijas de sexo, edad y nivel educativo, los encuestadores tenían la instrucción de tratar de alcanzar aquellos segmentos que se consideraban menos frecuentes (especialmente mujeres y personas con niveles de educación más altos). Para la descripción de las características sociodemográficas finalmente resultantes en la muestra, tomamos en cuenta las variables de sexo, edad y nivel de instrucción.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra, según sexo y edad**

Distribución por sexo e intervalos de edad	Hombres (81%)		Mujeres (19%)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hasta 19 años	69	24	11	16,2	80	22,5
20 a 24 años	58	20,2	15	22,1	73	20,6
25 a 34 años	103	35,9	26	38,2	129	36,3
35 a 44 años	39	13,6	11	16,2	50	14,1
45 años y más	18	6,3	5	7,4	23	6,5
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

Base: total de entrevistados.

<sup>2</sup> Esta diferencia en la composición de las muestras se debió a la dificultad de encontrar usuarios de drogas por vía endovenosa en la actual investigación, lo que implica un dato de importancia con respecto a la disminución de este tipo de usuarios.

De acuerdo a los datos que se presentan en el cuadro previo, se observa un porcentaje más bajo de mujeres que en el Informe de Línea de Base (ILB, 2003) en el que alcanzaban a un tercio de la población del estudio. En cuanto a las edades, se observa que esta población es más joven que la de aquel informe (sólo el 28% era menor de 25 años y el 48% tenía entre 25 y 34 años).

Si se analizan los datos de nivel de instrucción en comparación con los de la población del informe de 2003, vemos que la mayor proporción de usuarios en ambos estudios tiene un nivel de instrucción que va de primaria completa a secundaria incompleta (en 2003 alcanzaba un 73%). En el estudio actual se ha encontrado un mayor porcentaje de personas que alcanzaron el nivel terciario (en 2003 era sólo del 2%) y una proporción algo menor de personas sin instrucción o con primario incompleto (que en 2003 llegaba al 16%).

**Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra según sexo y nivel de instrucción**

Distribución por sexo y nivel de instrucción	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	N	%	N	%	N	%
Sin instrucción / Primaria incompleta	32	11,1	5	7,4	37	10,5
Primaria completa	78	27,2	14	20,6	92	25,9
Secundaria incompleta	127	44,3	25	36,8	152	42,8
Secundaria completa	24	8,4	10	14,7	34	9,6
Terciaria incompleta / Universitaria incompleta	26	9,1	14	20,6	40	11,3
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

Base: total de entrevistados.

En general, esta población es algo más educada que la del informe anterior y en ambos estudios se observa que las mujeres alcanzan un mayor nivel educativo.

En cuanto a las regiones donde se realizó la investigación, se privilegiaron las mismas tomadas para el ILB de 2003, aunque con porcen-

tajes de encuestados levemente diferentes: casi la mitad de la muestra (48%) corresponde al AMBA, un 34% a Rosario y un 9% a Mendoza y Neuquén respectivamente.

A modo ilustrativo se detallan las localidades del AMBA donde se reclutaron los encuestados: Berisso, Luis Guillón, San Martín, Moreno, Lanús, Lomas de Zamora y ciudad de Buenos Aires.

Cabe señalar que en las tablas y gráficos presentados en este informe no se han hecho diferencias según las ciudades debido a que el número de encuestas realizadas en algunas de ellas no constituye una base suficiente para establecer distinciones.

En términos generales, se puede decir que la población del estudio actual tiene una proporción menor de mujeres, es más joven y algo más educada que la población del Informe de Línea de Base (2003).



### 3. Características del consumo de drogas

Los usuarios de drogas deben circular por escenarios poco visibles, tanto para comprar como para consumir dichas sustancias. La clandestinidad los lleva a que por lo general desconozcan o conozcan erróneamente –la información que tienen muchas veces responde a mitos de otros consumidores de drogas y no a información proveniente de fuentes confiables– cuál es la manera menos nociva de utilizar las drogas, cuál es la calidad de las sustancias que están consumiendo, cuáles son los efectos que esas sustancias pueden provocar y cuáles las medidas de asepsia que deben tener en cuenta. El carácter de ilegalidad que tiñe estas prácticas aleja a los usuarios de los centros de salud, salvo en situaciones límite como, por ejemplo, los casos de sobredosis.

Por otro lado, en su origen, la epidemia del VIH/sida y la propagación de la hepatitis C fueron asociadas a los grupos que asumen prácticas de riesgo. Rápidamente, homosexuales masculinos, consumidores de drogas por vía inyectable, trabajadoras/es del sexo y personas asociadas con prácticas sexuales promiscuas fueron calificados como “grupos de riesgo”. Esto llevó a agudizar la discriminación hacia estos grupos. En el caso de los usuarios de drogas, lo que no se tuvo en cuenta fue que este tipo de enfermedades no era efecto de “las drogas” sino de una forma especial de consumo: fundamentalmente la vía endovenosa, que llevaba a compartir agujas y otros materiales de inyección.

En los últimos años, tanto a escala nacional como internacional, la tendencia en el consumo de drogas por vía inyectable muestra un marcado descenso. Las razones que surgen como posibles causas son: 1) la aparición del VIH/sida y la hepatitis C, lo que transformó a los usuarios de dro-

gas con este tipo de prácticas en poblaciones vulnerables a contraer dichas enfermedades; 2) el surgimiento de los programas de reducción de daños a mediados de los 90, que en un primer momento en Argentina trabajaron fundamentalmente con UDI en el intercambio de jeringas; 3) la calidad de la cocaína: la mayor parte de los entrevistados argumentan que los años de crisis económica en Argentina coinciden con una creciente escasez y baja calidad de las sustancias, principalmente de la cocaína que, en algunos barrios, desapareció del mercado de sustancias ilegales; y por último, 4) la incorporación de una nueva sustancia denominada “paco” o “pasta base” en las zonas más empobrecidas de nuestro país.

El consumo de cocaína por vía inyectable es desde hace varios años una práctica estigmatizada entre los consumidores de drogas. De todos modos, como afirma Gamella (1991), esto no fue siempre así. En Europa se visualizaba una ética y una estética de la heroína y la aguja, que se convirtió en un poderoso símbolo de rebeldía. Este símbolo también se incorporó en nuestro país hace un par de décadas, y de él se hizo eco un público adolescente, interesado en comportamientos arriesgados y novedosos, que comenzó a formar parte de un nuevo grupo autodenominado “los pinchetos”.

El primer “pico” o “gancho” es, casi por definición, un hecho grupal, colectivo, que tiene mucho de rito de iniciación. Como se trata de una técnica compleja, requiere de un saber especializado, de alguien que posea “el conocimiento” que hay que ir aprehendiendo y adquiriendo con la práctica. La persona que inicia a otra en el consumo endovenoso es alguien de confianza, un amigo o compañero de consumo, un *dealer*, una pareja sexual, o un familiar; es alguien a quien se respeta por guardar un saber conquistado en la experiencia. Además, al ser una práctica ilegal, la búsqueda de información por fuera de estos ámbitos se vuelve dificultosa.

En esta parte del trabajo analizamos las características actuales del consumo por vía inyectable así como también las particularidades del consumo de drogas en general. El interés por conocer las características del uso de drogas se debe a que, más allá de los riesgos que puede acarrear el hecho mismo de consumirlas, hay una serie de variables que agravan la situación, tales como el tiempo y la frecuencia de consumo, la edad de inicio en el consumo de drogas ilegales y específicamente la edad de inicio en el uso inyectable y el compartir o no el equipo de inyección, entre otras.

Teniendo en cuenta la edad de inicio en el consumo por vía inyectable, casi el 40% lo hizo entre los 14 y los 17 años; este valor disminuye notoriamente a medida que avanza la edad de los encuestados. En comparación con los resultados del ILB de 2003, encontramos que este porcentaje duplica la cantidad de UDI que manifestaron haberse iniciado en este tipo de consumo en el mismo intervalo de edad. El hecho de que los más jóvenes expresen que han comenzado esta forma de consumo en edades más tempranas refuta la idea de que actualmente los jóvenes no eligen la vía endovenosa como alternativa posible de consumo.

En este sentido, los UDI que participaron en actividades de prevención basadas en la lógica de reducción de daños son, por lo general, de edades más avanzadas. A los fines de arrojar alguna explicación al respecto, podemos argumentar que estos programas, que comenzaron hace algunas décadas, si bien en un primer momento lograron acceder a una población invisibilizada, estigmatizada y desatendida social y económicamente, no consiguieron generar estrategias efectivas para las nuevas generaciones de usuarios de drogas por vía endovenosa.

**Tabla 3. Frecuencia de consumo de drogas inyectables, según sexo y participación en programas de reducción de daños**

	Total	PRD		Sexo	
		Sí	No	Masculino	Femenino
<b>Total N</b>	79	26	53	64	15
<b>Sólo una vez por mes</b>	8%	–	16,7%	5,3%	16,7%
<b>2 a 3 veces por mes</b>	20%	16,7%	25%	26,3%	–
<b>1 vez por semana</b>	8%	8,3%	8,3%	10,5%	–
<b>2 a 3 veces por semana</b>	24%	16,7%	33,3%	21,1%	33,2%
<b>4 a 6 veces por semana</b>	16%	33,3%	–	15,8%	16,7%
<b>1 vez por día</b>	8%	8,3%	8,3%	5,3%	16,7%
<b>2 a 3 veces por día</b>	12%	8,3%	8,3%	10,5%	16,7%
<b>4 o más veces por día</b>	4%	8,3%	–	5,3%	–

Base: personas que se inyectaron alguna sustancia por vía endovenosa.

En relación con la frecuencia del consumo de drogas, no hay grandes diferencias entre el número de respuestas asignadas a cada una de las categorías.

Las personas que consumen con mayor frecuencia (varias veces al día) son quienes representan el nivel de instrucción más bajo y, en menor medida, los que tienen 35 años y más.

También hemos encontrado que cuanto más tiempo ha transcurrido desde que comenzaron a consumir drogas por vía endovenosa, mayor es la frecuencia de consumo inyectable (una vez por día o más).

En los relatos de los entrevistados se menciona la idea de pasaje entre un consumo de drogas que comienza siendo grupal y termina transformándose en individual. En este sentido, las explicaciones que fueron dando refieren a que prefieren consumir solos porque no quieren compartir la droga o a que se consideran adultos y eso los inhabilita para seguir tan prendidos en el “bardo”, es decir en el robo, las peleas, etc.

En síntesis, el comienzo del consumo por vía inyectable está aumentando entre las poblaciones más jóvenes. Respecto de las edades de inicio de este tipo de consumo, los más jóvenes comenzaron en promedio a los 17 años mientras que los mayores lo hicieron a los 19,5 años. Estos valores difieren de los encontrados en el informe de 2003, en el que los más jóvenes se habían iniciado en el consumo a los 18 años mientras que los mayores lo habían hecho a los 24 años.

### **3.1. Aspectos relacionados con compartir equipos de inyección**

Como es sabido, en relación con la transmisión del VIH la situación de riesgo no está vinculada al hecho de consumir drogas, ni siquiera al hecho de consumirlas por vía endovenosa, sino a la situación de compartir agujas, jeringas y/o otros elementos del equipo de inyección.

Como explica María Epele (2002), la falta de estrategias preventivas en los barrios empobrecidos llevó a que la población se informara acerca del VIH/sida de manera muy violenta, a través del enfermar y morir. Quienes hoy son los “sobrevivientes” sufren tanto las pérdidas físicas de sus compañeros como también padecen en muchos casos el VIH/sida, transformándose en la expresión concreta de las consecuencias de una época de

consumo. Asimismo, esta enfermedad contribuyó, en el mejor de los casos, al desmembramiento de los grupos de consumo: el hecho de tener miedo llevaba a no querer compartir la jeringa con otros amigos, lo que rompió con una idea de comunión compartida por los consumidores. Según la autora, los procesos principales que han modificado las condiciones del uso de drogas en los conjuntos sociales de alta vulnerabilidad son los siguientes: la disolución de las redes sociales extendidas de usuarios, el carácter de progresivo individualismo en las prácticas de uso de drogas y el desmantelamiento y modificaciones de los mecanismos locales de regulación de la violencia.

**Tabla 4. La última vez que te inyectaste, ¿usaste aguja/jeringa usada antes por otro?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sí</b>	7	9,3
<b>No</b>	68	90,7
<b>Total</b>	75	100

El 9% de los UDI encuestados afirma que han compartido el equipo de inyección la última vez que consumieron drogas por esta vía. El porcentaje es algo mayor entre los hombres y los de mayor edad. Este porcentaje es notoriamente menor al hallado en el ILB, en el que rondaba el 30%. Entre los que respondieron haber participado en PRD, encontramos que el porcentaje de los que compartieron el equipo de inyección la última vez es menor.

En relación con el consumo de drogas entre mujeres, habida cuenta del planteo de Nuria Romo Áviles (2003), los primeros estudios comenzaron a realizarse en Estados Unidos en la década del 90, y los resultados que arrojaron sólo contribuyeron al “pánico moral” y a la demonización de las mujeres/madres consumidoras de drogas, por ser madres que perjudican a sus hijos. Es en este sentido que la autora concluye que las mujeres que usan drogas ilegales son doblemente rechazadas: por contraponerse a los roles femeninos clásicos (madre, cuidadora, esposa, etc.) y por su relación con la ilegalidad a raíz del consumo de drogas.

En el último estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2005), “Tratamiento del Abuso de Sustancias y Atención para la Mujer”, se señala que en el mundo se sabe muy poco acerca de la prevalencia y las pautas de uso de drogas en las mujeres, de las necesidades de tratamiento por abuso de drogas y de los problemas conexos que el consumo ocasiona, tanto a niveles físicos como psicosociales. Según este informe, esta situación se agrava particularmente en las mujeres de los países en desarrollo.

En nuestro estudio, las personas con quienes compartieron el equipo de inyección usado previamente son en primer lugar los amigos y en segundo lugar, la pareja habitual y un conocido en el lugar de consumo. Las mujeres contestan en mayor medida que compartieron el equipo de inyección con su pareja habitual.

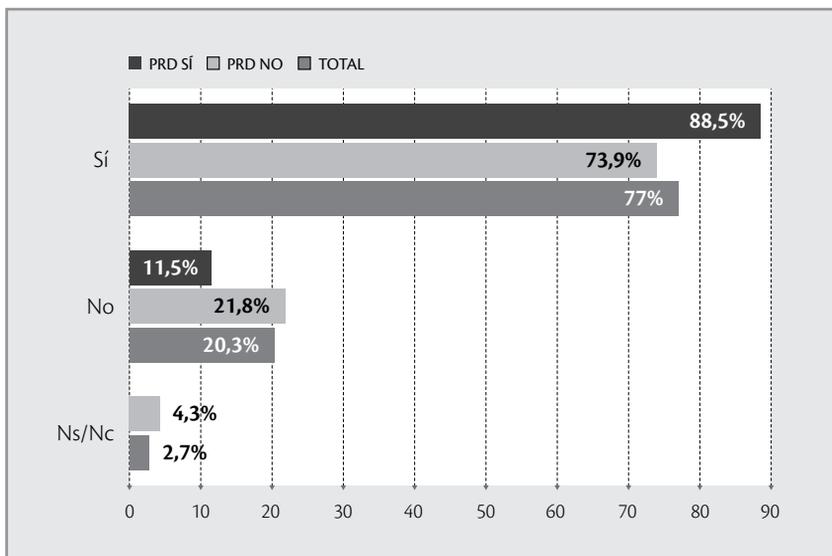
En cuanto a la frecuencia con que limpiaron el equipo de inyección, algo más de la mitad del grupo que lo recibió usado, afirma hacerlo siempre. Este dato es alentador en relación con el ILB de 2003, cuando sólo un tercio del grupo respondió que siempre había limpiado las jeringas ya utilizadas.

Sorprende que sean más los hombres y los más jóvenes quienes limpian siempre las jeringas. Este dato difiere del que se registró en 2003, en el que eran las mujeres quienes lo hacían en una proporción algo mayor, mientras que los más jóvenes y los de mayor educación eran los que tendían a no limpiar nunca el equipo.

Casi todos afirman utilizar lavandina como único procedimiento eficaz. Las mujeres, los de mayor nivel de educación y los que participaron en algún PRD son quienes más lo usan. En el informe de 2003, los que elegían esta alternativa alcanzaban sólo el 18%, lo que evidencia que en la actualidad hay un mayor conocimiento de la efectividad de este tipo de limpieza.

Las tres cuartas partes de los UDI encuestados afirman que podrían conseguir un equipo de inyección nuevo cuando lo necesiten; este porcentaje disminuye entre los de mayor edad, entre las personas del nivel de instrucción más bajo y entre los que participaron de PRD. Cabe destacar que existen quince puntos porcentuales que distancian en este aspecto a los que participaron en PRD de los que no lo hicieron.

**Gráfico 1. Posibilidad de conseguir un equipo nuevo cuando lo necesita, según participación en programas de reducción de daños**



Base: personas que compartieron el equipo de inyección.

La farmacia es el lugar citado en las tres cuartas partes de los casos como el lugar donde podrían conseguir el equipo de inyección. Le siguen los programas de reducción de daños (38%) y los trabajadores de la salud (15%); ambos, mucho más mencionados por las mujeres, los más jóvenes y los de menor nivel de instrucción. Cabe destacar que las tres cuartas partes de los que participaron de PRD han obtenido allí sus equipos de inyección.

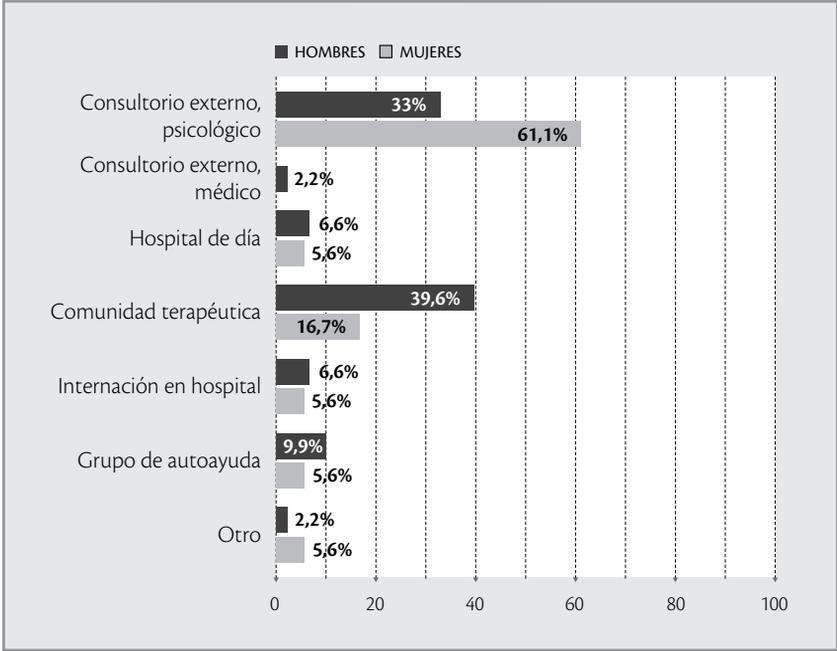
### **3.2. Aspectos vinculados al tratamiento para abandonar el consumo**

Por otra parte, dos tercios de los encuestados nunca estuvieron en tratamiento para abandonar el consumo de drogas, particularmente las mujeres y los más jóvenes. En cuanto a las diferencias entre los que han participado en programas de reducción de daños y los que no, se observa que los que no hicieron nunca tratamiento tampoco se acercaron a los PRD. De todos modos, es interesante remarcar que dos tercios de la muestra, a

pesar de nunca haber estado en tratamiento por consumo de drogas, elige participar en los PRD.

Entre los que hicieron tratamiento por drogas (N=110), encontramos que casi un 38% recurrió a un consultorio externo donde recibió atención psicológica. Muy cercana, la segunda opción ha sido la comunidad terapéutica. Es interesante observar que la tercera respuesta son los grupos de autoayuda (casi el 10%), que muchas veces no son tenidos en cuenta en los estudios de rehabilitación y recaídas por consumo de drogas. A continuación presentamos dos gráficos en donde se observan las diferencias según sexo y participación en los PRD.

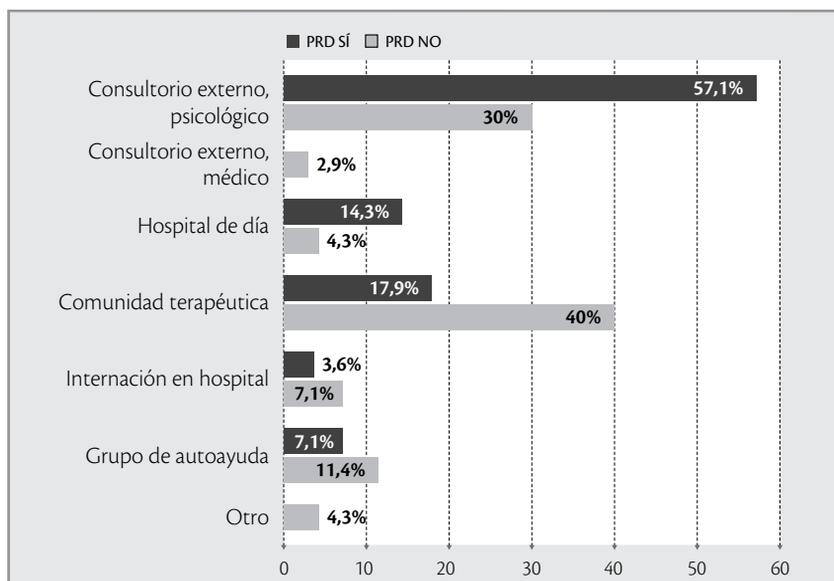
**Gráfico 2. Personas que realizan o realizaron tratamiento por drogas según sexo**



En el grupo que ha buscado ayuda para abandonar el consumo de drogas, se observa que las mujeres son las que más recurren a tratamientos psicológicos ambulatorios, mientras que los varones van a comunidades

terapéuticas. Esto puede estar evidenciando algo ya señalado por otros estudios, tanto nacionales como internacionales: que las comunidades terapéuticas no contemplan a las usuarias de drogas que tienen a cargo sus hijos, lo que se vuelve un impedimento para las mujeres a la hora de poder sostener este tipo de tratamiento. Asimismo, las comunidades terapéuticas, si quieren captar más público femenino, deben tener en cuenta programas específicos para mujeres, en tanto viven problemáticas diferentes a las de los consumidores varones (sexualidad, enfermedades, etc.).

**Gráfico 3. Personas que realizan o realizaron tratamiento por drogas según participación en programas de reducción de daños**



En este sentido, María Epele (2002) encuentra que la discriminación que sufren las mujeres se traduce en vergüenza, ocultamiento y aceptación de diferentes roles subordinados, lo cual tiende a aumentar los procesos de desigualdad de las mujeres dentro del sistema de intercambios entre usuarios.

Teniendo en cuenta la variable de participación en PRD, quienes sí participaron de dichos programas realizaron en mayor medida, al igual

que las mujeres, tratamientos psicológicos ambulatorios. En cambio, los que no participaron de estos programas optaron por comunidades terapéuticas.

Es importante remarcar que las comunidades terapéuticas no resultan atractivas para el grupo que participa de los PRD. Los datos relevados muestran que cuando se les ofrecen alternativas más acordes con sus necesidades y realidades, los usuarios no sólo participan sino que incorporan rápidamente prácticas preventivas.

## **4. Prácticas sexuales de los usuarios de drogas**

En nuestro país la principal vía de transmisión del VIH/sida comenzó siendo sexual a través de la relación de hombres que tenían sexo con hombres sin usar preservativo. Durante la década del 90 hubo un fuerte aumento de casos VIH positivos entre usuarios de drogas por vía endovenosa que compartían el equipo de inyección. Actualmente, como ya se mencionó, los usuarios de drogas están reduciendo los daños directamente asociados al consumo endovenoso. Al mismo tiempo, la transmisión sexual comenzó a incrementarse nuevamente, y se convirtió, al menos en nuestro país, en la principal vía de transmisión, pero esta vez a través de las relaciones heterosexuales.

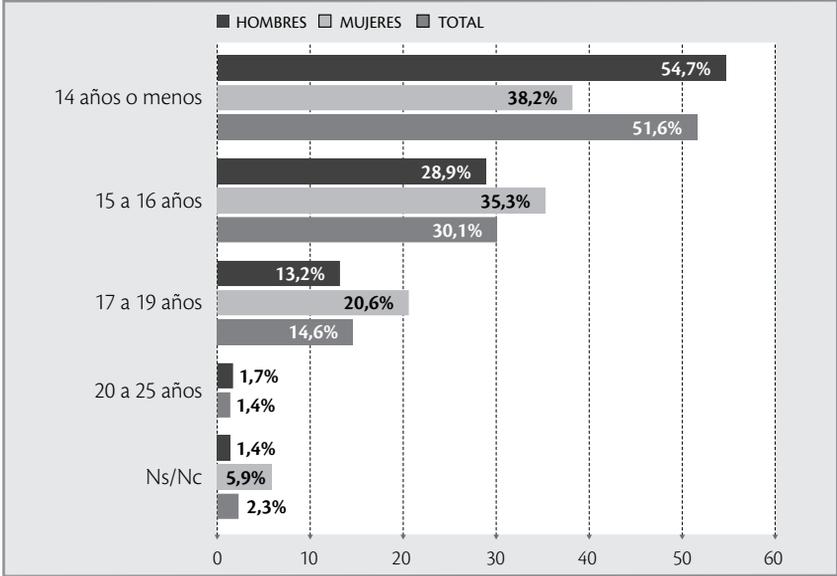
A continuación analizaremos algunos aspectos ligados a las prácticas sexuales de los usuarios de drogas, tales como: edad de inicio sexual, relaciones sexuales con personas del mismo sexo, cantidad de parejas sexuales, uso de preservativo con parejas estables, ocasionales y a cambio de dinero o droga.

### **4.1. El inicio sexual y la cantidad de parejas sexuales**

La totalidad de los entrevistados se había iniciado sexualmente al momento del estudio y, como se observa en el gráfico a continuación, la mitad de ellos tuvo su primera relación sexual a los 14 años o menos; si se incluye a los que tienen hasta 16 años, llegan a más del 80%. Seis de cada diez jóvenes de entre 15 y 24 años se iniciaron sexualmente a los 14 años o menos, mientras que solamente casi cuatro de cada diez de 35 años y más lo hicieron a esa misma edad. Estos datos sugieren que el inicio sexual se

ha adelantado en la última década, no solamente en este tipo de población sino también en población general, como se observa en Kornblit *et al.* (2000; 2006). En el ILB de 2003, cuya población eran usuarios de drogas por vía inyectable, el porcentaje que se inicia precozmente es algo menor que en el estudio actual, en el que la población de UDI es sólo del 22%. Sin embargo, cabe señalar que en nuestro estudio no se encuentran diferencias significativas, en este sentido, entre el grupo de usuarios de drogas y el de usuarios de drogas por vía endovenosa.

**Gráfico 4. Edad de inicio de las relaciones sexuales según sexo**



Se observan diferencias entre hombres y mujeres respecto a la edad de inicio sexual; esto ocurre tanto en nuestro estudio como en los de población general. Las mujeres muestran una mayor tendencia a iniciarse más tardíamente, lo cual puede estar indicando la influencia de la normativa de género que demanda en las mujeres un comportamiento sexual más controlado y menos relacionado con el deseo, habida cuenta de que en nuestra cultura la sexualidad se vuelve un terreno de represión, exposición y peligro para las mujeres, que sólo se sienten protegidas en el con-

texto del matrimonio o de la pareja estable. En las mujeres, a diferencia de los hombres, las experiencias sexuales no están asociadas en el imaginario social a un “deseo sexual instintivo”, sino a conductas relacionadas con los sentimientos y el cuidado (Vance, 1992). Aun así, cabe señalar que diversos estudios ya muestran que las mujeres urbanas, nacidas en la segunda mitad del siglo XX, han internalizado el cambio de valores según el cual la sexualidad es una parte normal de la vida de las personas y que la doble moral sexual es injusta. En este discurso no sólo se recupera la dimensión erótica femenina sino que la satisfacción sexual se convierte en un mandato y sinónimo de salud psíquica. Es por esto que en la práctica actual, la sexualidad y la reproducción tienden a separarse, debido a los cambios en la definición de la sexualidad de las mujeres y a la existencia de métodos altamente eficaces para regular la fecundidad (Schwarz, 2007).

En cuanto al nivel de instrucción, al igual que en las otras investigaciones mencionadas, se observa que la precocidad en las relaciones sexuales tiende a disminuir a medida que aumenta la educación formal.

## **4.2. Cantidad y tipo de parejas**

Al indagar acerca de la cantidad de parejas sexuales, encontramos que 4 de cada 10 encuestados tuvieron una sola pareja sexual en el último año, las mujeres casi duplican a los hombres en esta situación y el rango etario que concentra el mayor porcentaje (50%) en dicha opción es el de 25 a 34 años. Asimismo, a medida que aumenta el nivel educativo se incrementan los casos de personas que tienen una sola pareja.

Por otra parte, casi un 17% manifiesta haber tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, y esto se da sin diferencias entre hombres y mujeres, hallazgo a remarcar dada la carencia de estudios acerca de relaciones sexuales de mujeres con mujeres. En el informe de 2003 con población de UDI, la cifra de encuestados que manifestaron haber tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo alcanzaba al 27% (diez puntos porcentuales más que en nuestro estudio) y es pertinente aclarar que la pregunta se les hizo sólo a los hombres. En la población general esta cifra no supera el 0,5% (Kornblit, 2000). En este mismo estudio, además, la mayor proporción de encuestados (4 de cada 10) tuvo entre 3 y 10 parejas sexuales diferentes en el último año, lo cual significa que alcanza-

ron una proporción mayor en relación con quienes tuvieron una sola pareja. Estos hallazgos permiten suponer una relativa mayor diversidad de parejas por parte de los UDI, tanto en cuanto a su número como en cuanto a su tipo. Como se plantea en Kornblit, Mendes Diz y Jones (2002), los usuarios de drogas por vía inyectable tienen un mayor grado de intercambio de parejas y un tipo de vínculos menos estables, así como un mayor número de parejas homosexuales.

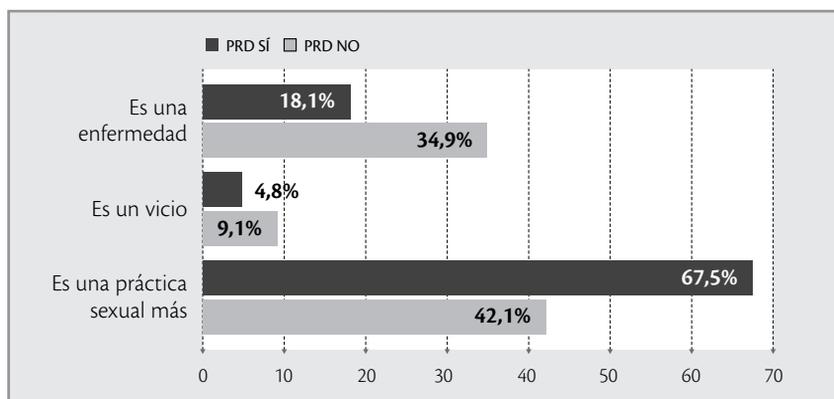
Es interesante señalar que en nuestro estudio existe una mayor proporción de encuestados que respondieron haber tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo y haber tenido mayor cantidad de parejas en el último año en el grupo de quienes participaron en programas de reducción de daños. Esto puede deberse a un permiso implícito, en el marco de dichos programas, para expresar estas prácticas con libertad y sin censura moral. Hemos visto en las entrevistas realizadas a los participantes de PRD que manifiestan un cambio en su autopercepción, más ligada a la propia aceptación y el respeto por sí mismos y por los demás.

Se considera que las actitudes hacia la homosexualidad están en consonancia con las actitudes hacia las personas que viven con VIH/sida. Nos interesó entonces conocer la concepción que tenían los encuestados acerca de la homosexualidad. Se considera que existe una escala de apertura que va de considerarla “un vicio”, es decir, reprobarla moralmente, hasta considerarla como “una práctica sexual más”. El pensarla como una “enfermedad”, categoría que en esta escala ocupa el lugar intermedio, implica la vigencia de un pensamiento sanitario que no deja de englobarla como algo, si no reprochable, rechazado. Si bien la tolerancia con respecto a las sexualidades no hegemónicas ha ido creciendo en las últimas décadas, subsisten en la población prejuicios contra las personas que asumen una sexualidad “diferente”.

En relación con lo informado en 2003, observamos un retroceso en cuanto a la actitud hacia la homosexualidad: sólo la mitad de la muestra aproximadamente (48%) la considera una práctica sexual más (en 2003 alcanzaba al 62%). Esta respuesta es mayoritaria en las mujeres, entre los que cuentan con un nivel más alto de instrucción y entre los mayores de 34 años. Los que han participado en algún PRD tienen una actitud menos discriminatoria que los que no han pasado por esta experiencia, en coherencia con las características que resaltamos anteriormente.

Un tercio de la muestra considera que la homosexualidad es una enfermedad; la ven así más los hombres, los de menor nivel de instrucción y los más jóvenes. Recordemos que en el Informe de 2003 sólo un 20% tenía esta respuesta.

**Gráfico 5. Concepción acerca de la homosexualidad según participación en programas de reducción de daños**



Los pocos que consideran que es un vicio (8%) son particularmente personas del nivel de instrucción más bajo.

Hay que tener en cuenta que un 13% de los entrevistados responden no saber o no contestan a esta pregunta; en esta “no respuesta” los hombres duplican a las mujeres y los mayores de 34 años superan a los jóvenes.

Los resultados presentados muestran un porcentaje importante de acuerdo con la aceptación de los modelos sexuales hegemónicos y, por ende, con los procesos de estigmatización y discriminación que ellos imponen hacia las personas que no responden al modelo. La actitud discriminatoria se da más en los hombres, en las personas de menor educación y en los más jóvenes.

### 4.3. Uso del preservativo según tipo de pareja

En lo que se refiere a las conductas de autocuidado y de cuidado de los otros mediante el uso del preservativo, observamos que existe un importan-

te porcentaje de encuestados que, cualquiera sea el vínculo que mantengan con sus parejas, no usan nunca preservativo (37% con pareja estable, 33% con parejas a cambio de dinero o drogas, 13% con parejas ocasionales). Asimismo, en los casos en los que ocasionalmente usan preservativo, es con la pareja estable con quien se asume más riesgos en este sentido.

En nuestro estudio algo menos de la mitad de la muestra manifiesta haber usado preservativo en la última relación sexual con una pareja estable; sin embargo, sólo un cuarto de los encuestados afirman usarlo siempre. Estos datos no difieren de la situación actual de los jóvenes de población general, según se muestra en Kornblit, Mendes Diz y Adaszko (2006).

Este modo de exposición al riesgo de transmisión del VIH/sida es más grave en la población de UDI. En este sentido, en el informe de 2003 se observa que un 40% usó preservativo en la última relación sexual con pareja estable y solamente un 10% afirma utilizarlo siempre en sus relaciones con este tipo de pareja; datos similares se observan en el estudio de Kornblit, Mendes Diz y Jones (2002), también realizado con población de UDI. Esta práctica de menor utilización del preservativo particularmente en las relaciones estables coincide con un menor reconocimiento de la vía sexual en la transmisión del virus por parte de los UDI y, en cambio, un mayor registro de las vías de transmisión que implican contacto con sangre y las medidas de protección que tienen que ver con el consumo endovenoso (compartir equipo de inyección).

En general, son las mujeres y los que tienen entre 25 y 34 años quienes usan el preservativo en menor proporción con parejas estables, lo cual, entre otras hipótesis, podría adjudicarse a proyectos de maternidad, cuya relevancia tiene relación con la normativa de género que impone la maternidad como vía de realización como mujer (Schwarz, 2007).

Por otra parte, la mitad de la muestra manifestó utilizar preservativo como decisión de ambos miembros de la pareja, democratización de los vínculos que aparece en menor grado cuando se hace referencia a las relaciones con parejas ocasionales. Esta respuesta es más frecuente entre hombres, en UDI, en personas de 35 años y más y en los de mayor nivel educativo.

En lo que refiere a la última relación sexual con una pareja ocasional, dos tercios de la muestra aseguraron haber utilizado preservativo, pero sólo la mitad afirma que siempre lo usa en este tipo de relaciones. En este caso son los hombres, los más jóvenes y los que tienen mayor nivel de ins-

trucción quienes sostienen esta práctica en mayor proporción. Tanto este último dato como la cantidad de respuestas positivas respecto del uso del preservativo son similares a lo hallado en UDI en los otros estudios (ILB, 2003 y Kornblit, Mendes Diz y Jones, 2002).

**Tabla 5. Frecuencia de uso de preservativo en el último encuentro sexual, según tipo de pareja**

	Pareja estable	Pareja a cambio de dinero o drogas	Pareja ocasional
<b>Total N</b>	319	108	277
<b>Sí</b>	48%	70%	65%
<b>No</b>	52%	30%	35%

Base: personas que mantuvieron relaciones sexuales en el último año.

En términos generales, podemos señalar que el patrón de uso de preservativos entre los UD es semejante al encontrado en la población general en lo relativo a parejas estables y ocasionales; son las parejas estables las que menos “se cuidan” en sus contactos sexuales, a partir de la “lógica de la confianza” basada en el criterio de que el amor protege (Kornblit y Mendes Diz, 2000). Sin embargo, respecto de la población general, es menor el porcentaje de UD que afirma usarlos siempre en ambos tipos de parejas.

### **4.3.1. Parejas sexuales estables**

El 57% de las personas del estudio tuvo sólo una pareja estable en el último año y casi un tercio no tuvo ninguna pareja de este tipo. Respecto del estudio de 2003, estos resultados muestran 3 puntos porcentuales más en aquellos que tuvieron una pareja estable y 7 puntos menos para los que no tuvieron ninguna.

Las mujeres, el grupo entre 25 y 34 años y los que tienen secundario completo y más, son los que en mayor proporción han tenido una sola pareja estable en el último año.

De acuerdo a lo hallado en las entrevistas podemos observar que la mayoría de los entrevistados percibe a la pareja estable como un componen-

te fundamental de sus vidas. Para estos grupos la pareja simboliza sostén, acompañamiento e incondicionalidad.

La mayoría de los casos que componen este subgrupo se ubican en “nunca uso preservativo con mi pareja estable”; esta respuesta se da en mayor medida entre los participantes de PRD que entre los que no participan ni participaron, como ya se vio anteriormente, y en UD se da en mayor proporción que en UDI. Son más las mujeres que responden de este modo, así como las personas de mayor instrucción y de edad intermedia.

En cantidad de casos, le sigue “siempre” con 24%, a diferencia del informe de 2003, en el que algo más de la mitad de los que habían mantenido relaciones sexuales en el último año con una pareja estable respondió usarlo “casi siempre o a veces”.

Si bien existe poca diferencia entre los que utilizan preservativo con su pareja estable y los que no, en las entrevistas esta tendencia se hace más clara: casi todos los entrevistados afirman no utilizar preservativo con la pareja estable, argumentando sobre la lógica de la confianza, mencionada anteriormente. De todos modos, la mayoría de ellos realiza acuerdos explícitos con sus parejas respecto de usar preservativo si se mantienen relaciones sexuales con alguien ajeno a la pareja y hacen especial referencia a los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual. Estos hallazgos, que fueron corroborados en las entrevistas realizadas a los operadores de los PRD, pueden explicar por qué quienes participan de estos programas utilizan en menor proporción el preservativo en relaciones estables.

Otro grupo que utiliza en menor medida preservativo es el de encuestados de 25 a 34 años; es probable que esto ocurra porque es un intervalo etario ligado a proyectos parentales.

Sólo un tercio de quienes tienen este tipo de pareja manifiestan que el uso del preservativo fue sugerido por ambos.

Algo menos de un tercio de los encuestados afirmó no haber usado preservativo en su última relación sexual con pareja estable porque no le gusta y un 26% porque la mujer de la pareja toma anticonceptivos orales. A diferencia de lo hallado en 2003, cuando un 37% de los encuestados afirmó no haberlo utilizado en esa oportunidad por no considerarlo necesario, y en segundo lugar (35%) porque no le gusta.

Por una parte, los hallazgos anteriores están relacionados con la actitud relevada en las entrevistas, en las que se privilegia evitar el embarazo

antes que las infecciones. Por otra parte, se observa mayor laxitud en el uso del preservativo si no es de su agrado en el marco de una pareja estable, lo cual es coherente con los patrones antes descritos. Al igual que en el ILB (2003), es más frecuente la respuesta “no me gusta usarlo” en personas mayores de 35 años y con menor calificación educativa.

Es interesante destacar la significativa merma de respuestas “no pensé que era necesario” entre 2003 y la actual investigación, pues alude de modo directo a la percepción de ausencia de riesgo en una relación sexual no protegida, y por tanto, si disminuye este tipo de respuesta, probablemente estemos en presencia de un contexto de mayor concientización en lo referido a las infecciones de transmisión sexual.

Otro dato relevante es que en el estudio actual aparecen muy pocas respuestas acerca de que el preservativo “es muy caro” (sólo un 0,5%), que en 2003 representaban una cantidad mayor. Es posible que la popularización del acceso a preservativos gratuitos distribuidos masivamente por organizaciones de la sociedad civil, diferentes programas de prevención de ITS y el Estado haya contribuido a lograr mayor acceso en todos los sectores.

Los que afirman no haber tenido preservativo en esa ocasión son en mayor proporción los hombres, las personas de menor instrucción y los de menor edad.

#### **4.3.2. Relaciones sexuales a cambio de dinero o droga**

Tres de cada diez encuestados han tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o droga. La mayoría usó preservativo en esa oportunidad. Los no participantes de PRD, los hombres, las personas mayores de 35 años y aquellos con primario completo y secundario incompleto, adoptan en mayor proporción esta medida de prevención.

Un porcentaje muy bajo contestó que el uso del preservativo fue sugerido por ambos miembros de la pareja; como contraparte, más de la mitad de los 81 casos de los que intercambiaron sexo por dinero o drogas y usaron preservativo la última vez afirmó que es el propio interesado el que lo sugiere. Si bien las bases son pequeñas, este porcentaje tiende a ascender notoriamente entre las mujeres, los UD, los participantes de PRD, los más jóvenes y las personas de menor instrucción. En cambio, en lo hallado en el estudio de 2003, la mayor proporción de encuestados que pro-

ponen el uso son las personas de 35 años y más y los que tienen secundario completo y más.

Entre los que no utilizaron preservativo en la última relación sexual a cambio de dinero o drogas (27 casos), la mayor proporción de respuestas se ubica en “porque no tenían” preservativos en esa oportunidad.

Por otra parte, es llamativo que mientras sólo un tercio usó preservativo en la última relación sexual a cambio de dinero o drogas, podemos observar que en el último año casi el doble de encuestados manifestó haber utilizado preservativo en la totalidad de dichas relaciones. Parecería que el uso sistemático del preservativo está más anclado en el imaginario relativo al “deber ser” que en los hechos cotidianos.

### **4.3.3. Parejas sexuales ocasionales**

La mitad de la muestra aseguró haber utilizado preservativo en la última relación sexual con una pareja ocasional. Lo afirmaron en mayor proporción los hombres, los que no participaron de PRD, los más jóvenes y los que tienen mayor nivel de instrucción. Tanto este último dato como la cantidad de respuestas positivas respecto del uso del preservativo son similares a lo hallado en 2003.

En este tipo de pareja, la sugerencia de usar el preservativo proviene en mayor medida del entrevistado. Esta respuesta se da más en los hombres, en los más jóvenes y entre aquellos de mayor nivel de instrucción. También estos datos son similares a lo hallado en 2003. Al igual que entonces, le sigue en frecuencia de casos “ambos”, varios puntos porcentuales por debajo.

Casi la mitad de los encuestados afirmó haber utilizado preservativo siempre en sus relaciones ocasionales (no por dinero) en el último año. Si bien aquí el porcentaje es mayor, en el informe de 2003 también la respuesta con mayor frecuencia de casos fue “siempre”.

Casi un tercio de la muestra afirmó no haber usado preservativo en la última relación sexual ocasional porque no le gusta, el 27% afirmó no haberlo hecho porque no tenía; esta última respuesta fue la que mayor proporción de casos tuvo en el estudio de 2003. Dentro del primer grupo (respuesta: “no me gusta usarlo”) observamos mayor proporción de hombres, de personas de edad intermedia, de mayor instrucción y de

quienes no participan en PRD. Dentro del segundo grupo, la mayoría participa de un PRD, es hombre, UDI, de edad intermedia y con el nivel más bajo de instrucción.

Adherimos al análisis de Kornblit, Mendes Diz y Jones (2002) respecto de la posible relación entre las prácticas de no uso de preservativo y los contextos de vulnerabilidad, marginalidad y riesgo cotidianos a los que se ve expuesta esta población. Dado que el riesgo es un concepto relativo al contexto, entre los riesgos existentes en la vida cotidiana de esta población, es posible que lo vinculado a la falta de protección en las relaciones sexuales sea percibido como menos urgente o menos necesario de controlar.



## 5. Información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/sida

Ya desde fines de la década del 80 se contaba con bastantes precisiones aportadas por numerosos estudios que ponían de relieve la brecha existente entre el conocimiento y la conducta de prevención. Es decir, el conocimiento es necesario pero no suficiente a la hora de adoptar medidas preventivas de la transmisión del VIH.

Sin embargo, sigue siendo de sumo interés conocer el grado de información con que cuenta la población acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH/sida. Cabe señalar que las ITS son una importante vía de entrada del VIH al organismo.

La mayoría de los encuestados (87%) han escuchado hablar de las enfermedades que se transmiten a través de relaciones sexuales, particularmente las mujeres y los que han alcanzado un nivel más alto de instrucción. Asimismo, los UDI y los que han participado en algún PRD tienen también un mayor nivel de información al respecto.

Consultados sobre si padecieron algún síntoma de ITS en el último año, sólo un 13% de la muestra respondió afirmativamente, la mitad de los que habían respondido del mismo modo en 2003. Esa proporción se duplica en las mujeres y en las personas de 35 años y más. La diferencia puede atribuirse a la condición de UDI de la población del informe de 2003 que, como se sabe, presenta una mayor incidencia de estas infecciones.

Es importante destacar que un 16% de personas contestan no saber si han padecido algún síntoma de ITS en ese lapso (el doble de lo que se observó en el Informe 2003). Este porcentaje es bastante más alto entre los varones y las personas con menor nivel de instrucción.

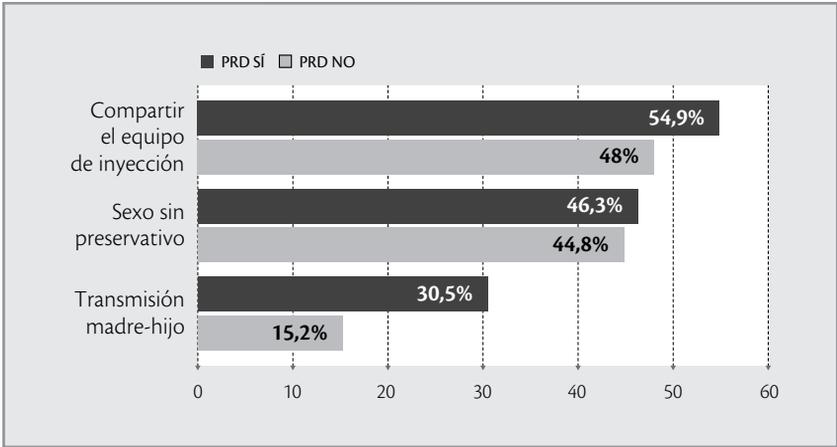
Los que han participado en algún PRD responden en mayor medida no haber padecido ningún síntoma, al mismo tiempo que muestran un mayor nivel de información con respecto a quienes no han pasado por esta experiencia.

La población del estudio actual tiene mejor nivel de información y reconoce en menor proporción haber padecido alguna ITS en comparación con la población del ILB (2003).

En cuando al VIH/sida, sólo un tercio de la muestra ha hablado de sida “frecuentemente” con sus amigos usuarios de drogas y con sus parejas. La comunicación es mayor entre las mujeres y crece a medida que aumenta la edad. Estos datos coinciden con los hallados en el informe de 2003. Asimismo, hablan sobre el sida con mayor frecuencia los UDI y los que han participado en algún PRD.

En relación con el nivel de información acerca de las vías de transmisión del VIH, la más reconocida es la sanguínea (70%), particularmente por los hombres. Esto no es comparable con lo relevado en 2003, ya que este ítem no aparecía escrito en el formulario de la encuesta; lo mismo ocurre con el semen, que es reconocido en la actualidad como vía de transmisión por algo menos de la mitad de la muestra (43%), especialmente por las personas de mayor edad.

**Gráfico 6. Información acerca de las vías de transmisión del VIH según participación en programas de reducción de daños**



Observamos un menor nivel de información en la población actual que en la del informe de 2003 en cuanto a las vías correctas de transmisión del virus: compartir el equipo de inyección de drogas y tener relaciones sexuales sin preservativo. Sólo un 18% menciona la transmisión madre-hijo, contra un 32% del ILB de 2003.

Las mujeres y aquellos que alcanzaron un mayor nivel de educación están más informados acerca de las vías de transmisión del virus. En cuanto a la edad, los mayores tienen un mejor nivel de información, excepto en el caso de la vía sexual, que es más reconocida por los más jóvenes, que en líneas generales tienen más incorporado el uso del preservativo.

Es pertinente señalar que, en relación con las conductas sexuales de riesgo de transmisión del virus, hay más información en cuanto a que “la penetración vaginal sin preservativo puede transmitir el VIH”, y menos información en cuanto a que “el sexo oral sin barrera de látex puede transmitir el VIH”.

Si bien un porcentaje considerable de la muestra (28%) menciona las transfusiones como vía de transmisión del virus, este valor constituye la mitad del de 2003. Este temor, que aparece en diversos estudios, permanece desde los tiempos en que los controles sobre el material de inyección y sobre la misma sangre que se transfundía eran poco confiables, lo que dio lugar a episodios muy dramáticos, que fueron manipulados por los medios de comunicación.

Los UDI reconocen en mayor medida que los usuarios no endovenosos todas las vías de transmisión que implican contacto con sangre, mientras que los UD reconocen más la vía sexual. Asimismo, los que han participado en PRD tienen mayor información que quienes no lo han hecho.

Los otros modos de transmisión mencionados constituyen un 5% y refieren a la picadura de mosquito, al uso del inodoro y, en mayor medida, a la saliva (beso, mate). La persistencia de ciertos errores de información relacionados con la transmisión del VIH (la concepción del contagio por contacto y la ignorancia sobre ciertas formas de transmisión del virus o de manifestación del sida) es un aspecto importante en términos de la adopción de conductas preventivas.

Cabe remarcar que un tercio de la población no reconoce la lactancia como una vía de transmisión del virus; del mismo modo, la transmisión vertical es la menos mencionada.

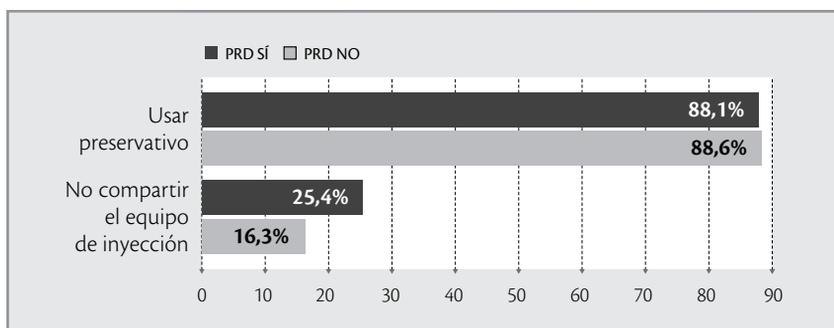
Además de la información acerca de las vías de transmisión del VIH, interesó conocer las medidas adoptadas por esta población para evitar contraer el virus.

Si bien dos tercios de la muestra hicieron algo para protegerse del VIH desde que escucharon hablar del sida, un 20% de las personas no hizo nada en este sentido; en el ILB de 2003 este indicador alcanzaba al 30%. Quienes tomaron en menor medida actitudes de prevención son las mujeres (a la inversa que en el informe de 2003), los más jóvenes y los de menor nivel de instrucción. Este cambio de las mujeres en relación con el “no cuidado” aparece en otras investigaciones realizadas por nuestro equipo (Kornblit *et al.*, 2006; Kornblit coord., 2007).

Cabe hacer notar que tanto en el estudio actual como en el ILB de 2003 es mayor la proporción de mujeres que responden no haber hecho nada para evitar contraer el virus porque ya eran VIH positivas. Los UD responden en mayor proporción que los UDI que han hecho algo para evitar contraer el virus; la mitad de estos últimos, en cambio, responden no haber hecho nada porque ya vivían con el virus.

Quienes participaron en algún PRD manifiestan haber hecho algo para evitar contraer el virus en mayor proporción que los que no han pasado por este tipo de programas, como se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico 7: Medidas adoptadas por quienes hicieron algo para protegerse del VIH según participación en programas de reducción de daños**



De las medidas adoptadas, el uso del preservativo es la más mencionada (90% aproximadamente). Lo mencionan algo más las mujeres. En

cambio, sólo un 18% se protege del virus evitando compartir el equipo de inyección.

No hay diferencias importantes en estas respuestas según edad, nivel de instrucción y participación en PRD. Sí se aprecia que los UD mencionan en mayor medida la protección en la vía sexual, a diferencia de los UDI, que hacen más referencia a las conductas preventivas en el consumo endovenoso.



## 6. Accesibilidad al sistema de salud

El percibirse enfermo puede ser la puerta de entrada al sistema de atención de la salud, pero la accesibilidad está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos, psicológicos, sociales y culturales. Trabajos realizados desde hace décadas han revelado que la mayoría de los síntomas de enfermedad no son tenidos en cuenta o no reciben atención médica. Estos estudios coinciden, además, en que solamente cerca de una tercera parte de quienes presentan algún tipo de síntomas va en busca de atención médica.

Por otra parte, tanto los estudios dedicados a evaluar la calidad de un servicio como los referidos a medir la satisfacción del usuario están basados en el paradigma de la confirmación/desconfirmación de las expectativas. Dicha postura sostiene que la satisfacción está ligada a las expectativas iniciales de una persona (Mendes Diz *et al.*, 2006). Más específicamente, las expectativas individuales son confirmadas cuando el servicio se comporta de la manera esperada, o bien cuando las expectativas iniciales son positivamente confirmadas porque el servicio funciona mejor de lo que se esperaba. La insatisfacción se produce cuando las expectativas no son confirmadas y la no confirmación lo es en sentido negativo.

En este trabajo nos hemos acercado a la visión que tienen los UD de su acceso al sistema de salud, habida cuenta de que se trata de una cuestión particularmente conflictiva para esta población. Más allá de que haya o no un cierto nivel de discriminación hacia ellos por parte del personal de las instituciones sanitarias, muchos UD no perciben que su relación con el sistema de salud sea fluida.

Nos interesó entonces abordar este tema a partir de indagar cómo se sienten de salud, a lo que respondieron mayoritariamente que se encon-

traban bien o muy bien (84%), porcentaje similar a lo relevado por otros estudios en poblaciones diversas (Kornblit *et al.*, 2006, 2007).

Las mujeres perciben que tienen un mejor estado de salud que los hombres; lo mismo ocurre con los más jóvenes, entre quienes “estar bien” es habitual. En general, son los que concurren en menor proporción al sistema de salud.

Entre las enfermedades que mencionan quienes reconocen tener alguna, aparecen VIH/sida, hepatitis C, problemas respiratorios. Es interesante señalar que sólo la mitad de quienes viven con VIH consideran esta situación como una enfermedad.

Se indagó también acerca de los servicios a los que concurren cuando tienen algún problema de salud: sólo un cuarto de la muestra cuenta con obra social o plan de medicina prepago. Si bien casi un 80% reconoce no tener dificultades que le impidan concurrir al sistema de salud, las escasas críticas se concentran en los horarios inadecuados y en dos aspectos que es importante destacar a los fines de prevenir actitudes discriminatorias: un 7% apunta a que los “servicios de salud no son amigables con los usuarios de drogas” y que “en general no aceptan a los usuarios de drogas o no quieren atenderlos”.

Al indagar acerca de si se habían realizado alguna vez la prueba del VIH, algo más de la mitad de la muestra (56%) lo hizo en ambos estudios (el actual y el de 2003); en mayor proporción las mujeres (más habituadas a tener contacto con el mundo hospitalario) y los de mayor nivel de instrucción. En ambos estudios son los menores de 25 años los que en menor proporción se hicieron la prueba.

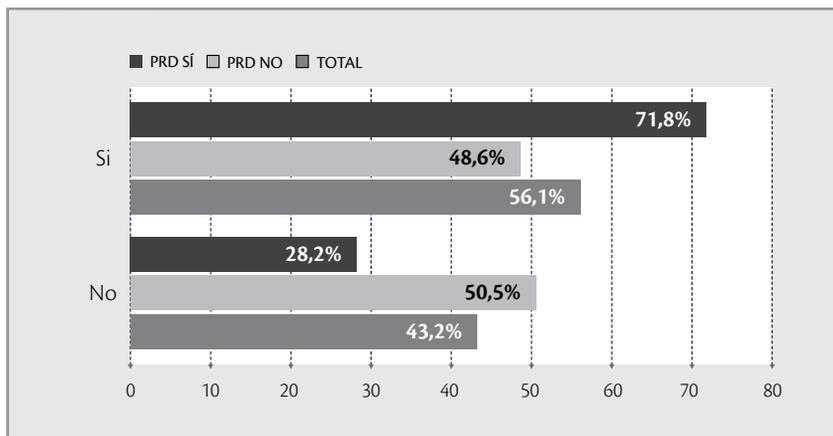
Hemos observado además que los UDI también son los que en mayor proporción se han realizado la prueba del VIH, además de los que han participado en algún programa de reducción de daños, como se observa en el gráfico.

Casi la totalidad de los que se realizaron la prueba del VIH (tanto en el estudio actual como en el 2003) fueron a buscar el resultado. Los pocos casos que no lo han hecho son en su mayor parte hombres y las personas más jóvenes.

En cuanto a la accesibilidad de los lugares donde hacerse este análisis, casi el 90% consideró fácil encontrar un lugar para hacerlo (en el informe de 2003 esta respuesta llegaba sólo al 60%), en especial los hombres, los

más jóvenes y los de mayor nivel de instrucción. También tienen respuestas más favorables quienes participaron en algún PRD y los UD.

**Gráfico 8. Personas que se realizaron alguna vez la prueba del VIH según participación en programas de reducción de daños**



Un tercio de las personas de la muestra pensaron alguna vez en hacerse la prueba del VIH y no sabían dónde efectuarla. En cuanto a aquellos que tuvieron o hipotéticamente hubieran tenido un resultado positivo, sólo una quinta parte no supo ni sabe adónde concurrir para tratarse o consultar por esta situación; los más jóvenes y los de menor instrucción son quienes más desconocen estas posibilidades.

En términos generales, en el estudio actual se observa un mayor grado de accesibilidad al sistema de salud que en el ILB de 2003 en cuanto al conocimiento de los lugares donde hacerse la prueba del VIH y/o adónde concurrir en caso de obtener un resultado positivo. Esta situación más favorable se da particularmente en los de mayor edad y en los que lograron un nivel más elevado de educación. Del mismo modo, entre quienes han participado en PRD se observa un mejor nivel de información sobre estos temas. Por otra parte, en los UDI se observan más dificultades de información sobre los lugares donde hacerse la prueba; tal vez esté influyendo cierta expectativa de sentir que puedan ser discriminados o maltratados en el sistema de salud.



## **7. Clima afectivo personal y familiar**

Puede decirse que el aislamiento y el apoyo social son dos polos de un constructo psicosocial de relaciones interpersonales que se dan a partir de un intercambio entre lo personal y el medio social. Asimismo, se sabe que los recursos sociales están íntimamente ligados a los recursos personales, por lo que los sujetos que perciben carencias en el nivel del apoyo social ven disminuidos sus recursos personales, entre ellos la autoestima y la autoeficacia. En este sentido, la constelación de recursos que los individuos poseen contribuye a la imagen que tienen de sí mismos, por lo que esta interrelación entre recursos sociales y personales juega un papel esencial en la formación de la identidad (Mendes Diz, 2001).

El apoyo social puede definirse como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona se ven gratificadas a través de la interacción con otros; estas necesidades incluyen el afecto, la estima o aprobación, la pertenencia, la identidad y la seguridad.

En nuestro estudio analizamos aspectos de carácter psicológico y del clima familiar en la población del estudio, habida cuenta de la frondosa literatura que vincula el consumo de drogas con estas cuestiones.

### **7.1. Clima afectivo familiar**

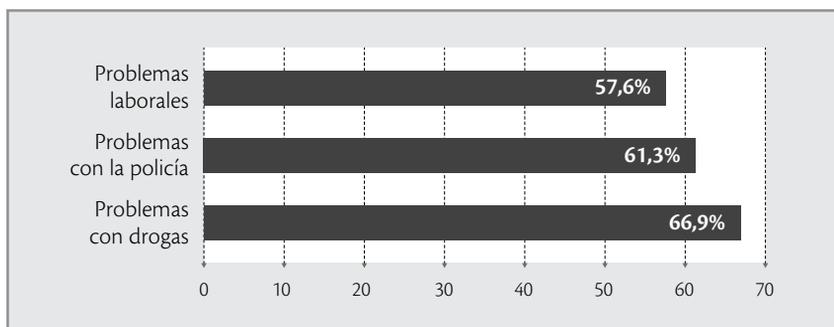
En primera instancia se indagó acerca del grupo de convivencia. Algo menos de la mitad de la muestra vive con la madre, en menor proporción conviven con amigos, con el padre, con los hermanos, con la pareja, con los hijos. Sólo un 9% de los encuestados viven solos/as.

Averiguamos además una diversidad de aspectos del clima social familiar, como por ejemplo: relación con cada uno de los miembros de la familia, posibilidad de contar con ellos en distintas circunstancias y ante diferentes problemas.

Observamos que los encuestados reconocen en términos generales tener una buena relación con su grupo de convivencia. Las evaluaciones más negativas se consignan en la relación con el padre y en segundo lugar, con la pareja.

En un intento por profundizar algo más en las relaciones afectivas, se les preguntó si creían que podían contar con la ayuda de alguien de la familia a la hora de tener algún problema con las drogas, la policía y/o laborales.

**Gráfico 9: Percepción de apoyo familiar ante problemas con drogas, con la policía y ante problemas laborales**



Se observa que aproximadamente dos tercios de los encuestados sienten que pueden contar con su familia ante problemas de drogas y en una proporción menor, contarían con ella frente a problemas con la policía y laborales; respecto de este último tipo de dificultad es donde se observa el mayor porcentaje de personas que piensan que se las arreglarían solas. Los hombres y las personas de 35 años y más son quienes se sienten con más apoyo familiar, y en el caso de problemas laborales, también las personas de mayor nivel de instrucción consideran que pueden contar con su familia.

Evidentemente, la familia sigue ocupando un lugar central en nuestro país en términos de apoyo y contención, sigue siendo el ámbito donde las personas de cualquier edad encuentran un “refugio” en una cotidianidad

signada por inseguridades y violencia, lo cual es particularmente cierto en la población de nuestro estudio.

En términos generales la influencia de los PRD en estos temas no parece favorable; puede pensarse, entre otras hipótesis, que los que se han acercado a ellos son precisamente quienes no tienen apoyo en sus familias o así lo sienten.

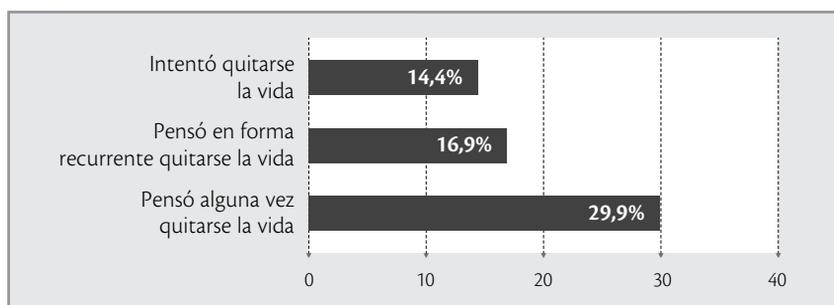
## 7.2. Sentimiento de soledad e ideas suicidas

Iniciamos este tema indagando si en el último mes el encuestado/a se sintió muy solo/a y sin nadie a quien acudir, y el primer dato preocupante que obtuvimos fue que algo menos de la mitad de la muestra se sintió así, con diferencias según las variables sociodemográficas: son las mujeres, los mayores de 34 años y los que han alcanzado un mayor nivel educativo quienes se sienten más solos/as. Esta percepción de soledad se vincula con las respuestas al tema de suicidio.

El suicidio en general constituye un tema alarmante en todos los países, incluida la Argentina, y es dable tener en cuenta que los intentos de suicidio son diez o veinte veces más. El 90% de ellos están vinculados con abuso de drogas, depresión o psicosis (Kornblit *et al.*, 2006). El riesgo de suicidio en personas que abusan del alcohol es cien veces mayor que en la población general, aunque en este caso habría que investigar si el abuso de alcohol no es también indicador de un alto grado de depresión.

A partir de estos datos y de las reflexiones consiguientes, nos interesó conocer la situación de los usuarios de drogas de nuestro estudio en estos temas.

**Gráfico 10. Ideas y conductas suicidas en el último año**



Como se observa en el gráfico previo, algo menos de un tercio de la muestra reveló que tuvo ideas suicidas alguna vez, dato que no se diferencia de lo observado por otros estudios sobre poblaciones diversas (Kornblit *et al.*, 2006). El porcentaje de mujeres que reconocen esta situación duplica al de hombres y aparecen porcentajes algo más altos entre los de menor nivel de instrucción y los mayores de 34 años.

Quienes afirman haber tenido ideas suicidas de forma recurrente alcanzan el 17%, y llegan a un 14% los que afirman haberlo intentado alguna vez. Las mujeres nuevamente duplican a los hombres en ambas situaciones. En cuanto al intento suicida, también se observa una mayor proporción de los más jóvenes y de los menos educados.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que las estadísticas de suicidios muestran que aunque las mujeres lo piensen y lo intenten en un porcentaje mayor, son más los hombres quienes lo ejecutan en mayor medida.

El hecho de que casi un tercio de la muestra haya intentado quitarse la vida o lo haya pensado recurrentemente es un dato que alerta sobre el malestar psíquico que muchas de estas personas padecen. Ante la ausencia de metas reconocidas como posibles y de medios disponibles para alcanzarlas, algunas personas –que en esta población alcanzan un número considerable– intentan encontrarlas lanzándose a una búsqueda que dé sentido a sus vidas; en algunos casos optan por asumir riesgos de un modo compulsivo; otros, resignados al sinsentido de sus vidas, se convierten en suicidas.

El suicidio como pensamiento y como intento se da en mayor proporción en los UDI y llamativamente entre quienes han participado en algún PRD, lo cual merece una reflexión, al igual que el hecho ya señalado de que quienes han participado en PRD son quienes en mayor medida sienten que no cuentan con su familia para resolver los problemas que los acosan.

Estos datos nos enfrentan con hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas y grupos focales. En ellos, los operadores hicieron hincapié en que ponían empeño en brindar apoyo afectivo, además de instrumental, material y cognitivo a las poblaciones con las que trabajan.

El hecho de que representantes de esta población reconozcan carencias afectivas importantes, además de culminar, un número considerable de ellos, en intentos de suicidio o al menos en pensarlo como posibilidad,

mueve a la reflexión en torno a las estrategias y modalidades a través de las cuales este apoyo se brinda. Si bien se ven logros relativos a un mayor cuidado y a una disminución de las conductas de riesgo, poco o nada sabemos, desde la perspectiva de los usuarios, de los logros en el nivel afectivo, aspecto muy difícil de evaluar por cierto.



## 8. Algunas reflexiones y propuestas

En un intento por comprender a los sujetos consumidores de drogas en su cotidianidad, sus conocimientos y la adopción o no de prácticas de cuidado en relación con el VIH/sida, integraremos algunos de los hallazgos que consideramos más sugestivos.

En referencia a las **características del consumo de drogas**, observamos que actualmente los usuarios por vía endovenosa comienzan a inyectarse a edades más tempranas. Este dato, que parece refutar la idea de que actualmente los jóvenes no eligen la vía endovenosa como alternativa posible de consumo, nos enfrenta con diferentes hipótesis. Puede pensarse, por ejemplo, que los programas de reducción de daños que ya tienen décadas de implementación, si bien en un primer momento tuvieron acceso a una población marginada e invisibilizada, no han conseguido generar estrategias para las nuevas generaciones. Por otro lado, dado que la mayoría de estos consumidores no comparte equipos de inyección, también puede pensarse que se trata de una característica distintiva de estos nuevos grupos de consumidores que se iniciaron más precozmente en un contexto en que los PRD ya estaban vigentes y que acaso hayan accedido también tempranamente a buena información sobre el VIH/sida, sus vías de transmisión y los modos de protegerse.

En nuestro estudio también quedó confirmado lo que se viene observando en otras investigaciones sobre el pasaje de un consumo de drogas grupal a uno individual. En este sentido, las explicaciones que aparecen en las entrevistas refieren a que eligen consumir en soledad porque prefieren vivirlo como un momento de intimidad, porque se consideran adultos y ese “estar juntos para consumir” termina en si-

tuaciones de “bardo” –expresión que usan para hacer referencia al robo o la violencia– o tan sólo porque no quieren compartir la droga con otras personas.

Otro tema central es el relativo a las **prácticas sexuales** de los consumidores de drogas. En este aspecto no hemos hallado diferencias notorias con el resto de la población, sino que a la hora de decidir sus prácticas sexuales aparece con más contundencia la influencia de variables como el género y los procesos de marginalización que el hecho de ser consumidores de drogas. En este sentido, un resultado que nos interesa remarcar es el adelanto en la edad de inicio sexual, tendencia que se viene observando también en la población general en la última década.

De igual modo, los consumidores de drogas responden al mismo patrón de uso de preservativos que la población general: se protegen más en sus encuentros con parejas ocasionales que con parejas estables. Este menor cuidado en las relaciones estables abre un abanico de posibles explicaciones. Puede suponerse que ocurre a partir de la “lógica de la confianza”, basada en el criterio de que el amor protege; o por la existencia de proyectos de paternidad, particularmente dentro del rango de edad entre los 25 y los 34 años.

En los relatos de las entrevistas también pudo observarse que la pareja estable es percibida como un componente fundamental de sus vidas, que simboliza sostén, acompañamiento e incondicionalidad; se la percibe más como alguien que acompaña que como alguien con quien interesa fundamentalmente tener relaciones sexuales frecuentes.

Otro hallazgo relevante, y particularmente llamativo habida cuenta de las acciones realizadas al respecto, es el escaso **nivel de información** en comparación con el que se muestra en el ILB de 2003: se conoce menos acerca de vías de transmisión del VIH en general y fundamentalmente hay un mayor desconocimiento de la transmisión vertical, especialmente por vía de la lactancia.

La **accesibilidad al sistema de salud** no apareció espontáneamente como problema; en este sentido, esta investigación no fue la excepción a la regla que reza que los estudios de evaluación de servicios de salud dan respuestas satisfactorias en su mayoría. Sin embargo, cuando se exploraron circunstancias cotidianas, en los relatos de los entrevistados hubo menciones a episodios de discriminación y maltrato por su condición de

consumidores de drogas, elementos que retrasan su concurrencia a algún servicio o definitivamente determinan que no vayan. A este respecto, algunos mencionaron que le ocultan a su médico su condición de consumidores; esta clase de circunstancias lleva a que muchas veces los tratamientos indicados por el personal de salud resulten más perjudiciales que beneficiosos para los consumidores de drogas.

Al indagar acerca del **clima afectivo** que percibían así como sobre su **estado anímico**, se encontraron nuevamente resultados coincidentes con los de la población general. Por un lado, algo menos de un tercio de los consumidores de drogas tuvieron ideas suicidas alguna vez pero, por el otro, una amplia proporción siente que cuenta con su familia ante diversos problemas, incluso con las drogas. Este hallazgo, que aparece en numerosos estudios sobre población general, nos habla de la valorización positiva que tiene la institución familiar en nuestra cultura.

En síntesis, creemos pertinente remarcar que si bien los UD tienen una postura que podríamos denominar transgresora en lo relativo a los contextos de consumo, muestran una actitud tradicional, o en todo caso no diferente de la del resto de la población, en cuanto a muchas otras cuestiones, como sus prácticas sexuales, su percepción de las relaciones familiares y su actitud hacia el sistema de salud, entre otras.

También es de señalar que hemos encontrado en la población estudiada diferencias **relativas al riesgo de exposición al VIH/sida según variables sociodemográficas**, lo cual suma vulnerabilidades. Se observa que, al igual que en el informe de 2003, los sectores que presentan un grado más alto de exposición a la transmisión del VIH son los hombres, los más jóvenes (entre 15 y 24 años) y aquellos con menor nivel de instrucción.

Los resultados muestran que estos grupos tienen una comunicación menos fluida en torno al VIH/sida, están menos informados sobre sus vías de transmisión y adoptan en menor proporción medidas preventivas para evitar contraerlo. En relación con el análisis de VIH, lo han realizado en menor proporción y presentan un mayor volumen de personas que no retiraron el resultado. A su vez, tienen menos información sobre los lugares donde hacerse la prueba del VIH y/o adonde concurrir en caso de obtener un resultado positivo.

Parece pertinente destacar que si bien todavía son los hombres los más expuestos al riesgo de transmisión, según datos de otros estudios realizados y corroborados aquí, desde hace algunos años la vulnerabilidad de las mujeres se ha incrementado, caracterizada por diversas conductas de riesgo en las prácticas sexuales, de consumo de tabaco y alcohol e incluso de sustancias ilegales.

Los hallazgos que presentamos a continuación habilitan la realización de algunas propuestas.

La farmacia es citada por las tres cuartas partes de los UDI como el lugar donde conseguir un equipo de inyección nuevo. Le siguen en mucha menor proporción los PRD y los trabajadores de la salud. Esto permite replantear el rol del farmacéutico como agente de salud, ampliando su papel dentro de una perspectiva integral de promoción de la salud. Para implementar políticas tendientes a ello, sería necesario realizar talleres de entrenamiento y capacitación para los farmacéuticos, que les brinden herramientas para, aprovechando su cercanía con las situaciones de consumo, intervenir en diversas temáticas de la prevención y promoción de la salud.

Otro hallazgo de interés es la mención de los grupos de autoayuda entre quienes hicieron algún tratamiento por consumo de drogas. Estos dispositivos no son tenidos en cuenta en la literatura que refiere a estudios de rehabilitación y recaídas en el consumo de drogas. Nos parece pertinente llamar la atención sobre la utilidad que presentaría su incorporación a los análisis sobre la temática. Pues, tal como ocurrió con otras modalidades de atención, desentrañar sus lógicas puede permitirnos críticas constructivas y nuevos aprendizajes, en tanto se trata de nuevas propuestas para tener en cuenta como alternativas posibles de rehabilitación.

Por último, el hecho de que muy pocas mujeres asistan a comunidades terapéuticas hace pensar en la necesidad de que estas instituciones contemplen a aquellas usuarias de drogas que tienen hijos a su cargo, además de tomar en cuenta otras diferencias de género. La implementación de cambios en este sentido permitiría a muchas mujeres que comulgan con este modelo utilizar este tipo de dispositivo de tratamiento.

## 8.1. Influencia de los programas de reducción de daños

Resulta de suma importancia remarcar la influencia que tienen los PRD en los conocimientos y prácticas de los usuarios de drogas. A lo largo del estudio, se observó una clara influencia positiva a la hora de promover medidas de cuidado en las prácticas sexuales y de consumo de drogas, como se muestra en los siguientes resultados.

Las personas en contacto con este tipo de programas compartieron en menor medida el equipo de inyección la última vez y consiguen en mayor medida un equipo de inyección nuevo cuando lo necesitan. La mayoría de los que se iniciaron sexualmente antes de los 14 años no participaba en PRD. Además, quienes tuvieron contacto con estos programas presentan un mayor nivel de conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, tienen una comunicación más fluida en torno al VIH/sida, están más informados acerca de las vías de transmisión del virus y responden en mayor proporción haber adoptado medidas de protección para evitar contraerlo. También se realizaron la prueba del VIH en mayor proporción y están más informados sobre los lugares donde hacerse la prueba del VIH y/o adonde concurrir en caso de obtener un resultado positivo. Este grupo presenta un nivel más bajo de homofobia.

Sin embargo, también aparecieron algunas cuestiones que abren interrogantes y merecerían una indagación más profunda en torno a las acciones que estos programas desarrollan. Sus beneficiarios utilizan en menor proporción el preservativo en las relaciones con pareja estable, y no usaron preservativo en su última relación sexual ocasional o a cambio de dinero o droga porque no tenían. Por otro lado, se sienten menos apoyados afectivamente y consideran en mayor proporción que no cuentan con su familia para resolver algún problema.

Este último punto nos enfrenta particularmente con hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas y grupos focales. En ellos, los operadores hicieron hincapié en el empeño que ponían en brindar apoyo afectivo, además de instrumental, material y cognitivo, a las poblaciones con las que trabajan. Tal vez habría que profundizar en el significado del apoyo, que puede no coincidir siempre entre quien lo brinda y quien lo recibe; las perspectivas pueden ser muy diversas y producir efectos no deseados. El

sentido del apoyo y el de su aceptación son fruto de las interacciones sociales entre ambos y estas siempre dejan espacios de incertidumbre.

## **8.2. Puntos críticos a considerar en torno a las diferencias entre los resultados del Informe de Línea de Base (2003) y del informe actual**

Se observa en una proporción mayor que quienes compartieron el equipo de inyección siempre lo limpiaron. Lo hicieron más los hombres y los más jóvenes, a diferencia del estudio anterior en el que eran las mujeres quienes lo hacían en mayor medida.

Teniendo en cuenta el modo de limpieza del equipo, casi todos afirmaron utilizar lavandina –único método eficaz para eliminar el virus–, lo cual muestra un cambio positivo en relación con el ILB de 2003 en el que sólo un pequeño porcentaje lo hacía de este modo.

Se aprecia una merma en la respuesta “no pensé que el uso del preservativo era necesario”, lo cual alude de modo directo a la percepción de riesgo en una relación sexual no protegida; por tanto, si disminuyen los casos de esta respuesta, probablemente estemos en presencia de un contexto de mayor concientización en lo referido a las ITS.

Surgieron escasas respuestas referidas a que el preservativo “es muy caro”. Es posible que la popularización del acceso a preservativos gratuitos distribuidos masivamente por organizaciones de la sociedad civil, programas de prevención de ITS y el Estado hayan contribuido a lograr un mayor acceso en todos los sectores.

Se observa un mayor nivel de información acerca de las ITS y una menor proporción de personas que padecieron este tipo de infecciones. Como así también, más información sobre los lugares donde hacerse la prueba del VIH y/o adonde concurrir en caso de obtener un resultado positivo.

Existe un menor nivel de conocimiento sobre las vías de transmisión del virus y la adopción de medidas de protección para evitar contraerlo, particularmente en las mujeres. La presente muestra tiene un nivel más alto de homofobia que la de 2003.

Por último, de todo lo expuesto se desprende que tanto las tareas de investigación como de intervención en sus diversas expresiones deben in-

crementar su presencia en esta temática. Se trata de un proceso dinámico en permanente transformación y esta característica debe ser utilizada a favor de la instalación de prácticas de cuidado. Todavía queda mucho por hacer pero lo que está en juego hace que valga la pena el desafío.



## Bibliografía

- » CAMAROTTI, A. C. (2006): Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños. Buenos Aires, tesis de maestría en Políticas Sociales, UBA, mimeo.
- » EPELE, M. (2002): “Scars, Harm and Pain: About Being Injected Among Drug Using Latina Women”, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, vol. 1.
- » FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA (2003): Informe para el establecimiento de la línea de base en usuarios de drogas por vía endovenosa.
- » GAMELLA, J. (1991): “Drogas: la lógica de lo endovenoso”, en *Claves de Razón Práctica* N° 18 (72-79).
- » INCHAURRAGA, S. (2001): *Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños*, Buenos Aires, Espacio.
- » KORNBLIT, A. L. (2000): *Sida: entre el temor y el riesgo*. Buenos Aires, Alianza.
- » ————— (2007) (Coord.): *Juventud y vida cotidiana*. Buenos Aires, Biblos.
- » KORNBLIT, A. L.; MENDES DIZ, A. M.; JONES D. (2002): “Sexualidad y consumo de drogas por vía inyectable”, en: *Acta Psiquiátrica y Psicológica América Latina*, 48 (1-4)
- » KORNBLIT, A. L.; MENDES DIZ, A. M.; ADASZKO, D. (2006): “Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país”. Documento de Trabajo N° 47. Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

- » KORNBLIT, A. L.; MENDES DIZ, A. M. (2000): “Las lógicas del amor en relación con la prevención del contagio de VIH/sida”, en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 46 (1)
- » MENDES DIZ, A. M. (2001): *El riesgo en los jóvenes. Una alternativa de vida*. Buenos Aires, Corregidor.
- » MENDES DIZ, A. M.; FINDLING, L.; SCHWARZ, P.; DI LEO, P.; CAMAROTTI, A. (2006): “La pertenencia a la obra social como clave de la evaluación de los servicios de salud”, en *Revista Argentina de Sociología* Año 4 N° 6.
- » OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y DELITO (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York, Naciones Unidas.
- » SCHWARZ, P. (2007): “Prácticas, estrategias y percepciones de la maternidad en mujeres jóvenes de clase media urbana”, en Kornblit, A. L. (coord): *Juventud y vida cotidiana*. Buenos Aires, Biblos.
- » VANCE, C. (1992): *Pleasure and Danger. Exploring Female Sexuality*. Londres, Pandora.