

Aurelio Díaz



# Hoja, pasta, polvo y roca

El consumo de los  
derivados de la coca



Publicacions d'Antropologia Cultural  
Universitat Autònoma de Barcelona

Este libro es el resultado de un estudio comparativo de las características y consecuencias sociosanitarias del consumo de los derivados de la coca (hoja, pasta, cocaína y crack) y de los diversos métodos de consumo de éstos. Es una investigación cualitativa, aplicada, realizada en Bolivia, Brasil y Nigeria, y cuyos resultados han sido comparados con los de otra investigación realizada en Barcelona.

En el libro se recoge la interrelación droga-sujeto-contexto, se analizan períodos clave del proceso histórico, se contextualiza el consumo en cada país y se establecen los distintos complejos culturales asociados.

La investigación aporta dos conceptos clasificatorios clave como resultado del análisis: tipología de consumo y patrones temporales. Estos conceptos permiten cortes significativos en un continuo de situaciones delimitando las características de los consumos y las consecuencias sociosanitarias derivadas de los mismos. Los resultados muestran la variabilidad de los perfiles de consumo existentes y sus diversas consecuencias sociosanitarias; situación que requiere una correlativa intervención múltiple desde salud pública siguiendo estrategias de reducción de daños.

Aurelio Díaz, profesor titular de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona, nacido en Barcelona en 1956, se ha dedicado profesionalmente a la investigación aplicada desde 1985. Desde 1990, aunque ha seguido trabajando en diversos campos (intervención urbanística y diversas áreas del bienestar social), ha realizado sobre todo estudios en el campo de las drogas y, especialmente, de los diversos derivados de la coca. De estas investigaciones sobre droga ha publicado, con otros autores, los libros *Les línies de l'èxit?* (Ajuntament de Barcelona, 1992); *Lines across Europe* (Swets & Zeitlinger, 1993); un capítulo en el libro *Vivre avec les drogues* (Éditions du Seuil, 1996) y dos artículos en revistas internacionales (1997-1998).

13

 Universitat Autònoma de Barcelona



GN088

5443.00

HOJA PASTA POLVO Y ROCA

## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| Prólogo.....   | 9   |
| 1. Introducción.....   | 13  |
| 1.1. Presentación.....   | 13  |
| 1.2. Unas investigaciones aplicadas.....   | 25  |
| 1.3. Agradecimientos.....  | 34  |
| <b>Primera parte. Marco general</b>  |     |
| 2. Una aproximación histórica.....   | 41  |
| 2.1. Orígenes, extirpadores de idolatrías y redescubrimiento de la coca.....                           | 43  |
| 2.2. Cocaína, primera «época dorada» y la prohibición.....   | 64  |
| 2.3. Comisión de Estudio de la ONU y Convención Única de<br>Estupefacientes: el círculo se cierra..... | 90  |
| 2.4. Segunda «época dorada», crack y declaración de guerra.....  | 131 |
| 3. Conceptos.....  | 147 |
| 3.1. Drogas, usos y consecuencias.....   | 155 |
| 3.1.1. Drogas.....   | 155 |
| 3.1.2. Consumo, uso y tipos.....   | 157 |
| 3.1.3. Consecuencias.....  | 159 |
| 3.2. Derivados de la coca y métodos de consumo.....  | 165 |
| 3.2.1. El arbusto y la hoja de coca.....   | 165 |
| 3.2.2. Proceso de elaboración de los derivados.....  | 166 |
| 3.2.3. Métodos de consumo.....   | 170 |
| 3.2.4. Vías (administración, absorción).....   | 174 |
| <b>Segunda parte. Los derivados de la coca: naturaleza del consumo</b>                                 |     |
| 4. Características y diseño de la investigación.....   | 179 |
| 4.1. Referentes teórico-metodológicos.....   | 179 |
| 4.2. Diseño de la investigación.....   | 184 |
| 4.2.1. Características y diseño de la muestra.....   | 184 |
| 4.2.2. Técnicas de investigación y análisis.....   | 190 |
| 4.3. Características generales de la muestra obtenida.....   | 199 |
| 4.4. Apuntes sobre los centros participantes.....  | 206 |

|   |     |
|---|-----|
| 5. Comparación: regularidades y aspectos específicos.....   | 211 |
| 5.1. Caracterización de las muestras y submuestras.....   | 211 |
| 5.2. Tipología de consumo/consumidores.....   | 213 |
| 5.3. Características generales de los entrevistados.....  | 220 |
| 5.3.1. Perfil sociodemográfico.....   | 220 |
| 5.3.2. Antecedentes biográficos.....  | 226 |
| 5.4. Contexto sociocultural.....  | 230 |
| 5.4.1. Estilos de vida y papel del consumo.....   | 230 |
| 5.4.2. Cultura de consumo.....  | 233 |
| 5.5. Historia del consumo de drogas.....  | 240 |
| 5.5.1. Itinerarios de consumo.....  | 240 |
| 5.5.2. Policonsumo.....   | 242 |
| 5.6. Características y evolución del consumo de los derivados de la coca.....                               | 243 |
| 5.6.1. Inicio del consumo.....  | 243 |
| 5.6.2. Duración y características del itinerario de consumo.....  | 247 |
| 5.6.3. Patrón de consumo.....   | 251 |
| 5.7. Contextos de consumo y obtención.....  | 257 |
| 5.7.1. Contexto de consumo.....   | 257 |
| 5.7.2. Contexto de obtención.....   | 259 |
| 5.8. Razones, funciones y efectos del consumo.....  | 262 |
| 5.8.1. Razones y funciones del consumo.....   | 262 |
| 5.8.2. Efectos positivos del consumo.....   | 264 |
| 5.8.3. Efectos negativos del consumo.....   | 266 |
| 5.9. Consecuencias del consumo.....   | 268 |
| 5.9.1. Consecuencias positivas o ventajas en la salud y en aspectos<br>relevantes de la vida social.....    | 268 |
| 5.9.2. Consecuencias negativas o desventajas en la salud y en aspectos<br>relevantes de la vida social..... | 269 |
| 5.10. Consecuencias sociosanitarias y servicios de tratamiento.....   | 271 |
| 5.10.1. Percepciones de riesgo.....   | 271 |
| 5.10.2. Conocimiento de los servicios de tratamiento.....   | 283 |
| 5.10.3. Utilización de los servicios de tratamiento.....  | 284 |
| 5.10.4. Consumo intravenoso: prácticas de riesgo.....   | 285 |
| 5.11. Conclusiones.....   | 287 |
| <br>Bibliografía  |     |
| 1. Bibliografía citada.....   | 293 |
| 2. Bibliografía referida.....   | 318 |
| <br>Anexo   |     |
| 1. ¿Las líneas del éxito?.....  | 323 |
| 2. «Historia Natural OMS/UNICRI».....   | 327 |

### 5.11. Conclusiones<sup>31</sup>

«—Sabrás, Sancho, que los españoles y los que se embarcan en Cádiz para ir a las Indias Orientales, una de las señales que tienen para entender que han pasado la línea equinocial que te he dicho es que a todos los que van en los navíos se les mueren los piojos, sin que les quede ninguno, ni en todo el bajel le hallarán, si le pesan en oro; y así, puedes, Sancho, pasear una mano por un muslo, y si toparas cosa viva, saldremos desta duda; y si no, pasado habemos.

—O la experiencia es falsa, o no hemos llegado adonde vuesa merced dice, ni con muchas leguas.

—Pues ¿qué? —preguntó Don Quijote—. ¿Has topado algo?

—¡Y aun algos! —respondió Sancho.»

*Miguel de Cervantes*

El cultivo del arbusto de la coca es la base de la economía de subsistencia de numerosos campesinos en Bolivia. Se trata de un cultivo muy eficiente porque es relativamente sencillo, produce tres o cuatro cosechas anuales y satisface una demanda interna (legal), asegurada por los múltiples usos de la hoja de coca en la cultura tradicional andina. También, el transporte de la hoja de coca a los mercados y la venta al por menor en ellos (ambas actividades son legales) genera empleos que permiten el sustento, siempre precario, de pequeños comerciantes y sus familias.

El complejo coca-cocaína, del que depende buena parte de la economía boliviana, no ha cambiado la situación económica de estos sectores de la población. La incidencia directa de este complejo ha sido la ampliación de la oferta laboral vinculada al cultivo de la coca o a los procesos de elaboración de la pasta de coca, ofreciendo trabajo a campesinos y, sobre todo, a ex mineros.

La hoja de coca sigue desempeñando múltiples funciones y su consumo (acullico) y diversos usos están plenamente integrados en la cultura tradicional andina. La mayor parte de los consumidores (tipo «tradicional») se ajusta a este modelo de uso y para ellos la hoja de coca ocupa un lugar importante en todos los aspectos de su vida.

Los principales usos de la hoja de coca son los siguientes:

**Energético** (es el predominante): consumo para incrementar el rendimiento en el trabajo y para combatir el cansancio, el sueño y el frío. Durante el trabajo, además, el acullico estructura los periodos de actividad y descanso. A pesar de que disminuye la sensación de hambre, la hoja de coca no se considera un alimento, aunque aporte minerales y vitaminas, y sólo sustituye a la comida en casos de carencia.

**Medicinal**: para tratar enfermedades orgánicas, por sus propiedades químicas, en infusiones, jarabes y emplastos; para diagnosticar y tratar enfermedades delimitadas

31. Para evitar confusiones, debe señalarse que en este apartado no se incluyen conclusiones de la investigación realizada en Barcelona, aunque algunas de las establecidas en dicha investigación (1992:317-330) coincidan con éstas.

culturalmente, consideradas de etiología sobrenatural, de naturaleza psicosomática y que expresan conflictos interpersonales o de la estructura social.

**Mágico-religioso:** para comunicarse con el mundo sobrenatural y conseguir su protección. Se utiliza en las prácticas de adivinación para prevenir o conocer las causas del infortunio y en todos los rituales mágico-religiosos; especialmente, en ofrendas a la Pachamama, que personifica y espiritualiza a la Tierra, para obtener alimentos suficientes, proteger la salud y preservar de daños el espacio que habitan.

**Social:** para mantener la cohesión social y la cooperación entre los miembros de la comunidad. También desempeña un papel importante en todas las ceremonias comunitarias, en los intercambios recíprocos de trabajo y en las relaciones de sociabilidad.

En el consumo de tipo «moderno», predominante en las ciudades y en consumidores no pertenecientes a las culturas quechua o aymara, el conjunto de rasgos del complejo cultural de la hoja de coca presenta modificaciones debidas a procesos de aculturación y de adaptación a formas de vida de la sociedad moderna. Como resultado de estos procesos algunos usos tradicionales son irrelevantes o se han perdido y otros han variado su significación y dimensión originales. En este tipo de consumo se encuentran consumidores que se ajustan, en diversos grados, al modelo tradicional de uso, que mantienen o privilegian sólo determinados usos (energéticos, medicinales), que desconocen completamente los ritos y costumbres tradicionales andinos; o que los conocen, pero no los practican. Otro aspecto relevante es la defensa de la hoja de coca como símbolo de identidad y pertenencia; también, por parte de no usuarios o consumidores su rechazo por identificarla con una forma de vida atrasada y propia de indios (expresa un prejuicio).

Los consumidores valoran positivamente, en diversos grados, los efectos beneficiosos de la hoja de coca, energéticos y medicinales, y su importancia ritual y simbólica. Ninguno refiere problemas, efectos o consecuencias negativos derivados o asociados al consumo. Estas características muestran con claridad la especificidad de la hoja de coca y establecen una distinción muy marcada entre este derivado de la coca y los restantes (el consumo de hoja de coca en ningún caso es percibido ni identificado con el consumo de drogas). El consumo culturalmente regulado de este derivado (consumo «tradicional») y el caracterizado como «moderno», por tratarse también de un consumo controlado, no constituyen un problema de salud pública ni para los propios consumidores.

Los derivados de la coca (clorhidrato de cocaína, pasta de coca y crack) considerados conjuntamente, incluyendo o no a la hoja de coca, se caracterizan por sus múltiples facetas, por la existencia de una amplia diversidad de itinerarios, perfiles, situaciones, tipos, métodos de consumo y vías de administración. Asimismo, su consumo se halla difundido de forma irregular en los diversos estratos de la estructura social, tanto en población normalizada e integrada como en población marginalizada. Esta diversidad se reproduce en las consecuencias sociosanitarias derivadas del consumo. Estas especiales características deben tenerse en cuenta en cualquier tipo de intervención para evitar enfoques o abordajes uniformes.

Esta multiplicidad de facetas se da especialmente en el consumo de clorhidrato de

cocaína: tipos de consumo, difusión e importancia variable en diferentes estilos de vida, diversidad de métodos de consumo: aspirado, intravenoso, fumado o inhalado y otros más minoritarios.

En el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína se producen varios derivados fumables de la coca que se diferencian, esencialmente, por la concentración de sulfato de cocaína que contienen y por la presencia, diversa, en su composición de los residuos de los compuestos químicos utilizados en el proceso. Algunos de ellos sólo son consumidos en los círculos de elaboración y otros son comercializados (genéricamente, estos últimos son denominados como pasta de coca).

El proceso de elaboración del crack a partir del clorhidrato de cocaína, tanto el realizado a pequeña escala por los propios consumidores como el comercializado, es el mismo o es muy parecido en todas las situaciones analizadas.

El consumo de clorhidrato de cocaína, crack o pasta de coca tiende a incrementarse con el paso del tiempo; debe destacarse que este incremento, frecuentemente, no es percibido ni reconocido por los consumidores. Este incremento es más intenso y acelerado cuando se utilizan vías rápidas de absorción: pulmonar y endovenosa, con efectos mucho más intensos pero de una duración muy breve. La utilización de estas vías agudiza las consecuencias negativas del consumo que, además, se agravan a lo largo del tiempo. Esta constatación tiene una especial relevancia en los itinerarios de consumo que se inician a edades más tempranas: pasta de coca y crack.

Esta tendencia, aunque es generalizable, es característica de los consumos disfuncionales: implican descontrol del nivel de consumo, compulsividad, tolerancia y ansia muy intensa. Este tipo de consumo predomina o es el único existente en el consumo de crack, pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa; es menos frecuente, quizá minoritario, en el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína. Asimismo, en general, los consumos disfuncionales de clorhidrato de cocaína por esta vía presentan rasgos distintivos en relación a los otros, todos ellos con unas consecuencias más agudizadas y graves.

El consumo recreacional de clorhidrato de cocaína por vía intranasal —y también de pasta de coca, aunque éste es menos frecuente— caracterizado por un nivel bajo de consumo (frecuencia no diaria y cantidades que no suelen superar un gramo al mes), relacionado exclusivamente con la diversión y la sociabilidad, intermitente y que se interrumpe con facilidad ante la aparición de problemas leves, o cuando el consumo tiende a aumentar, activando mecanismos eficientes de regulación y control es característico de un sector de las clases medias urbanas, población normalizada e integrada, que comparten una determinada concepción del ocio: preferencia por la diversión en el denominado *mundo de la noche*. Este tipo de consumo es bastante frecuente, probablemente predomina en esta población consumidora, y no comporta excesivos problemas para los consumidores. Si el consumo mantiene sus rasgos caracterizadores, objetivo logrado con relativa facilidad por estos consumidores durante periodos prolongados, éste comporta riesgos mínimos.

El consumo instrumental —consumo con una finalidad concreta no relacionada con la diversión en contextos de sociabilidad, aunque sin excluirla— también ha sido establecido en el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, sobre todo, y

pasta de coca. Este consumo presenta similitudes con el tipo recreacional pero incluye factores de riesgo: niveles de consumo más elevados (a medida que se incrementa el consumo los problemas también aumentan); razones que pueden propiciar la escalada: para combatir el aburrimiento; como vía o medio para huir de los problemas; como finalidad en sí mismo y no como medio para mejorar la diversión, asociación causal al rendimiento laboral y al éxito profesional. De hecho, la única razón de consumo que parece garantizar un consumo controlado y no problemático es la mejoría de la diversión en ambientes de sociabilidad y festivos; el consumo desempeña un papel secundario en ellos.

Como ya ha sido reflejado el consumo disfuncional aparece asociado al consumo de crack, clorhidrato de cocaína por vía intravenosa y pasta de coca. En todos estos casos, salvo en una minoría de los consumidores de pasta de coca (recreacionales e instrumentales), el consumo desempeña un papel central en la vida de los consumidores. El consumo disfuncional es incompatible con el desempeño regular de actividades normalizadas; implica el desplazamiento, temporal o definitivo, a los márgenes del sistema; fragiliza y rompe los vínculos sociales, incluso los establecidos con otros consumidores, aislando progresivamente a los consumidores; comporta consecuencias sociosanitarias muy graves. Frecuentemente, los consumidores llegan a situaciones objetiva y subjetivamente insostenibles: situaciones límite.

A esta caracterización general del consumo disfuncional deben añadirse ciertos rasgos que la matizan o la completan:

Los consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal muestran, en términos relativos, unas situaciones menos agravadas.

Cuando se trata de poblaciones previamente marginales el consumo constituye un agravante que profundiza y consolida unas condiciones de vida particularmente duras por sí mismas. En estos casos, el consumo es un problema entre otros y, frecuentemente, desempeña un papel clave para sobrevivir en un medio hostil y para escapar de él.

El mantenimiento de ciertos vínculos normalizados, aunque sea de forma precaria y conflictiva, es un factor importante, quizá decisivo, en la reducción de daños en los consumidores y para evitar la consolidación de su exclusión.

Queda como interrogante la posible existencia del consumo no disfuncional, más o menos controlado, del clorhidrato de cocaína por vía intravenosa.

Un aspecto muy importante —es una constante, a excepción del consumo de hoja de coca— es el consumo combinado de los derivados de la coca con otras drogas para potenciar o prolongar los efectos o para contrarrestarlos. Al respecto, por sus consecuencias sociosanitarias, debe destacarse el elevado consumo de bebidas alcohólicas. En Ibadán, además, la combinación de drogas puede favorecer el incremento del consumo de heroína. En este mismo sentido, la hipotética difusión de esta droga en los países andinos constituye un riesgo que merece una especial atención: su presencia ha sido constatada en Cochabamba.

El consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína disminuye con claridad en Sao Paulo, desde la difusión de la epidemia del sida, y está siendo sustituido por el consumo del crack. Aunque los consumidores que utilizan esta vía de administración conocen los riesgos que supone el consumo si se comparten las jeringuillas y agujas,



o si se reutilizan sin desinfectar adecuadamente, durante las sesiones de consumo la compulsión asociada al mismo impide, en la práctica, con mucha frecuencia, que adopten y mantengan las precauciones necesarias.

Las características del mercado, que se rige por la lógica del máximo beneficio, y la presión de la oferta constituyen un condicionante de primer orden sobre la población consumidora y las características de ésta. Este hecho, de alcance general, tiene una especial incidencia en Sao Paulo: el crack ha desplazado a las restantes drogas ilegales; y en Cochabamba: la amplia oferta de pasta de coca a precios muy baratos.

La estigmatización del consumo, el rechazo social a los consumidores y, sobre todo, la penalización del consumo son contraproducentes para los consumidores y para la sociedad en su conjunto y dificultan (imposibilitan) la intervención desde una óptica de salud pública.

Los servicios de tratamiento existentes son insuficientes y/o inaccesibles y, en general, carecen de medios adecuados. Asimismo, los programas de tratamiento deben ser revisados y profesionalizados; al igual que los servicios. En general, los tratamientos forzosos, en algún grado, son ineficaces y generan en los consumidores una actitud generalizada de rechazo. Estos aspectos tienen una especial relevancia si se tiene en cuenta que los consumidores disfuncionales o con problemas relevantes consideran que el tratamiento, voluntario y realizado por profesionales, es el único medio para salir de una situación que no pueden resolver por sí mismos.