

Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 24

Cocaína: hacia un modelo basado en la autorregulación Nuevas tendencias en la reducción de daños

Febrero 2014

TNI

Grazia Zuffa¹

Resumen

Más allá de la información de los servicios especializados en adicción a la cocaína, en Europa y otras regiones, existen también muchos otros estudios de usuarios que no están en contacto con estos servicios. Estos estudios muestran una diversidad de patrones y trayectorias de uso que van más allá del mero 'uso adictivo'.

También se han llevado a cabo estudios parecidos sobre personas usuarias de otras drogas, como las anfetaminas y el cannabis, y los resultados han sido análogos.² La explicación para un uso más controlado de las sustancias reside en una amplia serie de normas de autorregulación que los usuarios tienden a aplicar para mantener el consumo a raya y evitar que este perturbe su vida cotidiana. Esta perspectiva es diametralmente opuesta a la visión de los profesionales de la adicción de drogas, que tienden a centrarse en la adicción como una enfermedad, que es el resultado de las propiedades químicas de los estupefacientes combinadas con carencias biológicas, psicológicas y sociales de las personas usuarias. También pone en tela de juicio la representación social de las drogas como sustancias intrínsecamente fuera de control y de las personas que las usan como indefensas por encontrarse bajo el efecto de estas.

Tomando nota de las estrategias de autorregulación de los usuarios, se pueden diseñar modelos operativos innovadores para los servicios y las políticas de drogas, reforzando la reducción de daños como un enfoque alternativo al modelo basado en la enfermedad.

¿Qué se sabe sobre el uso de cocaína y sustancias estimulantes?

El Informe Europeo sobre Drogas,³ publicado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), calcula que 2,5 millones de europeos jóvenes (el 1,9 por ciento de este grupo de edad) consumieron cocaína el último año, aunque en algunos países (Dinamarca, Irlanda, España y el Reino Unido) la prevalencia de uso en el último año es mayor y oscila entre el 2,5 y el 4,2 por ciento.

En lo que respecta al éxtasis, se estima que 1,8 millones de adultos jóvenes consumieron éxtasis el año anterior, variando las estimaciones nacionales entre menos del 0,1 y el 3,1 por ciento. Si bien se informa que la prevalencia de éxtasis está disminuyendo tras alcanzar su nivel máximo a principios de la

década de 2000, el uso de cocaína se mantiene relativamente fijo, con tendencias de consumo estables o en declive en los países de mayor prevalencia (tras alcanzar un máximo en 2008-09), aunque algunos países, como Francia y Polonia, notificaron un incremento en 2010.⁴

Teniendo en cuenta a la población general y no solo a los jóvenes, las cifras del Informe Europeo sobre Drogas 2013 indican que la prevalencia del consumo de estimulantes el último año es aún menor, y oscilaría entre el 1,2 por ciento en Europa occidental y central y el 0,2 por ciento en Europa oriental y el sudeste europeo en el caso de la cocaína; entre el 0,8 por ciento (Europa occidental) y el 0,5 por ciento (Europa oriental) en el caso del éxtasis; y entre el 0,7 y el 0,2 por ciento en el caso de los ETA (estimulantes de tipo anfetamínico, sin contar el éxtasis).⁵

Como demuestran las cifras citadas del informe del OEDT, los datos más recientes se centran en los jóvenes y en la prevalencia del último año, pero no proporcionan respuestas a cuestiones importantes sobre patrones más o menos intensos de uso ni sobre la continuación del consumo en la edad adulta.

La tasa de continuación en el caso de la cocaína indica que solo una minoría de jóvenes que experimentan con la sustancia siguen consumiéndola posteriormente con regularidad. La mayoría de ellos deja de usarla en algún momento de su vida. Este patrón es muy parecido para el éxtasis, pero se diferencia de lo que observamos con el alcohol, que podría definirse como una sustancia ‘de carácter continuo’; la mayoría de las personas que ha probado el alcohol sigue bebiéndolo durante toda la vida.

Cabe destacar que los últimos estudios epidemiológicos se limitan a la ‘prevalencia en el último año’. No solo no ofrecen información alguna sobre los patrones de uso y su evolución con el tiempo, sino que tampoco pueden arrojar ninguna luz sobre qué significa la experiencia del uso de drogas en el contexto de la vida de los usuarios ni sobre las razones que llevan a un cambio en los patrones de uso. Este tipo de información solo se puede obtener con estudios cualitativos que tienen por objetivo analizar a los usuarios de drogas en general –y a los de cocaína en este caso concreto– dentro de su cultura y presentar la visión de los propios usuarios con respecto a su consumo.

A pesar de ello, los estudios en entornos naturales y desde el punto de vista de los mismos usuarios son aún poco habituales, probablemente porque en la cultura prohibicionista los usuarios son considerados como ‘descarriados’. Por este motivo, el impacto de sus conclusiones en las políticas de drogas y los modelos operativos de los servicios de drogas se subestima constantemente, cuando no se ignoran por completo.

Una última observación: es difícil llegar a los usuarios de cocaína en sus entornos naturales debido al estatus ilegal de las sustancias. Por lo tanto, la mayor parte de los conocimientos actuales en materia de uso de drogas procede de los profesionales especializados en la adicción de sustancias y de los resultados basados en los subgrupos de usuarios más accesibles y visibles (fundamentalmente grandes consumidores reclutados en programas de

tratamiento y/o usuarios en alternativas terapéuticas al encarcelamiento). Esto conlleva el riesgo de generalizar sobre la base de un panorama parcial de los patrones de uso (intensivo).⁶

Principales conclusiones de los estudios sobre el uso de cocaína en entornos naturales

Ni los estudios epidemiológicos ni los estudios cualitativos en profundidad confirman que el mayor riesgo para los usuarios de cocaína esté en desarrollar patrones de uso adictivo. El análisis de las trayectorias de uso de drogas tal como se plantean en algunos estudios recientes resulta claramente revelador: los usuarios que reportan una trayectoria de 'escalada' (es decir, un incremento lento pero constante del uso de drogas) son una minoría muy pequeña.

Las trayectorias más habituales son de 'discontinuidad/intermitencia/oscilación' (períodos de uso intensivo que se alternan con períodos de uso ocasional o de abstinencia) y de 'subida-cúspide-bajada' (escalada hasta llegar a un nivel máximo de uso, seguida de un descenso).⁷ En conjunto, las trayectorias prevalentes parecen variables, con una tendencia más a la baja que al alza.

Esto no significa que el uso de cocaína no entrañe riesgos significativos; los riesgos existen y, por lo general, los usuarios son muy conscientes de los posibles efectos negativos de la sustancia, especialmente de los físicos y psicológicos. Y es precisamente esa concienciación de los riesgos lo que ayuda a los usuarios a mantener bajo control el uso de cocaína.

El concepto de control

El concepto de control aplicado al uso de cocaína contradice la representación social dominante de que las drogas ilegales son algo intrínsecamente 'fuera de control'. En cambio, ese mismo concepto queda totalmente claro cuando se aplica al alcohol. En las sociedades europeas, por ejemplo, la gente es perfectamente consciente de que la gran mayoría de los usuarios de alcohol controlan su consumo para evitar caer en el alcoholismo. Además, tampoco se sorprende si algunas personas atraviesan períodos de consumo más intenso y después 'bajan' a un uso más moderado, según cambian las circunstancias de su vida.

Los estudios cualitativos ya mencionados resaltan que otros factores, además de los farmacológicos, desempeñan un papel importante, tanto en el caso de las drogas ilegales como de las legales: la variabilidad de los patrones en el uso de drogas está relacionada con los cambios en las circunstancias y los compromisos vitales.

Estas dinámicas trayectorias de uso de la cocaína también están relacionadas con un proceso de aprendizaje a partir de la experiencia, como sucede en muchos otros ámbitos humanos.

Peter Cohen, investigador especializado en drogas, ofrece una definición clara y exhaustiva de 'control': "los controles sobre el uso de drogas se definen como

conductas o reglas autoimpuestas que regulan la selección de los lugares de consumo de drogas y la compañía del consumidor, determinan a nivel normativo la cantidad de droga usadas y los estados de ánimo adecuados (o inadecuados) para el uso”.

Estos controles buscan estructurar el uso de drogas dentro del extenso campo de los compromisos de la vida cotidiana y “uno podría entender la complejidad de estas vidas como el principal motor de control del uso de drogas y alcohol”.⁸

Los usuarios reportan muchas ventajas relacionadas con el uso de cocaína, especialmente la sensación de euforia, la inyección de energía, el sentimiento de relajación y la facilitación de la comunicación.

La negativa a tener en cuenta esta parte del uso ilegal de las drogas supone un obstáculo importante para poder entender dicho uso. Esta perspectiva negativa sobre las drogas –inspirada, en última instancia, por una actitud ‘moral’ frente a las sustancias psicoactivas– lleva a que el uso de drogas se considere como algo patológico y que los usuarios de drogas se vean como personas pasivas e indefensas.

Una de las principales consecuencias del enfoque patológico es que se espera que los usuarios no sean capaces de ‘bajar’ a patrones de uso más moderado cuando hayan alcanzado un nivel máximo de uso intensivo (adictivo). Esta idea no encaja con la gran diversidad de trayectorias de uso de drogas, tal como se concluye en los estudios realizados en entornos naturales.

El modelo basado en la enfermedad

La visión patológica del uso de drogas es aún preponderante, al menos en la cultura oficial dominante, y desempeña un papel crucial en las políticas de drogas. Por otro lado, el ‘modelo basado en la enfermedad’ es el principal enfoque que se utiliza en los tratamientos que ofrecen los servicios especializados en la adicción a drogas.

La teoría de la adicción se ha extendido del alcohol a otras sustancias psicoactivas. Así, la adicción se deriva de las propiedades farmacológicas de las drogas y de la propensión individual a desarrollar la enfermedad. La recuperación es un proceso de contención que dura toda la vida y que solo puede lograrse mediante la abstinencia permanente de todas las sustancias.

El acento unilateral en las características bio-psicológicas individuales ignora el papel de las condiciones ambientales (como las circunstancias de la vida o el cambio de los compromisos cotidianos), aunque estas son de vital importancia para comprender que el control es un proceso dinámico que afecta a todos los usuarios. Todo uso ilegal de drogas está predestinado a ser visto desde la perspectiva de la enfermedad. En consecuencia, incluso el uso moderado se convierte en ‘patológico’.

La mayoría de los profesionales que trabajan en el campo de la adicción de drogas fijan la abstinencia como único objetivo válido del tratamiento, a

menudo en contra de la voluntad del propio usuario. Por el contrario, los mejores resultados en un tratamiento se dan cuando los objetivos son elegidos por la persona que lo sigue.

Discrepancias entre el punto de vista de los profesionales y el de los usuarios

Aunque muchos usuarios de cocaína son capaces de mantener un control constante sobre su consumo de drogas, muchos otros pasan por períodos de menor control.

La principal discrepancia entre profesionales y usuarios se da con respecto a la consideración de las estrategias de reducción del consumo y del uso controlado como objetivos válidos y viables en el tratamiento.

Hacia la ‘normalización’ de las drogas ilegales y las intervenciones en materia de drogas

Desarrollar una alternativa al modelo basado en la enfermedad tiene muchas ventajas. En primer lugar, permite ampliar la gama de intervenciones disponibles e incrementar el número de usuarios en contacto con servicios de drogas. Para muchos de ellos, sería útil recibir más información o asesoramiento para mantener o recuperar un patrón de uso controlado. Los usuarios más problemáticos, ya inscritos en el tratamiento, pero con escasos resultados y un bajo grado de cumplimiento, también podrían beneficiarse de un enfoque distinto.

El concepto de normalización tiene muchos significados. Por lo general, evoca la adecuación social y cultural de una determinada conducta (en este caso, el uso de drogas), que conduce a una mayor aceptación social de algo que antes se veía como fuera de la norma.⁹ En el campo de las drogas ilegales, la normalización también puede suponer ‘alinearse’ las drogas ilegales con las legales (el alcohol), utilizando un paradigma parecido para explicar el consumo de sustancias psicoactivas.

Existe también otro ámbito más importante de normalización: el de las intervenciones de drogas. Las lecciones aprendidas de una larga tradición de investigación psicológica se deben aplicar en el campo del uso de drogas, de acuerdo con la práctica clínica habitual en otras áreas problemáticas. Por ejemplo, a diferencia de lo que propone el modelo basado en la enfermedad, apoyar las capacidades de autorregulación de los usuarios está en consonancia con los resultados de los estudios psicológicos que han demostrado el valor de las creencias y de los tratamientos que promueven la autoeficacia y permiten a las personas que los siguen ejercer un mayor poder y autodominio.

Por ejemplo, el modelo de promoción de la salud, formulado en la psicología del desarrollo, tiene por objetivo fomentar identidades positivas, centrándose en las partes positivas de la experiencia humana. En consecuencia, las personas

en tratamiento son vistas como 'expertas', que se basan en los conocimientos que han adquirido de su propia experiencia vital.

En el marco de un enfoque 'normalizador' frente a las intervenciones de drogas la autogestión se debería aplicar a todos los usuarios. Igualmente, contar con una amplia gama de distintos objetivos de la intervención (de la abstinencia a la reducción), siguiendo la hipótesis que plantea el modelo de autorregulación, es coherente con la experiencia de los usuarios y con el concepto de cambio como un proceso gradual y a largo plazo, de acuerdo con las últimas teorías y estudios en el campo de la psicología.¹⁰

Más allá del paradigma de la enfermedad: puntos clave para un modelo basado en la autorregulación

El modelo basado en la autorregulación se fundamenta en una revisión crítica del modelo basado en la enfermedad y en una visión de conjunto de los enfoques más innovadores en los programas de salud. [En ellos] el acento [se pone] en 1) las capacidades de los usuarios, de acuerdo con el enfoque proactivo y la promoción de las competencias y el bienestar; y 2) el contexto social y el entorno de uso.

El primer punto lleva a numerosas innovaciones en las intervenciones de drogas, entre las cuales la oferta de varios programas de autogestión e intervenciones de corto plazo con el fin de 'apoyar' las competencias de los usuarios (en lugar de 'ayudar' a clientes que, de otro modo, estarían indefensos); la ampliación de los objetivos de los usuarios con respecto a distintos niveles de control sobre las drogas; una relación entre usuarios y profesionales más equilibrada para poder construir una alianza con los conocimientos de unos y otros; y la ampliación de los objetivos de la intervención para tener en cuenta cualquier paso positivo durante todas las etapas del uso de drogas, pero también cualquier cambio positivo en el conjunto de la experiencia vital de los usuarios.

La importancia del contexto social y del entorno de uso tienen muchas consecuencias a la hora de entender el uso de drogas y en la práctica de los servicios. Los usuarios no viven en un vacío social; puede que las características individuales de la personalidad sean importantes, pero también lo son las subculturas del uso de drogas, las tasas de desempleo, las políticas relativas al alcohol y las drogas, y la estigmatización y la discriminación de los usuarios. Por lo tanto, se necesita un giro que deje atrás la perspectiva clínica individual y se centre en un enfoque comunitario.¹¹ Por ejemplo, las actividades de incidencia deberían ser una pieza clave del nuevo modelo, ya que la sensibilización de los usuarios sobre sus propios derechos constituye una forma de control sobre sus vidas.

El papel clave del contexto social en la conformación del uso de drogas se ve corroborado por las investigaciones en diversos campos, como los estudios y las revisiones sobre el vínculo entre los problemas de drogas y las privaciones socioeconómicas. Aunque el uso recreativo de drogas no es más prevalente entre grupos socialmente excluidos que entre grupos más acomodados, los

patrones más dañinos de consumo y sus peores consecuencias se concentran en los barrios marginales.¹²

Estas conclusiones conllevan importantes implicaciones normativas: las políticas sociales amplias son fundamentales para las personas usuarias de drogas y pueden ser más eficaces a la hora de fortalecer la estructura vital de estas. En la mayoría de los países europeos, predomina un enfoque 'hiperespecializado' ante los problemas de salud de los usuarios de drogas debido a uno de los principios básicos del modelo basado en la enfermedad: "lo primero que se debe abordar es el problema de drogas". Teniendo en cuenta la relevancia del contexto social, se debería limitar el énfasis en la 'hiperespecialización'. En lugar de ello, el acceso a las prestaciones sociales para los usuarios de drogas debería ser el mismo que para cualquier otro ciudadano. Sin embargo, actualmente en muchos países esas prestaciones no se ponen a disposición de los usuarios de drogas, excepto en el caso de que dejen de consumirlas. Así, un factor clave para innovar en las políticas de drogas pasaría por vincularlas con las políticas de bienestar social.

El replanteamiento de la reducción de daños desde la perspectiva de la autorregulación

El modelo basado en la autorregulación está integrado en la reducción de daños, además de extender algunos de sus puntos básicos hacia nuevas direcciones. La reducción de daños no se reduce únicamente a la aplicación de principios de salud pública en el campo del uso de drogas. Es también de un enfoque – frente al uso y las políticas de drogas– que persigue reducir las consecuencias negativas del consumo de estupefacientes sin rebajar necesariamente dicho consumo. Se trata de un enfoque alternativo a las políticas centradas en reducir la prevalencia del uso de drogas con el objetivo último de eliminarlo.

[Sin embargo] la reducción de daños es considerada como un último recurso para los usuarios crónicos que se supone que son incapaces de iniciar un tratamiento o de cumplir con los tratamientos tradicionales. Esto representa un paso atrás hacia una forma desempoderadora de ver a los usuarios de drogas, en lo que supone un vuelco completo de perspectiva.

El acento en el control es clave para clarificar el contexto teórico de la reducción de daños, que pasa de las propiedades negativas (de riesgo/nocivas) de las sustancias a centrarse en los recursos positivos individuales y –cabe destacar– ambientales que permiten a una persona situarse 'por encima de la influencia' de las drogas. Además, puede contribuir a superar otra de las limitaciones de que la reducción de daños quede confinada a un 'pilar' concreto: el acento excesivo que se pone en el daño de las sustancias y la poca atención que se presta a los daños de las políticas (y de las leyes punitivas en particular). En lugar de ello, y en palabras del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas: "Los enfoques de reducción de daños también persiguen identificar y propugnar cambios en las leyes, normativas y políticas que aumentan los daños, o que bloquean la introducción o la eficacia de intervenciones para reducirlos".¹³

La investigación sobre el control ofrece una pista para una evaluación más clara de los daños provocados por las políticas de drogas. Los sistemas de control de drogas basados en la prohibición actúan para dismantelar las condiciones para el control individual del consumo de drogas encarcelando, marginando y discriminando a los usuarios. La estigmatización y el castigo del uso de drogas socava la estructura vital de los usuarios y su anclaje en los compromisos cotidianos, privándolos de esos “intereses en la vida y la identidad convencional” que les permiten limitar su consumo de drogas.¹⁴ Además, “las estructuras comunicativas de los usuarios de drogas se ven amenazadas constantemente, reduciendo su eficiencia como vehículos de conocimientos sobre un uso seguro”.¹⁵

Desde una perspectiva de salud pública, la prioridad debe ser amparar la adecuación cultural de las drogas ilegales, mediante el desarrollo de normas sobre uso, dosis y entornos más seguros de uso, y la difusión de estas normas entre las personas usuarias. Las políticas de drogas deben fomentar –o al menos permitir– esta difusión, en lugar de prohibirla por razones ‘morales’. Tal como señaló Zinberg: “Irónicamente, las medidas para eliminar todo tipo de uso actúan en contra del desarrollo del control por parte de quienes deciden usar drogas de todos modos”.¹⁶

Conclusión

El modelo basado en la autorregulación puede reimpulsar el potencial de la reducción de daños, tanto en los servicios de drogas como en las políticas en la materia. En cuanto a los primeros, facilitar el desarrollo de controles y ayudar a difundirlos ampliamente entre los usuarios debería ser ‘la misión’ primordial de los servicios de drogas y los programas de prevención de sustancias. El papel de los servicios a la hora de mantener las estructuras comunicativas de los usuarios puede ser crucial, ya que las reglas para un uso seguro de drogas ilegales están confinadas en las subculturas de los usuarios, precisamente debido a su ilegalidad.

El desafío para la reducción de daños desde una perspectiva de la autorregulación radica en facilitar las condiciones ambientales para minimizar los riesgos y daños, potenciar las competencias y habilidades de los usuarios, y poner en práctica políticas sociales amplias que persigan ayudar a los usuarios a gozar de oportunidades para una vida convencional.

Notes

1. Grazia Zuffa es doctora en Psicología y trabaja en el ámbito de la investigación sobre políticas de drogas, además de ser socia fundadora de la ONG italiana Forum Droghe.

2. En 1976, Norman Zinberg efectuó un estudio pionero sobre el uso controlado de drogas, reclutando a personas usuarias de cannabis, sustancias psicodélicas y opiáceos; <http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.amphetamine.html>

3. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_ES_TDAT13001ESN1.pdf

4. Informe Europeo sobre Drogas, p. 34-37.
5. Informe Europeo sobre Drogas, anexo 1, V).
6. Para una discusión más exhaustiva sobre las investigaciones entre usuarios de drogas ilegales, véase: T. Decorte (2010), Come si diventa un consumatore controllato, en G. Zuffa (ed.), Cocaina, il consumo controllato, Turín, Edizioni Gruppo Abele, 191-217.
7. En un estudio de 111 usuarios experimentados de cocaína en la ciudad belga de Amberes, solo el 3,6 por ciento reportó la trayectoria de 'escalada'; véase: Decorte, T. (2001). Drug users' perceptions of controlled and uncontrolled use. *International Journal of Drug Policy*, 12, 297-320
8. Cohen, P. (1999), p. 230. Véase Cohen, P. (1999). Shifting the main purpose of drug control: from suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. *The International Journal of Drug Policy*, 10, 223-234.
9. Sobre el concepto de normalización, véase: Parker, H., Aldridge, J. y Measham, F. (1998). *Illegal Leisure. The normalization of adolescent drug use.* Londres: Routledge.
10. Di Clemente, C.C. (1999). Prevention and Harm Reduction for chemical dependency: a process perspective. *Clinical Psychology Review*, 19 (4), junio, 473-486.
11. Para una visión general de la psicología comunitaria frente a la basada en la salud clínica, véase: Orford, J. (2008). *Community Psychology: Challenges, Controversies and Emerging Consensus.* Chichester: John Wiley & Sons.
12. Stevens, A. (2011). *Drugs, Crime and Public Health. The political economy of drug policy.* Londres: Routledge. Véase, en particular, el capítulo 2: "Afflictions of inequality? The social distribution of drug use, dependence and related harms".
13. IDPC, <http://idpc.net/policy-advocacy/globaladvocacy/system-wide-coherence/harm-reduction>
14. Véase Waldorf, D., Reinerman, C. y Murphy, S. (1991). *Cocaine changes. The experience of using and quitting.* Philadelphia: Temple University Press.
15. La cita es de Cohen, P. (1999), p. 232.
16. Zinberg, N. and Harding, W. (1982). Control and intoxicant use: a theoretical and practical overview. Introduction, en N. Zinberg y W. Harding (Eds.), *Control over intoxicant use: pharmacological, psychological and social considerations.* (pp. 13-35). Nueva York: Human Sciences Press.

TNI Drugs & Democracy [drugs@tni.org]