

VARIACIONES EN LAS MODALIDADES DE CONSUMO INTENSIVO DE DROGAS EN BUENOS AIRES: UN ACERCAMIENTO DESDE LAS PERSPECTIVAS DE LOS INVOLUCRADOS EN LOS TRATAMIENTOS DE SALUD

VARIATIONS IN THE MODALITIES OF INTENSIVE DRUG USE IN BUENOS AIRES: LOOKING AT THE ISSUE FROM THE PERSPECTIVE OF THOSE INVOLVED IN TREATMENT PROCESSES AT HEALTH CARE CENTRES

Ana Laura Candil

Docente en la Universidad de Buenos Aires y Universidad Nacional de José C. Paz (Argentina). Becaria Posdoctoral CONICET/Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires

Resumen: Este artículo propone una aproximación a las variaciones en las modalidades de consumo intensivo de drogas narradas en una institución especializada, pública, de salud, y ambulatoria localizada en un barrio empobrecido del Área Metropolitana de Buenos Aires. La investigación se guió por los lineamientos de la metodología cualitativa –específicamente el enfoque etnográfico–, el trabajo de campo se realizó entre los años 2012-2013 y las técnicas de recolección de datos fueron principalmente las observaciones participantes en los distintos espacios terapéuticos y las entrevistas semi-estructuradas. A través de la vinculación de diversos relatos de jóvenes y adultos/as usuarios/as intensivos/as de sustancias que forman parte de poblaciones desfavorecidas y que se encuentran en tratamiento y de los/as profesionales de la salud que intentan abordarlos se describe una variedad en las modalidades de uso intensivo y de administración de cocaína, pastillas, marihuana y alcohol.

Palabras clave: Drogas, Consumo, Poblaciones desfavorecidas, Tratamientos ambulatorios públicos.

Abstract: This paper looks at variations in the modalities of intensive drug use encountered in a public ambulatory drug treatment centre in an impoverished neighborhood of the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina. The methodology was qualitative –more specifically, the ethnographic approach was used– and the field work took place in 2012-2013. The data collection techniques were mainly participant observation in the various treatment areas and semi-structured interviews. By linking the different stories told by intensive drug users from disadvantaged populations, both youth and adults, and who are currently in treatment, and the perspective of the health professionals trying to help them, a wide variety in the modalities of intensive use and administration of cocaine, pills, marijuana and alcohol becomes visible.

Key words: Drugs, Drug Use, Disadvantaged populations, Public treatment centres.

| Recibido: 17/03/2017 | Revisado: 23/04/2017 | Aceptado: 26/06/2017 | Publicado: 30/09/2017 |

Correspondencia: Ana Laura Candil. Lic. en Trabajo Social y Dra. en Ciencias Sociales (UBA). Docente en UBA y UNPaz. Becaria Posdoctoral CONICET-Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Uriburu 950. 6to piso. Email: anacandil@yahoo.com.ar.

Referencia normalizada: Candil, A. L. (2017). Variaciones en las modalidades de consumo intensivo de drogas en Buenos Aires: Un acercamiento desde las perspectivas de los involucrados en los tratamientos de salud. *Trabajo Social Hoy*, 82, 67-88. doi: 10.12960/TSH.2017.0016

1. INTRODUCCIÓN

En Argentina y en las últimas décadas, algunos estudios oficiales han intentado precisar la envergadura de los consumos de drogas, principalmente a partir de la producción estadística que toma como puntos de apoyo: las sustancias psicotrópicas lícitas e ilícitas consumidas (la llamada prevalencia, es decir, cuántas personas consumieron determinada sustancia en su vida y/o en un espacio acotado de tiempo) y aquellas sustancias consumidas que han sido manifestadas por parte de los/as usuarios/as como motivos de ser demandas de tratamientos de salud. Según las últimas estadísticas oficiales sobre pacientes en centros de tratamiento realizadas en el año 2010, las cocaínas –clorohidrato y pasta base– son las sustancias referidas como el 52,1 % de las demandas de tratamiento (OAD-SEDRONAR, 2011), cuestión que, según organismos internacionales, constituye una tendencia en la región latinoamericana (United Nations Office of Drugs and Crime, 2015).

Diversas perspectivas –organizaciones, agencias internacionales y nacionales, grupos de profesionales e intelectuales– han señalado que no todo/a usuario/a de drogas presenta un consumo problemático y que esta modalidad de consumo debiera vincularse a la esfera de la salud y no a la esfera punitiva (Corda et al., 2014; Vázquez, 2014; Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015; Corda, 2015). En el año 2010 se sancionó la Ley 26.657, llamada “Nueva Ley de Salud Mental”, que ha sido celebrada como un hito significativo en lo que respecta a los derechos de los *pacientes* en salud mental en general. Dicha ley prohíbe la creación de nuevas instituciones manicomiales, incluye a las *adicciones* como parte de la esfera de salud mental, postula a los/as usuarios/as de drogas como *pacientes*, promueve las intervenciones ambulatorias y estipula que los internamientos de usuarios/as sean de 6 meses de duración como máximo, con posterioridad a la evaluación de un equipo interdisciplinario y como último recurso terapéutico. Sin embargo, a pesar de los debates expertos que conllevaron la modificación de marcos jurídicos y replanteos en las modalidades de intervención en salud, a nivel nacional y regional diversas investigaciones han constatado que los/as usuarios/as son fuertemente criminalizados, judicializados y encarcelados (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015; Corda, 2015; Metaal y Youngers, 2010; Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2014; Centro de estudios de drogas y derechos, 2014). También se ha comprobado que el proceso de criminalización no se encuentra dissociado de la esfera de la salud, sino que configura lo que se ha llamado el dispositivo policial-judicial-sanitario (Epele, 2010) que abona –y colabora en la producción de– la investidura histórica de delinquentes y enfermos que suele adjudicársele a los/as usuarios/as de sustancias (Corda, 2015), dificultando el acceso a las instituciones de tratamiento ya que también en ellas se despliega y concretiza mediante sospechas, dudas e inferencias (Epele, 2007 y 2010). Además, varios autores han señalado que las múltiples instituciones (públicas y privadas) que han abordado y abordan a los/as usuarios/as han articulado procesos de criminalización y medicalización (Corda et. al.,

2014; Vázquez, 2014; Renoldi, 2014; Manzano, 2014). Constituidos por estos procesos, los tratamientos se despliegan y, desde las perspectivas de los/as usuarios/as, posibilitan en ocasiones cierto reparo –situacional– de la cotidianeidad de la vida en contextos de escasez y despojo.

Si bien en Argentina se observa una creciente producción académica sobre los usos de drogas y las terapéuticas que intentan abordar a los/as usuarios/as, salvo algunas excepciones, ha quedado fuera de foco la atención analítica sobre las prácticas de consumo, incluso cuando en algunas instituciones se decodifiquen como trayectorias de consumo individuales. A partir de una investigación centrada en analizar los tratamientos de salud más extendidos en el país –aquellos de modalidad ambulatoria– se han registrado versiones acerca de las diferentes modalidades de consumos intensivos. Atender a los relatos sobre las prácticas de consumo intensivo narradas por los/as usuarios/as durante el desarrollo de los tratamientos implica articular una dispersión de relatos parciales ya que, contrario a lo que podría inferirse, en los tratamientos ambulatorios de salud no tiene un lugar prioritario la descripción acerca de las mismas. Como señaló Melisa, trabajadora social:

¡La gente habla de muchas cosas! No recuerdo que haya alguien que hable compulsivamente del consumo y de qué manera. Al contrario, dan por sentado que vos sabés cómo es que él consume, de qué manera consume, con quién, como si fuera una generalidad que todos consumen igual, ¿no? Cuesta ubicar el modo particular de consumir...

El objetivo de este artículo es realizar una aproximación a las modalidades de consumo intensivo de drogas –y sus variaciones en las últimas décadas– desde las perspectivas de los/as involucrados/as –usuarios/as y profesionales– en los tratamientos ambulatorios de salud orientados a reducir y/o suprimir estos consumos en un barrio empobrecido del Área Metropolitana de Buenos Aires (en adelante AMBA) focalizando en las diversas sustancias, los diferentes modos de administración de las mismas y ciertos modos de vinculación que en las diversas modalidades de consumo pueden ser distinguibles. Varias especificaciones son necesarias para abordar este objetivo. La primera, acerca de la noción de drogas. Ya hace varios años, las perspectivas socio-antropológicas críticas han revelado que la noción de droga es una construcción médico-penal que prohíbe y habilita determinadas modalidades de uso de ciertas sustancias –a la vez que su etimología se remonta tanto a veneno como remedio–. Así, la producción, transporte, tenencia y consumo de algunas sustancias se penaliza o habilita en función de los estatutos legales (o no) de las mismas, a partir de las nominaciones y categorizaciones de los Estados –en los diversos contextos históricos– (Vázquez, 2014; Renoldi, 2014 y 2015). Independientemente del estatuto de legalización o no de las sustancias (el alcohol en Argentina se encuentra legalizado mientras que el clorhidrato de cocaína, no) –aunque no

desconociendo las drásticas consecuencias de tales diferenciaciones–, este artículo se enfocará en aquellas sustancias que, desde la perspectiva de los involucrados en los tratamientos ambulatorios, dificultan la cotidianeidad a partir de su uso intensivo. Segunda aclaración, acerca de las modalidades de usos: las producciones académicas e institucionales han distinguido diferentes modalidades e intensidades sobre los usos de las sustancias: uso, abuso, dependencia, uso recreativo, uso ocasional, uso indebido, consumo problemático, etc. A los fines de esta aproximación, se tomará como uso intensivo y/o consumo problemático siguiendo a las perspectivas locales: la ingesta de sustancias frecuentes en contextos empobrecidos problematizan la cotidianeidad de la vida, y también la organizan. Tercera aclaración: mientras que en general las perspectivas clásicas hacen hincapié en los malestares que producen o pueden producir las ingestas de sustancias, es necesario considerar, como han señalado las perspectivas críticas, que los diversos usos –también aquellos considerados intensivos– pueden conllevar padecimiento, pero también placer para quienes las consumen (Epele, 2010; Renoldi, 2014). Y, cuarta aclaración, esta aproximación se basa en un estudio de caso: no es homologable a la totalidad de los/as usuarios/as intensivos que realizan tratamientos, ni a la totalidad de los/as usuarios/as intensivos/as de drogas de las poblaciones desfavorecidas, ni mucho menos a la población usuaria de drogas en general. Sino, específicamente, se trata de un acercamiento hacia las modalidades de consumo narradas por jóvenes y adultos/as de poblaciones desfavorecidas que realizan tratamientos en un barrio empobrecido del AMBA para disminuir y/o descartar la ingesta de diversas sustancias y de los/as profesionales de la salud que allí intentan abordarlos.

2. PERSPECTIVA METODOLÓGICA

La investigación en la que se enmarca este artículo fue realizada siguiendo los lineamientos de la metodología cualitativa, específicamente del enfoque etnográfico (Achilli, 2005; Guber, 2012). Dicha investigación persiguió el objetivo de describir los tratamientos profesionalizados que abordan a los/as usuarios/as intensivos/as de drogas más extendidos en Argentina y en el área en la que se encuentran más concentrados: aquellos públicos ambulatorios, de salud, que incluyen psicoterapias en su desarrollo emplazados en el AMBA (Observatorio Argentino de Drogas, 2008). El prisma analítico fue concebido a partir de las piedras angulares de este tipo de terapéuticas: la realización de psicoterapias, la permanencia en el espacio habitado y el sostenimiento de los vínculos próximos. Por ello se contemplaron no solo los itinerarios terapéuticos y las dinámicas psico-terapéuticas, sino también se registraron relatos acerca de: las modalidades de consumo; los cuerpos-emociones de los/as usuarios/as (devenidos pacientes en los tratamientos), sus redes de proximidad y los/as profesionales de la salud; las prácticas de cuidado; y las diversas fracciones de la vida cotidiana que se ven revisadas en las dinámicas terapéuticas –empleo, vinculaciones con otros próxi-

mos ya sea por amistad, enemistad, oposición y/o parentesco. Realicé el trabajo de campo durante dos años (2012-2013). El referente empírico y la principal unidad de observación fue una institución pública de salud ambulatoria, profesionalizada, interdisciplinaria, especializada en consumos problemáticos de drogas localizada en un barrio empobrecido dentro del AMBA que basa su abordaje en psicoterapias, con casi dos décadas de trayectoria de intervención, a la que llamaré El Punto. La investigación fue evaluada y avalada por el Comité de Ética del Instituto Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires) y se adecuó a los recaudos que regulan las investigaciones en salud. A fin de resguardar los derechos de los/as participantes y su identidad, implementé el Consentimiento Informado, modifiqué los nombres de los/as entrevistados/as y omití señalar los diversos barrios, villas y asentamientos en los que residen –en las cercanías de El Punto–.

Las técnicas de producción de datos fueron principalmente las observaciones participantes y notas de campo en El Punto de: grupos terapéuticos; grupos de familiares; sala de espera; entrevistas institucionales; vereda de la institución; reuniones de equipo; jornadas de capacitación; jornadas hospitalarias; mesas de gestión barrial; y también visité tres barrios en los que habitan parte de los/as jóvenes y adultos/as que realizan tratamientos en El Punto. Además, llevé a cabo casi una treintena de entrevistas semi-estructuradas y en profundidad a sujetos mayores de 18 años: 11 a profesionales de la salud –psicólogos/as, trabajadoras sociales y operadores/as socio-terapéuticos/as–; 13 a jóvenes y adultos/as que usan intensivamente drogas de mala calidad y que realizan tratamientos ambulatorios; 4 a sus redes de proximidad –madres y parejas–; y una a un referente social. Por medio de las observaciones y de las entrevistas, elaboré 43 casos.

Casi la totalidad de los/as jóvenes y adultos/as con quienes me vinculé en El Punto se encuentran atravesados por trayectorias laborales inestables producto de la precarización laboral (Kessler, 2008) y obtienen dinero mediante distintos empleos informales (que van desde pintura y albañilería, hasta limpieza de vidrios de autos en las esquinas y la mendicidad); habitan en sectores empobrecidos de la ciudad (villas, asentamientos y barrios precarios) cercanos a donde se emplaza El Punto –que otras investigaciones han caracterizado como de progresivo encierro barrial (Epele, 2010; Kessler, 2010), y donde los sectores populares se han territorializado (Svampa, 2005)–; y no han terminado la escolaridad secundaria. En este sentido, forman parte de las poblaciones desfavorecidas, es decir, se ubican dentro de la superpoblación relativa respecto de las necesidades de valorización del capital (Seiffer, 2010). Además cuentan con prolongados itinerarios terapéuticos. En su amplia mayoría, parte de sus vidas han habitado instituciones de encierro/aislamiento vinculadas a la asistencia, judicialización/criminalización y/o psicomedicalización de los problemas sociales: cárceles, institutos de menores, comisarías, hogares para niños, comunidades terapéuticas, hogares de tránsito, hospitales, entre otras instituciones. Es necesario tener en cuenta que los jóvenes y adultos que realizan

tratamiento en El Punto no acceden a terapéuticas privadas, por vía de obras sociales o pre-pagas, pero cuentan con recursos para poder acceder a las terapéuticas públicas: saber que existen, que son gratuitas, estar situados en tiempo y espacio, recordar que tienen que ir o tener alguien que se los recuerde, tener dinero para trasladarse, tener ganas, entre otros.

A fin de reconstruir las distintas perspectivas acerca de las modalidades de usos intensivos de drogas y sus variaciones, a continuación sintetizo brevemente la lábil información estadística y reseño los estudios previos que han periodizado momentos en las modalidades de uso focalizando en aquellos que se han detenido en el AMBA.

3. PANORAMAS GENERALES Y LOCALES ACERCA DE LAS MODALIDADES DE USOS INTENSIVOS DE DROGAS

Diversos organismos internacionales han explicitado que la información estadística y epidemiológica con la que se cuenta en la temática a nivel mundial es frágil (UNODC, 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2010). A pesar de la dificultad en la producción de datos precisos, sin embargo, han señalado que en el año 2013 aproximadamente 246 millones de personas entre los 15 y los 64 años consumieron drogas ilícitas en el mundo. Entre ellas, 27 millones eran consumidoras problemáticas: se estima que la mitad usaban drogas inyectables, que sólo 1 de cada 6 tiene acceso a tratamientos, y que en Latinoamérica la mayoría de las demandas de tratamiento son a partir del consumo problemático de cocaína (UNODC, 2015). En Argentina, las investigaciones también son escasas: si bien se han realizado estudios epidemiológicos desde principios de la década de 1990 (en población general y en estudiantes escolarizados), en el año 2005 se instituye el Observatorio Argentino de Drogas –principal productor de estadísticas en la temática–. El último estudio a escala nacional sobre centros de tratamientos realizado en el año 2010 señaló que las personas demandan tratamientos de salud a partir del consumo de cocaína (42 %), alcohol (22,8 %), marihuana (11,8 %) y pasta base/paco (10,1 %), prioritariamente (OAD, 2011); es decir, que los/as usuarios/as de las cocaínas –clorhidratos y pasta base/paco– presentan el 52,1 % del total de las demandas de tratamiento. Sin embargo, como ya ha sido documentado, no todas las personas que usan intensivamente drogas y que habitan el AMBA, acceden a instituciones de tratamiento de salud ya que no solo existen múltiples barreras en la accesibilidad a las mismas, sino que también son, generalmente, heterogéneas, escasas, distantes e iatrogénicas (Touzé, 2006; Epele, 2010; Vázquez, 2014). En el año 2012 se desarrolló un estudio nacional que, por primera vez, comparó los resultados estadísticos sobre usos de drogas de la población de 12 a 65 años (no necesariamente consumiendo drogas ni realizando tratamiento) desde el año 2004 hasta el 2011. El mismo sostiene que a través de los años se ha acrecentado la preva-

lencia de vida: la cocaína pasa de un 0,3 % a un 1 %; la marihuana de un 1,9 % a un 4,2 %; y la pasta base/paco permanece estable en un 0,1 %. En el caso de los alcoholes, varía de un 55,4 % a un 54,8 % (OAD, 2012). Otro estudio oficial, realizado por una agencia diferente, señala que las personas “buscaron ayuda profesional para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas”, en los siguientes espacios: 29,7 % acudió a consultorios externos, el 16,9 % a iglesias o grupos religiosos, el 16,5 % a hospitales generales” (Ministerio de Salud, 2011, p.15). Lejos de presentarse como una homogeneidad en la que puedan equipararse las sustancias y las modalidades de consumo, estas se diferencian por regiones, ciudades e incluso al interior de las ciudades. En el año 2015, otro estudio –no realizado por las agencias oficiales– ha señalado que, en Argentina, a medida que desciende el nivel socioeconómico –estudios, empleos y residencia–, se acrecienta la presencia de venta de drogas y también se intensifica su consumo (Salvia, 2015).

Las producciones socio-antropológicas argentinas sobre usos de drogas han diferenciado momentos –y contextos sociales– en relación con los consumos de sustancias. Korblit et al. (2010) señalan que desde mediados de los años `60 y hasta 1976 –momento en el que algunos autores señalan que las drogas comienzan a percibirse como un problema social (Touzé, 2006; Manzano, 2014)– primó el consumo de marihuana y alucinógenos como modalidad de expresión de rebeldía; y también sostienen que comenzó el consumo de barbitúricos y anfetaminas. Identifican que en la última dictadura militar (1976-1983) comenzó a percibirse el consumo de las distintas drogas como una desviación de la moralidad reinante –patriarcal y machista– extendiéndose el consumo de fármacos, alucinógenos, derivados del opio, sal de anfetaminas y marihuana. Los autores señalan que con la vuelta de la democracia en el año 1983 y hasta 1991, se diversificaron las sustancias (en cantidad y calidad) y sus modos de administración, observándose: la masificación del consumo de cocaína por vía inhalable; un incipiente consumo por vía endovenosa; y el llamado policonsumo (no detectado en los períodos anteriores). En la década que va desde 1992 hasta 2002, señalan que el consumo de marihuana se masificó. Y que con la agudización del neoliberalismo, las drogas a las que acceden las distintas clases sociales se diferencian: mientras que en los sectores dominantes emergen las llamadas drogas de síntesis, en los sectores menos favorecidos se expanden las llamadas drogas baratas –pasta base/paco y pegamento–. Con un nivel de generalidad amplio, han descrito a la actualidad bajo las coordenadas de la masificación del consumo de drogas que se observa en: elevada ingesta de alcohol entre los jóvenes; tendencia a la feminización de los consumos; y consolidación en la diferenciación de acceso a distintas sustancias dependiendo de la clase social.

Por otros senderos, atendiendo a las dinámicas locales que se condensan en las prácticas de consumo y a partir de las narrativas de usuarios/as y ex-usuarios/as en barrios empobrecidos del AMBA, Epele (2007 y 2010) identifica tres lógicas que

involucran distintas sustancias y modos de administración en contextos económico-políticos cambiantes. La primera es la “lógica del compartir”, y tiene lugar a mediados de la década de 1980, momento en el que la autora señala que se expande el clorhidrato de cocaína prioritariamente inyectado. Esta lógica está caracterizada por un consumo no-individual (en redes de consumo localizadas barrialmente), en el que los objetos necesarios para inyectarse (jeringas, agujas, vendas) eran socializados dentro de los grupos que se reunían en espacios relativamente resguardados –entre otras cuestiones como forma de prevención respecto de posibles sobredosis– a las miradas externas y en el amparo de ciertas regulaciones basadas en el respeto y el castigo. Es necesario considerar que mientras que en algunos países –a fines de la década de 1980 y principios de 1990– se expanden las salas de consumo de drogas llegando a ser modalidades de abordajes formales (Schatz y Nougier, 2012); en Argentina, este tipo de iniciativas no han tenido lugar. El compartir, aquí, hace referencia a “un tipo de transacciones en las que alguien que quiere o necesita tomar y no tiene, recibe por parte de otro u otros algo de droga (...) [enmarcadas en] los flujos de bienes y derechos se articulaban con una movilidad social y territorial” (Epele, 2010, p. 102-103) porosa, no constreñida. La segunda, se trata de “la lógica empresarial”, y se ubica aproximadamente desde mediados de la década de 1990 hasta la crisis económico-política del 2001. Esta propuesta analítica no hace foco en la producción mercantilizada de sustancias –en lo que algunos llaman narcotráfico– sino en la consideración en la cotidianeidad de las poblaciones desfavorecidas de las consecuencias del postulado de que los sujetos son “individuos”, en un contexto de precarización laboral, crisis económica, perpetración policial barrial, mala calidad de sustancias, entre otras dimensiones. En este período, y fuertemente condicionados con la expansión del VIH-SIDA, los patrones de morbi-mortalidad aumentaron debido a la epidemia y a las muertes violentas. A partir de la muerte de los/as jóvenes usuarios/as, la modalidad de administración del clorhidrato de cocaína viró de la inyección hacia la inhalación. Esta modificación, según la autora, implicó mutaciones en las prácticas de consumo: es más accesible ya que no requiere un saber hacer propio de la inyección (“*encontrar la vena*”, no desangrar, curar la herida, cuidar una infección); e implicó un desplazamiento hacia una práctica individual e individualista plausible de ser realizada en la vía pública. En esta década también se visibilizan y/o acrecientan los consumos de psicofármacos. Estas particularidades se articulan con la erosión de los códigos de antaño –la regulación territorial de la violencia, el aumento de perpetración policial en los barrios, los cambios en las fuentes de provisión de dinero debido al incremento de la precarización y el desempleo– y a la emergencia de nociones locales tales como “*cobrar*”, “*asustar*”, “*amenazar*”, “*engañar*”, que comienzan a adquirir centralidad en detrimento del respeto y el castigo.

Con posterioridad a la crisis económico-política del año 2001, la autora identifica la tercera lógica, “la lógica del consumir(se)”, signada por la expansión de cocaínas de mala calidad, específicamente pasta base/paco (Garibotto et al., 2006; Rangugni et

al., 2006). La expansión de esta sustancia asociada a la producción de clorhidrato de cocaína, de vía de administración fumable, ha mostrado el nivel de modelación de las corporalidades y los vínculos próximos, a través de: la suspensión emotiva (Castilla y Lorenzo, 2012); las mutaciones en las modalidades locales de cuidado a otros (Castilla et al., 2012; Epele, 2012); la modificación en los patrones de conformación de parejas heterosexuales (Epele, 2010), la delgadez (Candil, 2015), entre otros. Este momento se encuentra impregnado por la consolidación de nuevos –y no por ello perdurables– códigos; la modificación en las transacciones territoriales; y la exposición abierta a la mirada de los otros debido al nivel de compulsividad y deterioro que generan las cocaínas fumables (Epele, 2010).

La riqueza de las producciones reseñadas se basa en que, desde diferentes enfoques, dan cuenta de que la droga (en singular) es una categoría homogeneizadora en la que se engloban una multiplicidad de sustancias. A partir de este señalamiento, se problematiza la lectura clásica de la droga –substancializada– al vincular las modalidades de consumo a los momentos históricos que dan forma a los lazos, transacciones y relaciones que se tejen en torno a su consumo permitiendo reparar en la espesura que se oculta tras las estadísticas (Farmer, 2003). Esto permite ampliar la mirada sobre las clásicas producciones que asocian –sin un análisis detenido– juventud-pobreza-drogas-delinuencia (favoreciendo muchas veces y a pesar de sus esfuerzos, asociaciones estigmatizadoras) y también aquellas específicas que se focalizan en el consumo de alcohol según las franjas etarias –especialmente en la adolescencia y/o en la juventud temprana–. En las producciones reseñadas se ve que si se prioriza una mirada global, se pierde de vista la cotidianeidad de las relaciones y vinculaciones. Y si se tiene una mirada detenida en las genealogías barriales aparece el problema de la generalización. Si bien considero que es necesario delinear tendencias globales –y profundizar los escasos estudios epidemiológicos nacionales–, atenderé aquí a las versiones locales para enriquecer y elaborar producciones analíticas que contemplen las voces de los sujetos (Wacquant, 2013). Si bien estas producciones guardan algunas correspondencias con las periodizaciones que realizan los/as usuarios/as que realizan tratamientos en El Punto, es necesario considerar que las historiografías no son idénticas.

Debido a que las producciones que tienden a descifrar las implicancias en las que se sustentan los tratamientos de salud no contemplan la explicitación de las diversas modalidades de consumo, a continuación se expondrán y vincularán las narrativas de los involucrados en El Punto y se retomarán aspectos de las producciones reseñadas a fin de establecer un diálogo posible –y no por ello generalizable–.

4. CRÓNICAS Y VIRAJES SOBRE LAS MODALIDADES DE USOS INTENSIVOS DE DROGAS: UN RECORRIDO POR LAS PERSPECTIVAS DE LOS/AS INVOLUCRADOS/AS EN LOS TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Las versiones de los/as usuarios/as con prolongadas trayectorias de consumo que realizan tratamientos en El Punto se remontan décadas atrás. Jaime, usuario de clohidrato de cocaína por vía inyectable por más de 15 años, señala cuáles eran las drogas que circulaban a mediados de la década de los '80:

Los chicos de ahora, nos dicen “pincheto”, a los que nos inyectamos. Y te dicen además, “estás re loco. No jamás ni por las tapas lo haría ni lo hice”. Esto se usaba en otros años... en los '80 y los '90... Porque antes el adicto salía a buscar pastillas y jarabe para drogarse, no había mucha droga en Argentina. Es decir, solo psicofármacos. Después cuando se regularizaron los psicofármacos empezó a haber sustancias de todo tipo. Y, creo que todos empezamos con marihuana y alcohol... para después pasar a inhalar. Pero también antes que la cocaína estaba la anfetamina, y la anfetamina era para inyectarse. Y ahí empieza la época de los pinchetos. Y... era la época del '80... del '80 y los '90. Y yo sí que he sido discriminado, he tenido discusiones, me he sentido sapo de otro pozo y... no sé... porque es un tema medio tabú entre la adicción el tema de inyectarse. Primero por el tema del HIV; después el tema de pincharse, que tampoco es para cualquiera... [Jaime, 38 años].

La práctica de la inyección es realizada mayoritariamente por varones. A diferencia de países europeos y norteamericanos –donde tiene una preeminencia la heroína–, en Argentina la principal sustancia inyectada es la cocaína aunque también, en menor medida, morfina, anfetamina y alcohol (Rossi, 2012). Jaime refiere que estuvo en situaciones en las que se compartían jeringas y agujas, aún cuando explicita que en su grupo de pares contaban con información sobre VIH-SIDA. Lo señala como una característica que formaba parte de la administración de las cocaínas y anfetaminas de antaño, abonando así “la lógica del compartir” (descrita en el acápite anterior). Las producciones que vinculan usos de drogas por vía endovenosa y VIH han señalado que los/as usuarios/as se encuentran en condiciones de mayor fragilidad con respecto a usuarios/as de otras sustancias y con respecto a la población en general (Epele, 2010; Rossi, 2012a y b). Desde lo que he podido registrar en el trabajo de campo, la mayoría de los/as usuarios/as refirieron que la epidemia de VIH-SIDA “mató a casi todos”, “de diez, quedamos dos, y los dos estamos infectados”, “no sé cómo zafé del bicho”. Estas afirmaciones guardan relación con otras narrativas recogidas en barrios empobrecidos del AMBA (Epele, 2010). Solo uno de los usuarios contactados en el trabajo de campo se inyecta y otro se inyectaba, mientras que la mayoría de los/as usuarios/as de cocaína la inhalaban y/o fumaban.

Al rastrear en las versiones de los/as profesionales de la salud, no se encuentran relatos que puedan remontarse a las décadas de los '80-'90. Esto se debe –al menos en parte– a que la mayoría de las instituciones que abordan los usos de drogas, surgen con posterioridad a los inicios de la década de 1990 (Touzé, 2006; Epele, 2010); específicamente, El Punto inicia su funcionamiento a mediados de los años '90. Los/as profesionales con más años de trabajo en El Punto elaboran una periodización que disiente tanto de las producciones académicas como de las narrativas de los/as usuarios/as. Si bien todos/as los/as profesionales señalan que la irrupción de la pasta base/paco ha constituido un hito en la periodicidad de los consumos, no se han registrado relatos sobre el viraje de la inyección a la inhalación como una modificación significativa en las modalidades de consumo, que sí registran tanto los/as usuarios/as como los académicos. Es necesario, sin embargo, enmarcar las versiones de los/as profesionales, como aquellas que hacen referencia a los/as usuarios/as que accedieron en ese momento a tratamientos de salud –que eran sumamente complejos de acceder ya que adosado a las distancias geográficas, económicas y morales, debían no estar consumiendo drogas y asistir con sus familias a las instituciones–. Eugenia, quien ha trabajado en El Punto desde fines de los años '90, reconstruye las características de las drogas y de las prácticas de consumo así:

A fines de los '90... el del alcohol venía asociado a otras drogas [...]. Era en ese orden, me acuerdo, alcohol; marihuana; cocaína. Más o menos en el 2001, 2002, empezamos a ver lo que es el policonsumo que es... esto de la "jarra loca", digamos, del consumo de pastillas con alcohol o con bebidas..., con alcohol pero más vinculado a bebidas blancas. Entonces pastillas, que muchas veces los pibes se las sacaban a sus viejos [padres]. Así que fijate la línea, ¿no? Marihuana que es más leve; alcohol que es droga legal; pastillas, que es droga legal... digamos... Y después empieza más o menos en el 2003, 2004 el consumo de pasta base que es bisagra. Y tengo que reconocer, que aunque creo en los tratamientos centrados en los sujetos, el consumo de pasta base conlleva un deterioro orgánico, físico, mucho mayor a otras drogas. ¿Por qué? Porque está fabricada con los residuos de la cocaína, que no es el crack... Es el residuo de la cocaína con solvente. Genera un deterioro orgánico fuerte y un nivel adictivo fuerte. Y un inicio al consumo de chicos muchos más chicos... Que esto coincide también con lo que fue la crianza de los pibes en los barrios y la falta de espacios y, el tema de la nutrición... Un montón de cosas que hace que el deterioro sea aun mayor. Digamos, un pibe de clase media que consume pasta base, no es el mismo deterioro de un pibe que viene con un nivel de desnutrición desde que nació ¿no? Y, además, es más fácil de conseguir y más barata. Entonces, conllevó toda una práctica territorial pautada... El tema de los fumaderos y de pasta base, bueno, no son las plazas de Holanda, digamos. Es consumir hasta morir, digamos, ¿no? [Eugenia, trabajadora social].

La referencia que realiza Eugenia sobre la edad de inicio de consumo de pasta base/paco, según lo que he podido rastrear en las narrativas de los/as usuarios/as, no es privativa de este tipo de cocaína. Muchos/as de los/as usuarios/as contactados mayores de 30 años han comenzado a inhalar tolueno (localmente denominado “*poxi*”, o “*pegamento*”, en relación a la marca del adhesivo de contacto Poxi-ran de venta libre en librerías, kioscos y ferreterías) y a beber alcohol durante su niñez. Pero los/as usuarios/as más jóvenes han comenzado a consumir clorhidrato de cocaína por vía inhalable y/o pasta base a partir de la adolescencia –entre los 14 y los 17 años–, es decir, con posterioridad a la crisis económico-política del año 2001. La periodización de Eugenia, también abona el viraje actual hacia “la lógica de consumir(se)”, vinculándolo directamente a la irrupción de la pasta base/paco.

Las distintas drogas a las que quienes realizan tratamientos en El Punto, no producen los mismos efectos ni articulan las mismas modalidades de consumo. Por ello, es necesario detenerse en cuáles son las que los sujetos problematizan y cuáles son aquellas que, independientemente de la prohibición legal –aunque no desconociendo los efectos de la criminalización, judicialización y encarcelamiento hacia los/as usuarios/as (Centro de estudios de drogas y derechos, 2014; Corda, 2011 y 2015)–, según sus relatos, circulan y son usadas en las villas, asentamientos y barrios empobrecidos que habitan. Todas las versiones coinciden en señalar que la marihuana “*no cuenta como consumo*”, “*está tan socializado su consumo que no cotiza*”, “*es una cosita nomás*”, “*es como un cigarrillo*”, “*es una boludez [una tontería]*”. Es decir que a pesar de su estatuto legal –la prohibición de su tenencia y consumo–, según refieren, en la dinámica local de los espacios que habitan, la marihuana no se encuadra dentro de la categoría de droga. No es que sea valorado positivamente fumar un “*porro*” [cigarrillo de marihuana]. Sino que, dentro de las posibilidades de “la lógica del compartir”, actuales, la marihuana es la sustancia que articularía modalidades de vinculación de antaño; y además no es considerada como generadora de deterioro. Julián señala directamente la posibilidad de compartir con el precio: “*cuando está la marihuana está todo bien, porque como es barata... Vos te fumás un porro y pueden fumar 5 ó 6... 4 ó 2... Alcanza para todos con poca guita*”. Llama la atención, sin embargo, que “la lógica del compartir”, que fue decodificada en las prácticas caracterizadas como las más “*pesadas*”, –cocaínas inyectables–, pueda reconocerse en aquellas descritas como “*livianas*”, o como las que “*no cuentan como consumo*”.

Los alcoholes, en cambio, se presentan en los relatos como un nudo de mayor complejidad: todas las versiones refieren que, al estar legalizado, es un problema *per se*. Sin embargo, presentan diferencias en cuanto a “*cuanto tomar*”, “*la relación que el individuo tenga con el alcohol*”; y también es percibido, generalmente, como “*un problema de la gente grande... el alcoholismo es de gente grande... hombres mayores, que están solos...*”. El consumo de los alcoholes es problematizado des-

de las perspectivas locales dependiendo de: la calidad (vinos en envases de cartón y “*Fernandito*”, haciendo referencia a la mezcla comercializada de fernet con coca que ya viene mezclada y que es barata, prioritariamente); la cantidad de la ingesta; la alternancia o no con otras sustancias (ya que los efectos buscados con su consumo son diferentes); y la prolongación del consumo a lo largo de las trayectorias vitales en los que puede haber deterioro corporal específico, generalmente problemas gástricos y neurológicos. Mientras que el alcohol funciona como un regulador para menguar los efectos de las diversas cocaínas, cuando el “*consumo principal*”, es de alcohol, la cantidad es lo que delimita “*el problema del sujeto con la sustancia*”, desde las perspectivas de los/as usuarios/as y los/as profesionales. Los adultos que se encuentran realizando tratamientos refieren que el alcohol se convierte en un problema cuando su ingesta es diaria (es decir, cuando dificulta la asistencia a sus empleos informales, cuando dificulta la planificación de las actividades cotidianas, cuando el mareo se vuelve constante, cuando conlleva exposición a peleas barriales, cuando implica la pérdida de registro de peligro y daño, entre otras de las dimensiones relatadas) y cuando no se consumen otras sustancias –con excepción de las marihuanas–. No resulta extraño escuchar la señal de alarma, “*de que se está yendo a la mierda todo*”, desprendida del registro de estar “*tomando dos o tres litros por día, ahí es un problema*”, “*o cuando le das al alcohol etílico directo*”, “*llegás a tomar cualquier cosa que tenga alcohol, perfume que lo bajás con jugo de naranja*”, o cuando “*dejás de comer porque solo querés tomar, te levantás pensando en eso, y ahí te vienen los problemas en la panza... porque tomás más de lo que comés para que lo absorba y se te hace mierda todo adentro*”. Contrario a lo que podría inferirse, no todos los consumos intensivos de alcoholes son iguales. Algunos/as refieren beber alcohol para “*frenar los miedos de la cabeza*”, para “*parar esas imágenes y esos ruidos*”, que desde las perspectivas profesionales se articulan con “*alucinaciones*”. El consumo intensivo de alcohol en los relatos de los sujetos aparece como un consumo que tiene lugar en solitario y es referido como buscando “*matar la pena*”. “*Pena*”, vinculada al sufrimiento que se inscribe en condiciones de vida sumamente precarias, lábiles vínculos, precarización laboral, violencia institucional, entre otras cuestiones que dan forma a su cotidianeidad, según sus relatos. Quienes han consumido largamente cocaínas inhalables y fumables de baja calidad, refieren que “*lo más heavy es el alcohol etílico*”.

Los alcoholes también forman parte de “*la jarra loca*”, nombre con el que se conoce a la mezcla de psicofármacos –clonazepam y rivotril generalmente– con alcohol, como señaló Eugenia. Si bien el alcohol está presente, esta combinación presenta efectos diferenciados. Y, tal como señala Ema, operadora socio-terapéutica, los psicofármacos que se utilizan en la “*jarra loca*” nada tienen que ver con las drogas de diseño, ya que “*el éxtasis y esas cosas acá no llegan, o deben ser muy caras... o se deben vender en Barrio Rico*”. Producciones académicas españolas y argentinas, coinciden en señalar que el consumo de drogas de diseño, en especial el éxtasis, se vincula a los ámbitos

de diversión nocturna y las nuevas culturas juveniles que vinculan el uso de drogas recreativas con los consumos e identidades culturales centrados en la música house y en las raves, en las que los usuarios se inscriben en las clases medias y altas (Gamella et al., 1997; Kornblit, 2004). Desde las narrativas de los/as profesionales y usuarios/as participantes de El Punto, el consumo de psicofármacos es identificado en jóvenes. Los efectos identificados de la “*jarra loca*”, desde las perspectivas de los/as usuarios/as y profesionales, se vinculan a los procesos de memoria y olvido. Epele (2005a) ha señalado que los olvidos se inscriben en las dificultades del anudamiento social –prioritariamente a la profundización del neoliberalismo–, siendo un área temática embrionaria la que atañe a la articulación y dislocación de la memoria en la cotidianidad de las poblaciones –que, por desfavorecidas, no dejan de materializar ni la historia del país ni de estar determinadas por las violentas condiciones de vida–. Desde las perspectivas tanto de los/as profesionales como de los/as usuarios/as, la “*jarra loca*”, produce un “*no acordarse de nada*”, “*un borramiento subjetivo*”, “*una desorientación tempo-espacial en la que los pacientes no saben qué día es ni qué día es hoy, ni qué día es mañana*”. Según se ha registrado, con posterioridad al efecto solo se puede reconstruir lo que se vivió a partir del relato de otros. Azucena lo explicita de este modo:

Lo peor es que ese borramiento subjetivo tiene consecuencias, porque es en el barrio donde lo hacen, entonces hay toda una consecuencia en el barrio de que se tienen que ir porque fue muy grave lo que hicieron, grave en el punto de las consecuencias, quizás no fue tan grave lo que hicieron, pero se agravó todo por lo que se genera después de ese hecho. Y hay un montón de jóvenes... que no pueden dar cuenta de lo que hicieron y que es después con el relato del otro. Es terrible. Cuando lo escucho me sorprende porque además cuando escuchan lo que hicieron es hasta extraño, ajeno porque eso no lo hubiesen hecho nunca en estado de conciencia [Azucena, psicóloga].

Si bien en los usos intensivos de las diversas sustancias se vislumbra que los sujetos consumen donde habitan (en el barrio, en la casa, en las calles, dependiendo de las sustancias y de la intensidad de la ingesta), en lo que hace al consumo de psicofármacos mezclados con alcohol se establece una geolocalización que no ha sido plausible de identificar con los alcoholes y la marihuana, pero sí con las cocaínas, a partir de diversos relatos. Melisa, trabajadora social, señala que mientras que en algunos barrios “*se habla*”, de pastillas y alcohol, en otros “*se habla*”, de cocaína, guardando correspondencia con lo que señala Epele (2005a) respecto de que las mezclas de psicofármacos con alcohol se extienden más en los barrios en los que la cocaína no se encuentra tan difundida. Desde las narrativas de los vecinos de los barrios en los que circulan ampliamente psicofármacos –“*por la ventana de atrás de la farmacia... si compran 1000, 800 se venden con receta y 200 por la otra ventana, más caros y para los pibes*”–, los patrones locales de morbi-mortalidad joven son elevados.

A diferencia de la mezcla de pastillas con alcohol, en la que no se han podido documentar variaciones sobre qué alcoholes son utilizados para mezclar con psicofármacos, en las cocaínas inhalables se han registrado una multiplicidad de sustancias diferenciables, desde las perspectivas de los/as usuarios/as. Distintas calidades a diferentes precios: a menor precio, peor calidad. Los/as usuarios/as contactados/as que consumen o consumían cocaínas inhalables, diferenciaron cuatro productos que se encuadran en esta noción y que tienen distintas modalidades de preparación para la inhalación (“la tiza” que se raya, “la alita de mosca” que se aplasta, “la peruana”, y “la colombiana”, respectivamente). A diferencia del sentido común, los/as usuarios/as reconocen que no se dispone todo el tiempo de clorhidrato de cocaína en los barrios y que en la mayoría de los casos “depende de qué partida llegue... y cuanta guita tengas encima”. Es decir que bajo iguales nominaciones –cocaína haciendo referencia al clorhidrato de cocaína– confluyen una variedad de productos debido a que dependería no solo de la calidad de la materia prima, sino también de los productos con la que es mezclada –“rebajada”, o “estirada”–. Desde la perspectiva de los/as jóvenes y adultos/as usuarios/as, las cocaínas –clorhidrato de cocaína, pasta base/paco– a las que acceden son de mala calidad. Y, cuando son usadas intensamente en contextos empobrecidos y despojados, producen una multiplicidad de marcas corporales vinculadas al padecimiento directa o indirectamente relacionado a su consumo. También, refieren que muchas veces el consumo de clorhidrato de cocaína se da de manera individual, debido al alto precio en comparación con otras sustancias más baratas por unidad fraccionada. Julián lo refiere de este modo:

La cocaína es muy cara... Si a vos te cuesta conseguir la dosis que vos quieras consumir..., vos no la vas a compartir. Quizás una vez la compartís..., pero al ver que vos te quedás sin nada por compartir con los demás y, los demás no ponen un mango... ¿Qué hacés? Empezás a guardar para vos (Risa leve). Y ahí viene, porque los demás no son tontos y se dan cuenta. Y así empieza la cosa. Y te hacés a un lado y te hacés solo... [Julián, 41 años].

El relato de Julián concuerda con la anteriormente descrita “lógica empresarial”, que puede localizarse en la ingesta de las cocaínas inhalables. Epele (2005b) sintetiza los efectos corporales a partir de las narrativas de usuarios/as y ex–usuarios/as de cocaínas inhalables: “la aceleración, el vértigo de lo siempre demasiado poco, el insomnio, la palpitación, el placer escamoteado por su propia lógica de excesiva escasez, la propulsión al hacer inconducente, el habla exacerbada, la rigidez excesiva y la progresiva aparición de aterradoras figuras fantasmagóricas perseguidoras” (Epele, 2005b, p. 7). En relación con la intensidad, todos los usuarios entrevistados coincidieron en expresar que se registra como un consumo intensivo cuando es diario o cuando, aunque no se consuma diariamente, “estás pensando en eso todo el tiempo”. Emiliano lo reseña de este modo:

Ana Laura Candil

Fui al otro día y me empezó a vender, me empezó a vender... era re-cliente yo... iba todos los días... yo salía a las 4 de la tarde del laburo [...], me iba, me bañaba, agarraba la bici y me iba allá a esperar que abría a las 5 el transa... Vos ibas a laburar todo el día... y después... Pero manijeándome todo el día que después... a esa hora me tenía que ir para... [Emiliano, 21 años].

Esta característica de las cocaínas inhalables, de “*estar todo el día manijeando*”, se profundiza con las cocaínas fumables, específicamente con la pasta base/paco. En los relatos de consumo de pasta base/paco es usual la referencia a pasar varios días sin dormir, comer ni asearse: estando “*de gira*”. La particularidad que refieren tanto los/as usuarios/as como sus redes de proximidad y los profesionales es que la pasta base/paco es más “*adictiva*”, es decir, su efecto es muy breve y esto conlleva a “*una compulsión de consumo*”, a “*no poder parar*”. La pasta base/paco acarrea un vertiginoso deterioro corporal (delgadez, quemaduras en los dedos y en los labios, tos, problemas respiratorios) y una fragilización de las redes vinculares próximas. El consumo de pasta base/paco es visualizado por los/as usuarios/as como una alarma de “*ya no retorno*”, en la que es necesario (los que pueden) “*buscar ayuda*”. Melisa lo sintetiza de este modo:

La diferencia es que para la persona que consume paco venía de experimentar con otras sustancias y recién consulta [en una institución] cuando consume paco porque hay una alarma del cuerpo, por el deterioro que genera en el físico... que hay como una alarma en el cuerpo que hace que pibes que tienen años de consumo de otras sustancias, no hayan consultado, o alguna vez... pero ahora con el paco... y está focalizado en “quiero dejar de consumir paco”. Y no es que quiero dejar la marihuana, el alcohol... [Melisa, trabajadora social].

Desde las versiones locales, la alarma corporal se vincula también a que dentro de la jerarquización y caracterización al interior de las drogas, la pasta base/paco se encuentra en “*el último eslabón*”, “*lo peor*”, e incluso se discrimina a quienes la consumen marcando la diferencia a partir del no consumo (“*yo no consumo paco, no soy un reventado*”). Desde la perspectiva de los/as profesionales, el consumo intensivo de pasta base/paco produce un dislocamiento profundo. Rocío refiere que:

Puede ser que estén consumiendo otras cosas, pero por lo general uno, como que ya lo asocia a ese tipo de consumos de paco donde ya se pierden del lazo con el otro... donde ya hay una pérdida... hay una pérdida de realidad... [Rocío, psicóloga].

La “*pérdida de realidad*”, a la que hace referencia Rocío se vincula a la anteriormente descrita “*lógica del consumir(se)*”, en el sentido de que pareciera haber un olvido

de sí mismo cristalizando las dificultades (del lazo social general, no solo de los/as usuarios/as) para sostener vínculos y reparos, quedando la mayor parte del tiempo del consumo intensivo expuesto a peligros, daños y a la mirada de los otros. Pero también, contrario a lo que podría inferirse, se han registrado relatos en los que aún atravesando momentos de consumo intensivo, operan modalidades de reparo, tal como recuerda Melisa:

Me acuerdo que había llegado hecho mierda por el paco... se había asustado por cómo se había visto... eso fue re-fuerte... tenía años de consumo de cocaína... años, años... pero se asustó después de varios meses de consumir pasta base y decir "mira estoy..." y él decía que era como un consumo focalizado, consumía solo... dejó de consumir con otros, lo hacía como una práctica más individual... era como una medida más de cuidado para no entrar en quilombos [problemas] con otros o no tentarse... me parece que hay mucho al principio de lo grupal, lo colectivo y después, no sé si después, pero en algún momento como una práctica más individual... muchos consumen en su casa, no es que siempre es en la calle a la exposición de todos, mucho consumo dentro de casa también... [Melisa, trabajadora social].

A modo de síntesis, lo que he podido documentar en el trabajo de campo institucional al vincular los diversos relatos, es que existe una multiplicidad de modalidades de consumo intensivo que depende no solo de las diversas sustancias sino también de sus modos de administración sus variaciones en el tiempo. Tiempo que se rige por procesos económico-políticos que dan ritmo y posibilitan las modalidades de consumo, aún cuando quienes usan las diversas sustancias de forma intensiva se encuentren realizando tratamientos ambulatorios. Así, las tres lógicas descritas en una investigación basada en dinámicas barriales y vinculares son una modalidad pertinente de análisis en los relatos de los involucrados en los tratamientos ambulatorios que se despliegan en El Punto. Sin embargo, los pesos relativos de estas lógicas parecieran variar, considerando los relatos de los/as usuarios/as intensivos que realizan tratamientos en El Punto. La "lógica del compartir", pareciera virar de aquellas drogas y modalidades de administración (cocaínas inyectables) que son consideradas las más dañinas a aquellas que son consideradas las más leves (marihuanas), debido a que, en términos locales, "se comparte lo que es barato", con lo cual queda planteada en términos de subsunción –subordinación e inclusión– a "la lógica empresarial", en el sentido de que el cálculo en lo que es intercambiable estaría dado por el precio. Inyectarse y fumar cocaínas aparecen en los relatos como las prácticas más nocivas, siendo la inyección "respetada", a la vez que "discriminada". Las cocaínas fumables pueden continuar siendo localizadas en "la lógica del consumir(se)", que coexiste con "la lógica empresarial".

5. CONCLUSIONES

A lo largo de estas páginas se ha propuesto una aproximación a las diversas versiones que refieren a diferentes modalidades de consumo intensivo de drogas narradas en una institución de tratamientos localizada en un barrio empobrecido del AMBA. A través de la vinculación de la variedad de relatos fragmentarios, es plausible afirmar que tras las categorizaciones generales se encuentran una diversidad de modalidades de: sustancias, formas de administración y modalidades de vinculación. Pero, dentro de esa diversidad, es posible reconocer tendencias o modos diferenciados de consumos intensivos que no solo tienen que ver con cuestiones personales. En otras palabras, si bien correr el foco de las drogas hacia la relación que los sujetos tienen con ellas ha implicado un desplazamiento en la objetualización y demonización de esas sustancias al ponerlas en relación con el uso que de ellas se haga, no resulta suficiente para precisar las modalidades de relación entre los cuerpos que en las prácticas de consumo se localizan. Prestar atención a las modalidades de vinculación enmarcadas en los contextos históricos colabora a la problematización de las prácticas de consumo –generalmente consideradas monolíticas– y también contribuye a repensar las formas de tratamiento que reciben los/as consumidores/as intensivos/as de drogas de parte de las instituciones de salud: allí donde se han caracterizado procesos de medicalización y criminalización, también se intenta abordar daños que exceden a los profesionales que allí laboran.

A partir del análisis de las versiones locales junto con las diversas producciones analíticas, y teniendo en cuenta la abarcabilidad de los escasos estudios epidemiológicos argentinos, considero que sería enriquecedor reparar más detenidamente en los/as usuarios/as y los/as profesionales de la salud, ya que son ellos, de diversos modos, quienes intentan aliviar –formal y/o informalmente– los padecimientos asociados directa o indirectamente a los usos intensivos, que no se presentan inmutables frente a las transformaciones económico-políticas.

6. AGRADECIMIENTOS

A María Epele, por su generosa dirección en mi Tesis doctoral. Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas por las Becas (I y II) que financiaron la investigación.

7. BIBLIOGRAFÍA

Achilli, E. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Buenos Aires: Laborde.

- Candil, A. (2015). La delgadez de los/as usuarios/as de cocaínas. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre los Cuerpos y las Emociones*, 19(7), 58-65.
- Castilla, M., Olsen, M., y Epele, M. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. *Antípoda* 14, 209-229.
- Castilla, M., y Lorenzo, G. (2012). Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 36, 69-89.
- Centro de Estudios de Drogas y Derechos, (2014). *En busca de derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México: CIDE.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, (2015). *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos. La experiencia del continente americano*. Buenos Aires: CELS.
- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. (2014). *Drogas y Democracia: hacia un cambio de paradigma. 2014*. Extraído el 07 julio de 2015 en http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_espanhol_04.pdf.
- Corda, A, Galante, A., y Rossi, D., (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derechos*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-UBA.
- Corda, A. (2011). *Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-UBA.
- Corda, A. (2015). Criminalización de los usuarios de drogas en Argentina. *Voces del Fenix* 42, 76-83.
- Epele, M. (2005a). Sobre la fragmentación de identidades: Olvidos, drogas y Derechos Humanos. En: CLAM10, *Seminario Regional de Salud, Sexualidad y Diversidad en América Latina (pp. 1-18)*. Lima, Perú.
- Epele, M. (2005b). Jóvenes y drogas: neoliberalismo, exclusión social y olvido. *Historia, Antropología y Fuentes orales* 33, 131-150.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalizacao. *Mana*, 8(2), 247-268.
- Epele, M. (2007) La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social* 25, 151-168.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power*. California: UCP.
- Gamella, J., Alvarez, A., y Romo, N. (1997). La fiesta y el éxtasis, drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. *Estudios de Juventudes* 40, 17-36.
- Garibotto, G., y otros. (2006). *El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el Cono sur*. Amsterdam: TNI.
- Guber, R. (2012). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kessler, G. (2008). Las transformaciones en el delito juvenil en Argentina y su interpe-

- lación a las políticas públicas. En B. et al. Potthast (Eds.), *Ciudadanía vivida, (in) seguridades e interculturalidad* (pp. 231-245). Buenos Aires: Nueva Sociedad.
- Kessler, G., (2010). *Sociología del delito amateur*. Buenos Aires: Paidós.
- Korblit, A., et al. (2010). *Las respuestas legales y sociosanitarias frente a los usos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Kornblit, A. (comp.). (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina.
- Manzano, V. (2014). Política, cultura y el “problema de las drogas” en la Argentina, 1960-1980. *Apuntes de investigación del CEYP 17 (24)*, 51-78.
- Metaal, P., y Youngers, C. (2010). *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Washington: TNI.
- Ministerio de Salud. (2011). *Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- OAD-SEDRONAR. (2011). *Estudio nacional en pacientes en centros de tratamiento*. Argentina 2010. Buenos Aires: OAD.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2012). *La situación epidemiológica en Argentina al 2012*. Buenos Aires: OAD.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2009). *Censo nacional de centros de tratamientos 2008*. Buenos Aires: OAD.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La política de las drogas y el bien público*. Washington: OPS.
- Rangugni, V., et al. (2006). *Informe pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Renoldi, B. (2014). Los problemas de las soluciones: una lectura antropológica de la política en las drogas ilegales. *Apuntes de investigación del CECYP 17(24)*, 121-143.
- Renoldi, B. (2015). Droga, narcotráfico y seguridad: la disección de los monstruos. *Voces del Fenix 42*, 50-67.
- Rossi, D. (2012a). *Uso de drogas y VIH: documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Ministerio de Salud de la Nación.
- Rossi, D. (2012b). *Uso de drogas y transmisión del VIH en América Latina*. IN: VA: USAID's *AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One*. Arlington: Task Order 1.
- Salvia, A. (coord.). (2015). *Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones de riesgo*. Buenos Aires: Educa.
- Schatz, E., y Nougier, M. (2012). *Salas de consumo de drogas: evidencias y prácticas*. Londres: IPDC.
- Seiffer, T. (2010). *La miseria del capital. El papel de la política social en la reproducción de la sobrepoblación relativa*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de

Buenos Aires, Argentina.

Svampa, M. (2005). *La Sociedad Excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires: Taurus.

Touzé, G. (org.) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios-Federación Internacional de Universidades Católicas.

UNODC. (2015). *World Drug Report 2015*. New York: United Nations.

Vázquez, A. (2014). Políticas públicas en materia de drogas en Argentina: políticas de estigmatización y sufrimiento. *Saúde Debate* 103, 830-839. doi: 0.5935/0103-1104.20140075

Wacquant, L. (2013). *Los condenados de la ciudad. Gueto, periferias y estado*. Buenos Aires: Siglo XXI.

