



# EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO. COCAÍNA, CULTURA Y SALUD

Una etnografía del consumo de cocaína en Reus

Antoni Llord Suárez

## COL·LECCIÓ ANTROPOLOGIA MÈDICA

### DIRECCIÓ

Josep M. Comelles (URV), Coral Cuadrada (URV)

### CONSELL D'EDICIÓ

Oriol Romaní (URV), Angel Martínez (URV), Susan Di Giacomo (URV), Mabel Gracia (URV), Josep Canals (URV), Xavier Allué (URV), Enrique Perdiguero (Universitat Miguel Hernández), Jordi Farré (URV), Inma Pastor (URV), Joana Zaragoza (URV), Maria Antònia Martorell (URV).

### COMITÈ ASSESSOR

Arachu Castro (Tulane University), Claudi Haxaire (Université Bretagne Occidentale), Alice Desclaux (Aix-en-Provence), Giovanni Pizza (Perugia), Pino Schirripa (Sapienza, Roma), Mari Luz Esteban Galarza (Universtat del País Basc), Gerardo Fernández Juárez (Univeridad de Castilla la Mancha), Txema Uribe Oyarbide (Universidad Pública de Navarra), Núria Romo Avilés (Universidad de Granada), Luis Montiel Llorente (Universidad Complutense de Madrid), Fernando Villaamil Pérez (Universidad Complutense de Madrid), Jesús Armando Haro Encinas (El Colegio de Sonora, Mèxic), Rosa Osorio Carranza (CIESAS, Mèxic), Alejandro Goldberg (Universidad de Buenos Aires), Joan Guix Oliver (URV), Carl Kendall (Tulane University), Ester Jean Langdon (Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil), Cecilia Minayo (Fundació Oswaldo Cruz, Brasil), Ekkehard Schroeder (AGEM+Redaktion Curare), S. Van der Geest (Amsterdam), Francine Saillant (Université Laval, Canadà)

### MEMBRES D'HONOR

Lluís Mallart Guimerà (París X), Eduardo Menéndez (CIESAS, Mèxic), Tullio Seppilli (1928-2017, Perugia), Arthur Kleinman (Harvard)

**MA  
RC**

MEDICAL  
ANTHROPOLOGY  
RESEARCH  
CENTER

EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO.  
COCAÍNA, CULTURA Y SALUD

Una etnografía del consumo de cocaína en Reus

Antoni Llord Suárez



Tarragona, 2019

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
Av. Catalunya, 35 · 43002 Tarragona  
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat  
www.publicacions.urv.cat



Colección Antropología Médica, 29  
1.ª edición: mayo de 2019  
ISBN URV (papel): 978-84-8424-730-2  
ISBN URV (PDF): 978-84-8424-731-9

DOI: 10.17345/9788484247302  
Depósito legal: T 211-2019

Pintura de la cubierta: Rafa Santiago, 2016.



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.



Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropología Médica.



Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

## SUMARIO

AGRADECIMIENTOS .....	7
PRÓLOGO. DE LA ANTROPOLOGÍA APLICADA A LA ANTROPOLOGÍA IMPLICADA: SALUD Y DROGAS. <i>Oriol Romaní</i> .....	9
DE LA ANTROPOLOGÍA APLICADA A LA ANTROPOLOGÍA IMPLICADA: SALUD Y DROGAS .....	9
NOTA DEL AUTOR SOBRE LA ELECCIÓN DEL TEMA .....	15
CONTEXTO Y ORIENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. ....	19
ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y CONSUMO DE DROGAS. ....	27
Abordaje teórico desde la antropología médica .....	27
Autoatención y automedicación: perspectivas desde la antropología médica para comprender el consumo de drogas .....	31
La construcción sociocultural del concepto de adicción como enfermedad .....	33
Propuestas desde la fenomenología y la significación de la experiencia vivida como objeto de estudio .....	36
ETNOGRAFÍA Y CONSUMO DE DROGAS. ....	41
Antecedentes: la Escuela de Chicago y los estudios sobre el consumo de drogas .....	41
Etnografía y consumo de drogas en España .....	53
Los noventa y los estudios sobre cocaína. ....	55
EL PARADIGMA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS .....	63
Introducción. Del riesgo y la vulnerabilidad. ....	63
Los inicios del paradigma de reducción de daños y riesgos .....	69
Principios básicos de la reducción de daños y riesgos. ....	74
Antecedentes y aportaciones del movimiento social de consumidores .....	78
EL TRABAJO DE CAMPO .....	89
Metodología. ....	89
El escenario .....	93
El acercamiento a los informantes .....	95
Los informantes. ....	99

LA GESTIÓN COTIDIANA DE LA COCAÍNA . . . . .	117
La transición entre diferentes vías de consumo . . . . .	117
La inyección de cocaína y el miedo de los ochenta . . . . .	123
La cocina de la cocaína base vasuco: amoníaco o bicarbonato . . . . .	133
¿Crack o vasuco? . . . . .	134
El crack en España. . . . .	135
Efectos de la cocaína base . . . . .	141
Cocaína en polvo . . . . .	144
La máquina de la verdad . . . . .	149
Una cuestión de ¿género? . . . . .	160
Cocaína, erotismo y sexo . . . . .	167
El <i>potlatch</i> blanco, el consumo como ritual. . . . .	170
Iniciación . . . . .	177
La búsqueda de los efectos deseados, la disponibilidad y la accesibilidad . . . . .	180
Control-descontrol. Las prácticas de autorregulación y regulación grupal . . . . .	186
La incorporación del discurso de la adicción como enfermedad. . . . .	195
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS . . . . .	201
«Dime dónde consumes y te diré quién eres...». . . . .	201
Efectividad versus riesgo . . . . .	207
¿Todo es cuestión de química? . . . . .	210
La normalización del consumo. . . . .	212
Propuestas desde un modelo de salud colectiva. . . . .	217
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	219

## AGRADECIMIENTOS

A mi padre, a mi hermana y especialmente a Sara, por acompañarme en el proceso de resignificación de la vida y enseñarme que después de la tormenta sale el sol.

A Paula, a Alicia y a la pequeñísima Vega por ayudar en casa a que este proyecto fuera más llevadero y divertido.

A mis amigos y compañeros de batallas por facilitarme el trabajo de campo y compartir los momentos culturales más interesantes.

A todos los informantes que han hecho posible esta etnografía.

A todos mis compañeros de trabajo, y sobre todo a Tre por facilitarme siempre el aprendizaje y la motivación.

A Oriol, por la confianza depositada, y a todos los miembros del DAFITS por tantos años de aprendizaje. Finalmente, a Grup Igia, Arsu, Arsu Festa y Episteme.

Gracias.





PRÓLOGO  
DE LA ANTROPOLOGÍA APLICADA A LA ANTROPOLOGÍA  
IMPLICADA: SALUD Y DROGAS

Oriol Romani  
*(Prof. emérito URV, Medical Anthropology Research Center)*

Leer el libro que tienen en sus manos (o en sus pantallas) es adentrarse en una parte importante de la historia de las drogas, tanto a nivel general (pues el autor maneja muy bien la bibliografía indispensable para ello) como, sobre todo, a nivel local, en el que la documentación de distinto tipo, el estudio etnográfico y las vivencias personales se entrelazan para darnos un fresco que, como en toda buena antropología, va más allá del tema específico que está analizando.

Este es el primer aspecto que quiero subrayar de lo que Llorc nos ofrece en esta obra: aquí demuestra que un buen conocimiento del terreno y un análisis agudo y crítico de la situación del campo de las drogas son una vía privilegiada para acceder al conocimiento de aspectos estratégicos de la sociedad en la que ocurren los acontecimientos y procesos que nos narra. Aspectos como, por ejemplo, la incidencia de las desigualdades sociales en la salud, desde el género o la clase a los orígenes o la edad; las dificultades de la gestión del placer en situaciones de vulnerabilidad; el rol de la estigmatización en relación con creencias morales hegemónicas (vaya, el sentido común que tanto invocan algunos políticos...) sobre lo que está bien o está mal en la vida; la primacía del beneficio de unos pocos a través de negocios condicionados políticamente (en este caso, por la prohibición), un ejemplo más de la falacia de la supuesta libertad de mercado; los contradictorios procesos de construcción de identidades, producto siempre provisional de la continua interacción entre requerimientos biológicos y socioculturales; la manipulación del riesgo como forma de control social.

En fin, creo que este libro es un excelente ejemplo de una cosa que he repetido varias veces, pero que en el mundo de la especialización en el que vivimos diría que no se le ha dado el valor que tiene, como es el hecho de que el trabajo en el campo de las drogas, y de la salud en general, además de poder ofrecernos la posibilidad de actuar (o de orientar actuaciones) en él, también nos la ofrece de avanzar en el conocimiento de los grandes temas de nuestra sociedad, entre los que, enumerados de manera clásica, podríamos citar las relaciones naturaleza-cultura, las relaciones de género o edad, la construcción de la personalidad, la estratificación social o el papel de la economía en nuestras vidas. Vaya, para entendernos, y forzando una separación que no es tal en la realidad, el trabajo en este campo desde un punto de vista crítico es como utilizar una lupa que nos puede aportar, además de un conocimiento técnico sobre aquello que se estudia, un conocimiento teórico sobre la sociedad en la que aquello ocurre. Creo que en este libro esto se consigue plenamente.

Y no es por casualidad. He podido seguir la impecable trayectoria académica de Llorca, primero como titulado de Trabajo Social, después con la Licenciatura de Antropología Social y Cultural, y finalmente en el Máster y el Doctorado en Antropología Médica, en el que tuve el placer de dirigir la tesis de la que sale este texto. Dicha trayectoria ha ido acompañada de su activa presencia en movimientos sociales (ergo, político-culturales) y su actividad profesional en el Servei d'Addiccions i Salut Mental de Reus, en Grup Igia y en las redes internacionales de usuarios de drogas, así como por su inquietud en comunicar lo mejor posible a través del uso de las TIC; lo cual le da una experiencia personal que, sin duda, se nota en el análisis que nos presenta a continuación. Creo que es de agradecer que incluya estas experiencias personales (con las drogas, y en la sociedad más en general), profesionales y académicas en un contexto teórico en el que la perspectiva fenomenológica le permite utilizarlas de manera productiva y sistemática. Todo lo cual produce un texto en el que se maneja de manera muy clara (lo cual me parece un ¡puntazo a su favor!) una visión holística de las complejidades del mundo de las drogas y de la sociedad en la que estas se mueven.

Consecuente con todo ello, el libro no podía empezar mejor que con el relato que nos ofrece de las «vicisitudes hospitalarias» (por decirlo finamente) que él mismo vivió en primera persona con la crisis de salud de su hermano, en las que queda demostrado cómo los prejuicios (en este caso de profesionales sanitarios) son peligrosos para la salud. Conocer que el

enfermo consume determinadas sustancias etiquetadas, y centrarse ahí, en el estigma (cosa favorecida, además de por la ideología dominante, por la «estructura fabril» del hospital), es el camino casi seguro para obviar, o en todo caso retrasar, qué otras cosas le pueden estar sucediendo a aquella persona y acabar acertando o no en el diagnóstico. El relato, impactante, tendría valor por sí solo, pero situado al comienzo de la obra, es toda una declaración de principios sobre el origen y las intenciones del mismo, y sobre el lugar en que el antropólogo debería situarse para hacer su trabajo lo mejor posible. No se trata solo de poder aplicar nuestras teorías a la realidad, sino que para conocer en todas sus dimensiones de qué va eso que llamamos realidad y poder actuar en ella parece mejor dar valor y reconocer nuestra implicación en algunos de los procesos que la configuran. Lloret es muy consciente de ello cuando admite el privilegio que supone poder trabajar desde una antropología aplicada e implicada.

El libro puede tener múltiples utilidades, porque todos los temas que va desarrollando, además de cumplir una función coherente en el conjunto del texto, también podrían ser objeto de consulta por separado (y, cada uno, objeto de los famosos artículos para revistas indexadas..., pero ¡este ya es otro cantar!), desde la síntesis de la antropología médica y su opción por una antropología médica crítica a la brillante revisión de las relaciones entre etnografía y drogas, pasando por el análisis del concepto de adicción, la historia del paradigma de la reducción de daños y riesgos, y el fundamental papel que, dentro de él, atribuye a los movimientos sociales de consumidores, la gran precisión y complejidad de la etnografía propiamente dicha del consumo de cocaína en Reus, o la parte final de conclusiones y propuestas.

Creo que el autor sitúa muy bien la cuestión cuando dice: «En ningún momento a lo largo de este trabajo voy a considerar el consumo de cocaína *per se* como una enfermedad (*disease*) o comportamiento desviado-patológico, así como lo haría el modelo de adicción [...], sino como una biotecnología o práctica del sí». Esta última conceptualización, desde luego, le ofrece muchas más posibilidades de dar cuenta de las complejidades y contradicciones de la realidad que configuran los usos de cocaína en nuestras sociedades que no los etiquetamientos previos, por ejemplo de tipo biomédico o criminológico, a través de los que, en muchas ocasiones, se ha querido reducir la cuestión. Es más, «una biotecnología psicoactiva socioculturalmente estructurada» es la alternativa que, al final, él propone a los conceptos de «droga» o «drogarse». Alternativa francamente rigurosa

pero que, para su difusión, tendrá que batirse en el campo de la «competencia semántico-conceptual», por expresarlo de alguna manera, en la que se mueve la comunicación, en general, y en el campo de las ciencias sociales, en particular, las cuales traspasan continuamente los límites (¿existentes?) entre los conceptos teóricos y las palabras coloquiales de uso más cotidiano, en una confusión de niveles que quizá no sea siempre negativa, teniendo en cuenta el uso «situado» o contextual del lenguaje.

De este primer bloque me gustaría todavía subrayar un aspecto que tiene que ver con las políticas de reducción de daños y riesgos y el control social. Es un tema muy amplio en el que ahora no puedo entrar, pero hay un aspecto que el autor confirma de manera fehaciente con su trabajo, y es el hecho de que, en muchas ocasiones, ciertos dispositivos de reducción de daños, sobre todo cuando son para personas o colectivos marginales, son también ellos mismos marginales, en el sentido de que no están directamente a cargo de instituciones públicas, y además, lo que es más grave, viven en una situación de precariedad que puede hacerlos *caer del mapa* en momentos de crisis (como se vio en muchas ciudades con la llamada «crisis» de 2007 hacia adelante) o en momentos de conflicto con ciertos grupos o intereses sociales: «La gran mayoría, por no decir todas las personas que se acercan a analizar cocaína u otras sustancias, considera este tipo de servicio muy útil e indispensable. Para la Administración continúa siendo una práctica ilegal e incómoda realizada por unos cuantos colectivos sensibilizados». Vaya, que ya está bien, que nos solucionen el problema de inmediato, que apacigüen el terreno, pero que no piensen que eso es un derecho..., lo cual no es precisamente lo que se espera de un Estado del bienestar.

Por lo que se refiere a la etnografía propiamente dicha, creo que la parte metodológica, por su claridad y sistematicidad, puede ser un buen ejemplo de cómo hacer un trabajo de este tipo, que da lugar tanto para la observación de la calle o de distintas instituciones, o los contactos esporádicos en distintos ambientes, como para las entrevistas en profundidad a un amplio rango de informantes; y luego plantearse cómo se analiza y redacta todo ese material, incluida la producción de documentales sobre aspectos concretos, que además tendrán una utilidad en la intervención social. Desde este punto de vista, me parece especialmente destacable el análisis que luego realizará de los distintos factores (desde experiencias biográficas, tipos de sustancias —base, *vasuco*, *crack*...— y de técnicas de

uso, relaciones sociales, recursos económicos, espacios, etc.) que van construyendo los itinerarios vitales de los protagonistas del estudio.

Me gustaría subrayar algunos aspectos surgidos de la rica descripción analítica que plantea Llorca en su trabajo que significan los cambios de uso de la cocaína, de fumada a inyectada, principalmente, con todos los símbolos estigmatizadores que arrastra la inyección, y la observación de la «desviación corporalizada» que acierta a remarcar; el ingenioso experimento («la máquina de la verdad») que le permite destacar las distancias entre los efectos percibidos subjetivamente y aquellos producto del análisis del cromatógrafo de gases, y las implicaciones que ello tiene en el mercado; el advertir la progresiva complejización de las relaciones sexo-género a través de la desmasculinización de los usos de la cocaína, así como de las argumentaciones de unas y otros sobre ellos. Cuando sus informantes sitúan en su punto justo las relaciones de la cocaína con el erotismo y el sexo, contrasta el hecho de que sean temas tan comentados en los medios de comunicación y en las conversaciones informales, mientras que hay muy pocos estudios sobre ello; lo cual no es sorprendente si tenemos en cuenta que en la investigación sobre drogas, sobre todo en el campo social, se han primado siempre las líneas de estudio de situaciones problemáticas, por aquello de su utilidad social, dejando a un lado una investigación más básica (que, en toda ciencia, sabemos que a largo plazo resulta más productiva que la de corto plazo) y que, en este caso, debería tener como uno de sus ejes básicos el análisis de las relaciones de distintos tipos de placeres con las drogas.

Creo que uno de los aspectos que trata de manera muy clarificadora es el que se refiere a los rituales y su rol de regulación de los consumos. Uno de los tópicos clave de la antropología es, precisamente, el del análisis de los rituales, que en el campo de las drogas ha mostrado ya su utilidad, perspectiva que la propuesta de Llorca en este libro ayuda a desarrollar. Tanto a través de la observación de los rituales de consumo como de los discursos de los protagonistas de la obra, nos hace detectar esa función de regulación social de los rituales, que cuando no son seguidos por alguno de los miembros del grupo pueden ser objeto de «sanción moral» por parte del mismo; así ocurre, según podemos ver, con aquellos consumos que son considerados descontrolados o problemáticos. Esto es importante tenerlo en cuenta en momentos como los actuales, en los que se ha constatado una cierta normalización de los usos de drogas para, a partir de esta situación (todavía muy dificultada por la prohibición, por lo menos en el caso de la

cocaína), saber articular lo que solemos denominar controles informales del grupo social con los controles más formales de las instituciones, si estas lo que se proponen es una actuación en favor de la salud colectiva, es decir, con una prevención que minimice los riesgos de los consumos, que eduque para disfrutar de ellos si llega el caso, y que ayude a reducir los daños en el caso de que estos aparezcan en la vida de las personas; cosas que, si se llegan a conseguir, será siempre con los usuarios, y no contra ellos, como en realidad propugna «la guerra contra la droga» (y cuyos resultados... ¡a la vista están!).

Precisamente la parte final del texto, después de desarrollar unas creativas conclusiones teóricas en relación con las formas de consumo y las identidades de los consumidores, así como a las diversas modalidades de gestión del riesgo, se centra en esos aspectos de control social que estábamos comentando. Y no es un valor menor de este libro, ni mucho menos, la detallada propuesta final de regulación de la cocaína, la cual no hay duda de que es producto de un profundo conocimiento del tema en todos sus aspectos; cosa que confirma, una vez más, aquello de que no hay nada más práctico que una buena teoría. Ahora solo cabe esperar que su propuesta, como las que ya existen en el caso del cannabis, tenga la audiencia que se merece, es decir, que logre la capacidad de incidir en un debate socio-político serio sobre el necesario cambio de las leyes para contribuir a regular los usos de drogas desde la óptica de la salud colectiva, que es lo mismo que decir desde la de los intereses de la mayoría de las personas de nuestra sociedad.

Mediona, febrero 2018

## NOTA DEL AUTOR SOBRE LA ELECCIÓN DEL TEMA<sup>1</sup>

Reus, 29 de octubre de 2011

Ese domingo de otoño estaba yo en una cafetería tomándome un café con mi hermano mayor, un buen amigo, mi mujer y una de nuestras hijas. Todo transcurría con apacible normalidad, pero de repente mi hermano empezó a convulsionar de una manera brutal. Yo nunca había presenciado algo similar y me quedé totalmente aturrido, asustado e impresionado. Nadie sabía lo que estaba pasando. A pesar de todo reaccioné rápido, pedí a los clientes que llamaran a una ambulancia inmediatamente y, acto seguido, me recliné sobre mi hermano, acaricié su cabeza e intenté tranquilizarlo. Me sentía impotente, sin saber qué hacer, viendo cómo el mundo se caía a mis pies, pues desconocía si mi hermano iba a morir en ese instante o si se trataba de algo pasajero. Por suerte, las convulsiones cesaron lentamente y él recuperó levemente la conciencia, pero nada apuntaba a que las cosas estuvieran bien.

La ambulancia llegó pronto y nos trasladó sin demora a urgencias del Hospital de Reus. Allí le realizaron pruebas, TAC, radiografías... El tiempo pasó lento y condensado hasta que, por fin, una doctora me comunicó que lo que había sufrido mi hermano era, sin lugar a dudas, un ataque epiléptico, aseveración anormal en su caso por no tener antecedentes, de modo que rápidamente preguntó si había consumido drogas, a lo que mi hermano respondió: «Solo alcohol y porros», así que la doctora se marchó, diciéndonos que volvería más tarde con los resultados del TAC y de una radiografía que le habían realizado para detectar posibles fracturas o lesiones. Aproximadamente una hora después, la doctora volvió a entrar en el box, pero esa vez se leía un enfado declarado en sus facciones, pues

<sup>1</sup> Nota sobre el título, *El pájaro está en el nido*. La elección de este título responde a una expresión de una de las redes de informantes de esta investigación. Simboliza la organización informal de redes y/o grupos de consumidores para la compra y consumo de cocaína, utilizando una frase hecha no tradicional. «El pájaro está en el nido» significa en este contexto que la cocaína ya está comprada, lista para su consumo grupal.

las analíticas de sangre delataban presencia de cocaína. La bronca fue tan grande como inesperada, impropia del ambiente de un box de urgencias. La doctora acusó de mentiroso a mi hermano por no haber reconocido el consumo de esa sustancia y le espetó que había hecho perder el tiempo a los médicos solo porque a él le daba la gana de tomar cocaína, ¡y que encima no lo reconocía! Él confesó que sí la había tomado unos días antes, pero que no le había parecido significativo en relación con lo acontecido.

Aunque ya se encontraba mucho mejor, su estado todavía presentaba síntomas y signos de debilidad debidos al achaque de las convulsiones. No obstante, podría marcharse a casa una vez vieran la radiografía pendiente. Me tranquilicé bastante, todo había quedado en un susto. En aquel momento me hubiera gustado poder responder a la regañina de la doctora, pues tanto mi profesión como mi vocación me empujaban a defender los derechos de las personas que consumen drogas, pero sobre todo deseaba pedir un poco de respeto hacia quien acaba de pasar por una situación tan crítica y que, por favor, cambiara el tono con el que se dirigía a él porque no me parecía adecuado, pero me reprimí. Solo le dije que era trabajador de la casa, por si eso podía suavizar las cosas, pero nada cambió. Salí a fumar un cigarrillo e intenté llamar a la doctora que dirige el servicio donde trabajo para informarme bien de las consecuencias de este tipo de episodios y, además, desahogarme un poco por la reacción que había preferido reprimir en el box. No pude contactar con ella, así que llamé a otra compañera de trabajo, quien me escuchó y me dijo que hablaría con la doctora del box y, luego, me volvería a llamar para tranquilizarme. No habían pasado ni cinco minutos cuando recibí la llamada de vuelta. Contesté e, inquieta, me dijo: «No sé cómo voy a contarte esto..., pero olvida lo de la cocaína. Acabo de hablar con la doctora de urgencias. Tu hermano tiene cáncer de pulmón y la metástasis le ha alcanzado ya el cerebro. No hay posibilidades. Está muy, muy avanzado».

Regresé como pude al box de urgencias; prácticamente no podía andar ni respirar, estaba totalmente desenchajado, sin fuerzas. Entré. No sabía a dónde mirar ni qué hacer... Pero la misma doctora me sacó del apuro, pues irrumpió en el box y dijo sin más: «Chicos, me he equivocado. Lo que tienes es un tumor enorme detrás del esternón, la metástasis está muy avanzada y ya ha alcanzado el cerebro. Te vas a quedar ingresado unos días». Y sin más dilación, cogió su portafolio y se fue. Me quedé paralizado, no podía creer nada de lo que estaba pasando, era todo extremadamente surrealista, pero mi hermano, en cambio, respondió como si no hubiera es-



cuchado nada. Sonriendo. Empezó a bailar como siempre solía hacer para provocar la risa en los demás cuando una situación incómoda acontecía, y dijo algo así como «Bueno, ya me lo pensaba, no te preocupes». Pero a mí me quedaba todavía lo más difícil: llamar a mi padre y contarle todo lo ocurrido.

Las semanas iban pasando y los ataques se repetían frecuentemente. Las visitas a urgencias se habían convertido en algo habitual y de vez en cuando pasábamos unos días en las habitaciones de oncología para realizar pruebas o simplemente descansar un poco de la quimio y de la radioterapia.

Por la habitación de mi hermano pasaron varias enfermeras y algún que otro médico, y de todos ellos recuerdo especialmente a un médico residente muy joven que se paseaba arriba y abajo con su séquito de estudiantes, mostrando una prepotencia y una arrogancia llamativas y manifiestas. Una mañana se presentó en la habitación de mi hermano con su retahíla de alumnos y les dijo: «Mirad, aquí un paciente cocainómano, enólico, fumador de tabaco y porros en fase terminal», y luego, dirigiéndose a mi hermano, le dijo: «Mira, chico, tienes que escalar una montaña muy alta... Y no creo que llegues a la cima».

Nunca creí que esta historia pudiera llegar a desarrollar en mí el interés necesario para realizar una tesis doctoral dedicada a la cocaína. Tanto mi hermano como yo, y gran parte de nuestro círculo de amistades, la consumíamos de vez en cuando en fiestas y encuentros, pero nadie había sacado esta realidad fuera del contexto recreacional en el que ocurría. Yo, particularmente, tenía muchas ganas de *vengarme*, de una manera u otra, de la actitud despectiva que había recibido mi hermano por parte de algunos médicos del hospital donde trabajo, pero el fatal desarrollo de su enfermedad y la absoluta falta de motivación que sentía en aquel momento hacia cualquier cosa hicieron que olvidara el tema y me ocupara de aspectos que, hoy en día, considero más importantes. El tiempo me ha hecho comprender que la mejor manera de hacer algo para mejorar las cosas es trabajar en ello. Y aquí está el resultado.



## CONTEXTO Y ORIENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde 2005 desarrollo mi actividad profesional en un servicio hospitalario de tratamiento y apoyo a personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (Servei d'Addiccions i Salut Mental, Hospital Universitari Sant Joan de Reus/Pla d'accions sobre drogues), en la provincia de Tarragona, donde desarrollo proyectos de salud colectiva<sup>2</sup> y reducción de daños y riesgos entre la población consumidora y policonsumidora de toda clase de drogas. En el ámbito comunitario, la colaboración con la asociación Arsu<sup>3</sup> y el centro de reducción de daños, acogida y actividades La Illeta<sup>4</sup> han desarrollado un papel central tanto para mi posición profesional como para la realización de esta investigación, facilitando el conocimiento directo de este fenómeno y gran parte de los informantes a los que he accedido. La mayoría de los proyectos a los que me dedico se han dirigido a personas que realizan consumos de riesgo y que, en consecuencia, han sufrido daños relacionados con ellos: infecciones víricas como hepatitis y VIH, problemáticas sociales como por ejemplo encarcelamiento, desestructuración de las relaciones personales y sociales, falta de trabajo, problemas familiares, de relación con los recursos o dificultades para organizar aspectos básicos e importantes de la vida. No todos estos problemas son derivados del consumo de sustancias psicoactivas, ni mucho menos, pero en la práctica —y a veces de manera contradictoria— la dimensión consumo se convierte en puerta de entrada a los recursos asistenciales.

2 Aunque inevitablemente el concepto de salud pública ha sido usado en este trabajo repetidas veces, debo aclarar aquí que el de salud colectiva se adapta mejor a las necesidades y realidades actuales. Este último consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y poder ejercer un mayor control sobre la misma, poniendo énfasis en los factores socioeconómicos como fuente de desigualdades sociales con relación a la salud.

3 Associació Reus som útils ([www.arsu.es](http://www.arsu.es)). Asociación para la defensa de los derechos de las personas consumidoras de drogas de Reus. Proyectos de reducción de daños, autoapoyo y educación de pares [consultado el 12/12/2017].

4 Atiende necesidades básicas y ofrece actividades lúdico-culturales, ocupacionales y de inserción laboral a personas que presentan carencias básicas de tipo social y problemática asociada al consumo de drogas.

Durante los primeros meses de actividad en este conglomerado de instituciones y proyectos experimenté y tomé conciencia de los prejuicios y desconocimiento hacia el colectivo que yo mismo protagonizaba. Debo confesar que no fue cómodo ni fácil empezar a trabajar con este tipo de personas, la mayoría policonsumidoras: inyectores, fumadores de heroína y cocaína base, benzodiacepinas, alcohol... Aunque ya había realizado las prácticas de Trabajo Social en un servicio parecido, puedo asegurar, y esto no es ningún secreto, que uno sale de la universidad sin apenas conocer la realidad a la que se va a enfrentar. Me costó mucho tiempo despojarme de todos los estereotipos y preconcepciones hacia el mundo marginal del consumo de drogas, pues el miedo y el desconocimiento paralizan y distorsionan cualquier aprendizaje o inicio de relación.

Muchas veces me había planteado: «Qué hago yo en un lugar como este?, ¿asociaciones de usuarios?, ¿programas de reducción de daños?». Pero poco a poco acabas derribando barreras y aprendiendo que la función social de este tipo de proyectos, grupos y asociaciones es absolutamente indispensable en las estrategias para combatir las desigualdades que el tipo de sociedad capitalista en la que vivimos genera irremediamente. Sentarte en una misma mesa, hablar, discutir, reír, compartir experiencias, comidas y problemas con las personas con las que iba a trabajar, era y es una experiencia de lo más enriquecedora, que continúa permitiéndome reflexionar sobre la complejidad de las relaciones humanas.

Con el tiempo aprendí cuál podía ser mi posición tanto ideológica como profesional. Tardé algunos años en comprender que la relación con las personas que acudían, en realidad, sería un puntal estratégico (y de revelación ideológica fundamental) para instalarme en el paradigma de reducción de daños y riesgos como técnico y activista. El conocimiento de los primeros movimientos activistas de usuarios de drogas en España y Cataluña facilitó la tarea, pero muchas veces su posición pasiva y su identificación como pacientes, enfermos o usuarios de servicios perpetúan, a mi entender, una posición de subalternidad, clientelismo, paternalismo y de continuación del estigma. He colaborado desde 2007 en la dinamización y el apoyo *técnico en distintas de estas organizaciones, siendo uno de los trabajos más difíciles que he realizado. La precariedad social y económica del colectivo derivada del insuficiente apoyo de las instituciones junto con una baja formación técnica y de cultura organizativa mantiene a este movimiento al margen de la agenda política e institucional. Fue al conocer el movimiento internacional de usuarios de drogas liderado por*

la red INPUD (Internacional Network of People who use Drugs), así como otras experiencias europeas a nivel local, como la asociación EGO en París, cuando obtuve las herramientas y las ideas necesarias para intentar promover un discurso de empoderamiento y activismo ciudadano que me permitiría trabajar desde posiciones mucho más igualitarias y efectivas con y desde mi realidad local.

Empecé a no sentirme un extraño, un intruso o un chiquillo con pocas tablas de calle. Aprendí a ejercer y defender los derechos de mis compañeros como un ciudadano más, dispuesto a tender puentes o echar cables para posibilitar la visibilidad de una injusta realidad a la que están sometidas muchas personas que han terminado atravesadas por el consumo de drogas como estilo de vida o a las que se las ha etiquetado y marginado injustamente.

Al mismo tiempo también he trabajado en proyectos de prevención de conductas adictivas en el campo de la salud mental y de la población general, así como en espacios de ocio nocturno, escenario este último que ha motivado algunas de las preguntas de esta investigación con relación al consumo de la cocaína y sus problemáticas relacionadas. En 2007, con la ayuda del dispositivo en el que trabajo, empezamos un proyecto de reducción de riesgos en espacios de ocio nocturno: un proyecto basado en la intervención de pares, que nos permitiría conocer más de cerca el mundo de los consumos juveniles en nuestra localidad al prestar servicios de información y *testing* de sustancias psicoactivas *in situ*, ofreciendo un espacio de interacción cómodo y fiable para los consumidores. Aprendimos a analizar muestras de cocaína y a detectar presencia de psicoactivos en muestras de pastillas y polvos que los propios actores de la noche nos confían. Entre otras de las muchas tareas del equipo de intervención nocturna, realizamos pruebas de alcoholimetría y ofrecemos información y material profiláctico para el sexo seguro.

Con algo más de experiencia, observamos que las personas que se acercaban a vernos y usaban nuestros servicios requerían, muchas veces, de algún lugar tranquilo y seguro para consumir cocaína u otro tipo de material en polvo. Nuestro *chill out* (zona de descanso) reúne las condiciones antes mencionadas, así que no fue difícil gestionar el doble uso, siempre que la ética y el respeto formaran parte del mismo escenario. Aprender técnicas de *testing* y sobre todo permanecer en los espacios de consumo permiten convertirse en un proyecto referente para consumidores de psicoactivos, al mismo tiempo que estos espacios se convierten en lugares de

observación privilegiados. La gran mayoría, por no decir todas las personas que se acercan a analizar cocaína u otras sustancias, considera este tipo de servicio muy útil e indispensable. Para la Administración continúa siendo una práctica ilegal e incómoda realizada por unos cuantos colectivos sensibilizados.

Otra de las experiencias clave para la contextualización de esta investigación ha sido la de poder trabajar en un servicio público de atención a los problemas relacionados con el consumo de drogas como antropólogo social, desarrollando antropología aplicada e implicada, siendo consciente del privilegio que esto supone. Durante los intensos e interesantes años de estudio del Máster de Antropología Médica en la Rovira i Virgili, recibí una formación muy crítica con el sistema asistencial biomédico, especialmente agudo frente a la psiquiatría, la psicología, la práctica médica en general y del trabajo social. Esto no fue un impedimento para poder conjugar la formación recibida y formar parte de un equipo interdisciplinar y transdisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, DUI, educadores, trabajadores sociales, etc. Al contrario, se ha convertido en una experiencia formativa excepcional. Nunca hubiera conseguido esto, y en realidad todavía estoy en ello, sin la aportación, aceptación y paciencia de todos mis compañeros de trabajo, con los cuales compartimos inquietudes ideológicas, conflictos cotidianos y marcos epistemológicos muy diferentes.

El gran reto de esta oportunidad fue tener que autoconstruir, diseñar y llevar a cabo las funciones que serían propias de un antropólogo en un servicio asistencial de estas características. El otro gran reto continúa siendo responder a la pregunta: «¿Un antropólogo? Y ¿qué hace este aquí?».

La intervención comunitaria, ahora salud colectiva, ha acabado convirtiéndose progresivamente en la respuesta más concreta, directa y real a la gran cuestión. El diseño, desarrollo y evaluación de proyectos de intervención-acción-participativa; la metodología a defender y esgrimir. Conseguir organizar, empoderar y formar a los destinatarios de los proyectos y equipos de trabajo; la tarea cotidiana, junto con el objetivo de tener presencia en foros profesionales representando el esfuerzo de todo un equipo al mismo tiempo que intentar sensibilizar a la población general sobre el fenómeno del consumo de drogas desde una perspectiva crítica. Por *último*, la investigación etnográfica, la publicación de resultados y la búsqueda de nuevas maneras de comunicarlos —como la producción de documentales—; la motivación para poder continuar trabajando con la misma ilusión que el primer día.

Muchas veces tengo el mismo debate con personas inquietas, profesionales, activistas e intelectuales. ¿Cómo se puede ser crítico y proactivo en la búsqueda de cambios significativos en la estructura social estando dentro del mismo sistema? Bueno, no voy a desarrollar esta discusión aquí, pero sí espero que el presente texto pueda responder o dar alguna respuesta en la práctica a esta sesuda cuestión.

Conociendo a fondo algunas de las realidades del consumo de cocaína a nivel local mediante la intervención en los programas de reducción de daños y riesgos en espacios de ocio nocturno antes mencionados, y mediante mi experiencia etnográfica implicada, me atrevería a considerar que el fenómeno del consumo de cocaína ha incrementado por lo menos su visibilidad, sobre todo entre la población joven, hecho que, en parte, podría sumarse a los distintos motivos que justifican la elección del tema de esta investigación, sin olvidar, claro está, que los datos epidemiológicos y estadísticos sobre consumo de cocaína en España ratifican este dato. Otro aspecto para tener en cuenta es el del conocimiento del consumo de cocaína no solo a través de mi experiencia profesional, sino también desde un prisma personal.

La primera vez que vi una raya de cocaína tenía diecisiete años. Todo ocurrió en un ambiente de lo más normal, en una fiesta de un instituto de secundaria de régimen nocturno. Las personas con quienes me relacionaba por aquel entonces tendrían cuatro o cinco años más que yo, y conocían el mundo de la cocaína desde hacía ya un par o tres de años. Desde entonces y hasta mis actuales treinta y ocho años, nunca he dejado de observar, principalmente en espacios de ocio, los consumos que se producían cerca de mis círculos de relación, y no solo de cocaína, sino también de otras drogas, como el cannabis, el éxtasis, el *speed*, los tripis, la ketamina y otras nuevas sustancias que aparecen constantemente como la mefedrona o la metoxetamina, también conocida como mexi. Los casi dieciocho años de convivencia con estas drogas y observación pasiva del consumo de sustancias en mi entorno me hicieron pensar muchas veces, en relación con el enfoque de la tesis, que tenía muy cerca y a la vez muy lejos el campo de estudio etnográfico, es decir, que no podía abstraerme y ver el objeto de estudio con claridad.

Al mismo tiempo, los años trabajados en un dispositivo de atención a los problemas relacionados con las drogas produjeron el mismo efecto en mí: el árbol no me dejaba ver el bosque, hasta que, por fin, un día, me di cuenta de que estaba viviendo en el mismo campo de estudio. No podía

realizar un ejercicio de abstracción/extrañamiento por estar demasiado implicado, pero una vez superadas las dificultades epistemológicas de mi ubicación en el campo, di con la certeza de ser un privilegiado, pues, como en la antropología clásica, llevaba ya un periodo extensísimo de mi vida dentro del meollo. Entonces solo necesitaba tomar distancia y empezar a observar a mi alrededor con ojos de antropólogo. Me iba dando cuenta lentamente de la posición estratégica que me otorgaba mi situación laboral, experiencial y vivencial; solo necesitaba un pequeño empujón para empezar a desatascar el mecanismo que me podía llevar a la descripción de todo lo que había observado, visto y vivido durante casi dos décadas.

Años después, y como adelanto a algunos de los resultados de esta investigación, puedo afirmar que alguna cosa sigue fallando en el sistema drogas, e incluso me atrevo a asegurar que, más que las intrínsecas propiedades de la sustancia en cuestión y la relación que los sujetos establecen con ella, son los mecanismos socioestructurales los que moldean un escenario muy complejo de relaciones entre sujetos, sustancias, instituciones, controles, imágenes socioculturales, significaciones, opiniones y actos. No podemos eludir las cuestiones políticas que hay detrás del fenómeno del consumo de drogas ilegales y hasta qué punto configuran los márgenes de lo estrictamente tolerable en materia de derechos humanos.

Finalmente, después de un largo periodo de dudas y reflexión, decidí estudiar el fenómeno del consumo de cocaína en mi localidad, mediante el estudio a fondo de dos redes diferenciadas según mi experiencia: consumidores que han experimentado problemática asociada y que han acudido a un centro de atención y tratamiento especializado, y consumidores que no han experimentado problemática asociada, convirtiéndose en mi trabajo de tesis doctoral. El periodo de recogida de datos etnográficos empezó en junio de 2013 y se prolongó hasta enero de 2015. He realizado 36 entrevistas, las cuales han requerido más de un encuentro y un mínimo de tres horas de entrevista y otro tipo de entrevista ejecutada en un solo encuentro de una hora y media de duración. Buscaba perfiles de consumidores en función de su predilección, basándome en la vía de consumo (inyectado, base fumada y esnifado). También determiné que cumplieran un único criterio, que hubieran consumido cocaína más de 30 veces en el último año, medida que recientemente el Observatorio Europeo sobre Drogas ha propuesto para tipificar al consumidor de cocaína de riesgo. Para facilitar la tarea y porque también me pareció razonable, decidí su-



vizar los criterios de inclusión y rebajar hasta 15 veces en el último año o en el anterior como requisito mínimo para entrar en el estudio.

Durante ese periodo aprendí a no realizar una distinción clara entre problemáticos y no problemáticos en el desarrollo de la etnografía, pues me parecía que contribuiría al estigma y etiquetado y porque la realidad es mucho más compleja y ofrece una gran gama de matices.

Funcional/Instrumental: más allá del modelo de automedicación, y tal vez más útil, también es conocido como «uso de drogas como estilo de vida». Por ejemplo, los consumidores podrían estar tratando de evitar el cansancio, o buscando ayuda para la concentración. Recreativo: los consumidores buscan la estimulación y el disfrute de una amplia gama de contextos sociales. Problemático: para una pequeña minoría de los usuarios funcionales o recreativos, el uso de estimulantes evoluciona en uso problemático o dependiente. Estas cuestiones son más comúnmente asociadas con los preparados de mayor potencia y/o patrones de consumo de mayor riesgo como es la inyección (Rolles, 2009: 118).

Creo que esta es una caracterización muy interesante, el tipo de consumidor funcional está muy poco representado en el contexto social y en el de investigación. Pienso también que este es un concepto clave para superar el modelo de adicción, reivindicando el consumo de sustancias como «prácticas del sí» o «técnicas del cuerpo», conceptos que propongo para la reflexión y así poder avanzar hacia un modelo de regulación y superación del estado de la cuestión prohibicionista.

Durante el último año y medio intensifiqué hasta el límite de mis posibilidades la relación con estas redes, implicándome en el caso de la de «no etiquetados» en todos los procesos de relación con la sustancia, el abastecimiento, la distribución, el consumo, el posconsumo, las reflexiones y las opiniones al respecto, los efectos derivados, ya sean positivos o negativos, las estrategias de ocultamiento y las relaciones interpersonales con personas cercanas al consumo, pero no consumidoras. El objetivo principal de la investigación se convirtió finalmente en conocer la naturaleza del consumo de cocaína —técnicas, usos e implicaciones— para identificar las variables socioculturales que influyen en la salud de los consumidores, su carrera de consumo, su entorno y las variables que influyen en la toma de riesgos o prácticas de protección, poniendo especial atención en cuestionar el «modelo de adicción como enfermedad biológica» y proponer alternativas al mismo.

Las distintas visitas y estancias en lugares de compra-venta, los acompañamientos durante sesiones de consumo hasta altas horas de la madrugada, las conversaciones inacabables y algunas circunstancias más de la especificidad del estudio del consumo de drogas me proporcionaron las condiciones necesarias de conocimiento en primera línea indispensables para desarrollar esta etnografía.

En relación con el grupo estudiado que ha desarrollado alguna problemática relacionada con el consumo, el nivel de implicación fue distinto al de los consumidores normalizados, debido a mi posición profesional. El objetivo para el primer grupo fue el de poder implicar al colectivo en su colaboración en la investigación, y el propósito de poder compartir el tan necesario retorno de los resultados una vez finalizado el proceso. Debatir, informar, formar e intentar mejorar la comprensión del fenómeno social de consumo de cocaína y poder aportar así elementos de reflexión suficientemente profundos como para al menos ofrecer herramientas que puedan servir para la toma de conciencia de lo que el estigma social significa —por ser negativamente etiquetado— y de este modo poder incentivar la superación de dicho estigma mediante un proceso de empoderamiento mutuo. Las entrevistas en profundidad no han sido suficientes para ahondar en las estructuras internas y externas que manejan el fenómeno del consumo de cocaína; ha sido necesario hacer una contrastación y una complementación con un proceso de observación participante y la consecuente recogida de datos no estructurada, pero sí constante, mediante apuntes, anotaciones y notas en los bordes de los cientos de hojas que han circulado por mis manos durante un año y medio a modo de diario de campo.

Autores como Haro (2000) reivindican disciplinas como la epidemiología sociocultural o la salud colectiva como formas de intervención e investigación antropológica. Ambas intentan recuperar la mirada de los sujetos para la definición y redefinición de los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, y conceptualizan la biomedicina no solamente como un instrumento y dispositivo de atención a la salud, sino como un instrumento de control social. La presente investigación se inscribe, en este sentido, en los posicionamientos de la antropología aplicada, o todavía mejor, de la antropología implicada, puesto que una vez terminada solo acaba de empezar, y un buen número de posibles intervenciones y propuestas finales quedan escritas para su posterior aplicación. El objetivo es el de transformar una realidad que está escondida, encerrada, y disimulada por sus actores en una sociedad que reprime, niega y estigmatiza cualquier relación con el consumo de la sustancia que nos ocupa.

## ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y CONSUMO DE DROGAS

### *Abordaje teórico desde la antropología médica*

La antropología médica parte de la premisa de que las cuestiones relacionadas con la salud son mucho más que fenómenos estrictamente biológicos, ya que están fuertemente influenciadas por factores culturales y sociales. Esta subdisciplina de la antropología ha desarrollado un enfoque que podríamos denominar biosociocultural (Singer y Baer, 2011: 11) para la comprensión y análisis de los procesos relativos a la salud, la enfermedad, y la atención que ambas reciben. Se trata, pues, de la posición epistemológica que voy a adoptar en esta investigación, profundizando y ampliando los aspectos relacionados con el consumo de cocaína en la esfera social y cultural que influyen en la relación sujeto-sustancia y sus interacciones.

Arthur Kleinman, uno de los primeros antropólogos médicos, estableció la teoría de los llamados sistemas de atención a la salud (Kleinman, 1978), interpretando los diferentes sistemas médicos como sistemas culturales, inspirándose en la teoría de sistema cultural de Geertz (1987), quien propone que los sistemas religiosos, ideológicos, artísticos, de parentesco, etc., de cualquier sociedad, están gobernados por estructuras culturales, y estas, organizadas por símbolos significativos, que condensan las creencias, los valores y las emociones de los diferentes grupos humanos. Para la mayoría de sistemas de salud se configuran tres sectores o áreas sociales; popular: contexto familiar, redes sociales y la comunidad; profesional: cientifismo profesional (medicina occidental, ayurvédica, china...); y folk: especialistas no profesionales (Kleinman, 1978: 86). La estructura interna de cada área o sector se estructura a partir de sus respectivas creencias sobre la salud y la enfermedad, las distintas opciones y decisiones que se toman al respecto, los distintos roles adoptados desde la enfermedad o los distintos actores e instituciones que intervienen en el contexto en que ocurren y sus interacciones.

Fabrega (1972) realizó una de las aportaciones teóricas con relación a la noción de enfermedad que luego Kleinman (1978) desarrolló para establecer su teoría de sistemas de atención a la salud:

Very often, investigators studying the so-called culture bound psychiatric syndromes implicitly or unknowingly assume the concepts and, in some instances, the universality of the premises of scientific medicine. They begin, in other words, with preconceived picture of the nature of illness and disease. Then, having defined categories of disease according to scientific principles of classification, the concern is to unmask or unravel the cultural factors contributions from the “true” or “essential” disease process that is felt to underlie the particular illness episode that is under investigation (Fabrega, 1972: 193).

Los sistemas de atención a la salud articulan la enfermedad como un idioma cultural, relacionando creencias sobre las causas de la enfermedad, la experiencia del síntoma, patrones específicos sobre el comportamiento de las enfermedades, decisiones en torno a tratamientos alternativos, prácticas terapéuticas, evaluaciones sobre los resultados terapéuticos, estableciendo relaciones sistemáticas entre estos comportamientos (Kleinman, 1978: 86).

En este sentido, los conceptos de *disease* e *illness* que Fabrega (1972) presentó como objetos o entidades observables y estáticas conceptualmente serán resignificados no como entidades derivadas de la observación empírica, sino como diferentes maneras de explicar la enfermedad, diferentes construcciones sociales de la realidad. De ahí surge la idea de los *explanatory models* (modelos explicativos) o formas discursivas para explicar un mismo fenómeno. En cada sector o área social del sistema de atención a la salud los diferentes modelos explicativos pueden emanar de médicos, pacientes o la familia para explicar cada episodio particular de enfermedad o fenómenos relacionados con la salud. Los modelos explicativos contienen argumentos y descripciones de cualquiera de los siguientes temas, o de todos ellos: etiología de la enfermedad, inicio de los síntomas, patología física, curso de la enfermedad y tratamiento.

También están relacionados con distintos sistemas de conocimiento y valores específicos centrados en los diferentes valores o actores del sistema, convirtiéndose así en productos históricos y sociopolíticos. De esta manera podemos reconocer la paradoja que plantea la influencia de la cultura en la enfermedad como experiencia psicosocial, bajo la influencia de las normas culturales que gobiernan la percepción, valoración y expresión de los síntomas, y determinan las particulares características del rol de la enfermedad que forman parte de los mismos sistemas de salud (Kleinman, 1978: 87).

La verbalización de esta experiencia psicosocial es lo que denominaremos «mundo moral local», esto es, pensar la enfermedad como un texto o narrativa desde el punto de vista del afectado, ver la enfermedad como un símbolo incluyendo también la experiencia intersubjetiva (Kleinman, 1997: 97).

El primer texto explícito de este paradigma llamado *meaning-centered approach* o aproximación centrada en el significado lo publicó Byron Good en 1977 (Young, 1982: 262). Así como Kleinman se inspiró en la teoría de sistema de símbolos de Geertz, Good (1977) tomará de Víctor Turner (1980) la idea de símbolos rituales dominantes para establecer su teoría de las redes semánticas de enfermedad, *illness semantic networks* (Comelles y Martínez Hernández, 1993: 60). Es muy ilustrativa de este aspecto la aseveración de Good (2003: 22) cuando puntualiza que «la sensación de que la enfermedad en sí misma es un ámbito cultural es fuertemente antintuitiva», ya que el concepto de enfermedad responde básicamente a nociones biológicas. Desnaturalizar la enfermedad y considerarla algo cultural plantea uno de los retos principales de la antropología médica.

Young (1982: 257) elaboró un modelo que proponía que no solo es importante investigar las discursivas de la enfermedad (*explanatory model*), sino también la dimensión social donde todas estas significaciones cobran realidad, profundizar en los procesos de socialización en los que aparecen *illness* y *disease*, permitiéndonos introducir otro concepto, *sickness* o las dimensiones sociales de la enfermedad. El modelo de Young (1982) profundiza más en los aspectos o dimensiones sociales de la enfermedad y se conoce como *Critical Medical Anthropology* o antropología médica crítica.

Otros autores como Singer y Baer (1995) defienden otro tipo de modelo o corriente que se caracteriza por enfatizar los aspectos económico-políticos que influyen en la enfermedad y la atención médica, inspirándose en las corrientes marxistas y neomarxistas fijarán su atención en el impacto de las desigualdades sociales y económicas en la salud de la población, pudiéndose también inscribir en la antropología médica crítica.

Esta comprensión crítica implica prestar atención a los llamados vínculos verticales que conectan el grupo social con una visión más amplia que toma en consideración las condiciones materiales, políticas y estructurales a nivel regional, nacional y global que configuran los patrones de comportamiento humano, creencias, actitudes y emociones (Singer y Baer, 2011: 49).

En consecuencia, la antropología médica crítica centra la atención en la comprensión de los orígenes de las construcciones culturales dominantes en la salud, incluyendo la clase social, el género, el origen étnico, los conceptos de salud que expresan grupos particulares y en qué conjunto de condiciones históricas surgen. Al mismo tiempo, enfatiza las estructuras de poder y la desigualdad en los sistemas sanitarios y las contribuciones de las ideas y prácticas de salud que refuerzan las desigualdades en la sociedad en general. Por otra parte, se centra en los orígenes sociales de la enfermedad, tales como las formas en que la pobreza, la discriminación, la estigmatización, la violencia y el miedo a la violencia contribuyen a la mala salud.

Los antropólogos médicos críticos argumentan que la experiencia y la «agencia», es decir, la toma de decisiones individuales, de grupo y la acción, son construidas y reconstruidas «en el terreno de la acción entre las categorías socialmente constituidas del significado y las fuerzas político-económicas que configuran el contexto y la textura de la vida cotidiana» (Singer y Baer, 2011: 50). Dicho con otras palabras, las personas desarrollan su propio raciocinio y crean respuestas individuales y colectivas a las enfermedades y a otras amenazas de su bienestar, pero lo hacen en un mundo que no es de su propia creación, un mundo en el que la desigualdad de acceso a la salud, los medios de comunicación, los recursos productivos y los estatus sociales valorados juegan un papel importante en sus opciones diarias. Siguiendo esta línea teórica trabajaré el consumo de drogas ilegales fuertemente influenciado por la estructura de poder creada por las políticas prohibicionistas, analizando los modelos explicativos (mundo moral) de los informantes como productos histórico-políticos forjados en un determinado contexto sociocultural.

Es importante ahondar también en cuál de las múltiples dimensiones referidas a las concepciones de sujeto o sujetos nos vamos a referir dentro de los distintos enfoques teóricos posibles. Siguiendo a Menéndez (2000) y la línea teórica de la antropología médica crítica a la cual adscribo esta investigación, la relación sujeto/estructura será la que determinará el enfoque teórico-metodológico, recuperando una noción articulada del sujeto que pese a su capacidad de «agencia» es moldeado inevitablemente por su relación con la estructura social.

Para finalizar este bloque teórico es necesario introducir que en esta investigación se utilizarán los conceptos *illness* y *sickness* para discutir el modelo de adicción como enfermedad *disease* en sus dimensiones sociales y culturales.

*Autoatención y automedicación: perspectivas desde la antropología médica para comprender el consumo de drogas*

En ningún momento a lo largo de este trabajo voy a considerar el consumo de cocaína *per se* como una enfermedad (*disease*) o comportamiento desviado-patológico, así como lo haría el «modelo de adicción» que a continuación describo, sino como una biotecnología o «práctica del sí», traducción aproximada de *practices of the self*, de Foucault (1985: 10-11). Esta conceptualización se inscribe en diferentes contextos y estructuras sociales para dar respuesta a cuestiones físicas, psicológicas y socioculturales relacionadas con el consumo de drogas (ilegales y legales), y estas, dentro de la categoría analítica de salud-enfermedad-atención-prevención, como un proceso de autoatención, y más concretamente dentro de los procesos de automedicación.

Las diferentes formas de atención a la enfermedad, que son muchas y muy variadas (pluralismo médico), utilizan diversas técnicas de diagnóstico, detección y tratamiento que, a su vez, están relacionadas con distintas características religiosas, étnicas, económico-políticas, técnicas y científicas, configurando así diferentes formas de atención que, a menudo, no se manifiestan aisladamente, sino que se solapan unas con otras. La biomedicina y otras medicinas profesionales se caracterizan por considerar subalternas la mayoría de estas formas diferenciales, sobre todo y especialmente las actividades denominadas como autoatención, configurando una visión antagonica y excluyente entre estas formas de atención (Menéndez, 2005: 34-35). Se desprende de aquí que el consumo de toda sustancia —en cualesquiera de sus múltiples facetas— fuera de la legalidad o del control médico farmacéutico se considerará un uso desviado, patológico o, como veremos a continuación, un saber o práctica a modificar.

Consideramos autoatención, cuidados legos o *health lay care* a una dimensión estructural que se da en todas las sociedades y que se materializa en actividades que:

Abarcan una amplia gama de matices y que no siempre están directamente relacionadas con la salud. Comienzan con el cuidado de nosotros mismos, las rutinas y los hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos y otras conductas protectoras de la salud, la prevención y también el autotratamiento en caso de enfermedades. Comprenden la activación de redes familiares y sociales y, en ciertos casos, la de grupos organizados (autogestión) independientes de los sectores médicos profesionales (Haro, 2000: 103).

La biomedicina suele ver las representaciones y prácticas profanas de la población como factores que inciden desfavorablemente sobre su salud, esto es, las perciben como un saber básicamente a modificar. Esta perspectiva considera además explícita o implícitamente que la población no maneja criterios de prevención. Desde la perspectiva antropológica se afirma que no existen grupos sociales que carezcan de estos saberes, ya que son partes estructurales de la propia cultura. La mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales, pero el punto central que aquí nos ocupa no es el de considerar su validez, sino el de asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención a pesar de la posibilidad de que estas sean erróneas. En consecuencia, uno de los principales objetivos médicos debería ser la descripción y el análisis de los significados de los conocimientos preventivos provenientes de grupos para trabajar a partir de ellos en un proceso de acción conjunta (Menéndez, 1998: 14). Un buen ejemplo ha sido el de los grupos organizados de usuarios de drogas, como veremos posteriormente.

Haro (2000: 104) distingue sutilmente entre autocuidado (prácticas cotidianas tales como ducharse, lavarse los dientes, usar preservativo o diafragma, realizar gimnasia, prevenir accidentes o contagios...) y autoatención (referido a las respuestas que generamos frente a la enfermedad). La autoatención también se caracteriza por movilizar las redes sociales o las prácticas colectivas. Así, mientras que las redes informales configuran la autoatención (estructural en cualquier sociedad), las iniciativas formales van a ser denominadas «de autoayuda», a las cuales prestaremos atención más adelante, cuando veamos las características y las funciones de los diferentes grupos de usuarios de drogas que han ido apareciendo y que perviven en el llamado «sistema drogas» actual.

Los procesos de automedicación deben inscribirse en el contexto de la autoatención en salud precisamente porque también es otro elemento estructural, universal, del comportamiento humano. Romaní (1999) define la automedicación de la siguiente manera: «Tratamiento autónomo a base de emplastos, yerbas, brebajes y medicinas de distintos tipos (entre los cuales están los fármacos), que encontramos también en cualquier sociedad. Así que nos referimos a algo más amplio que el fenómeno contemporáneo de la automedicación con sustancias industriales» (Romaní, 1999: 54). En este sentido, tomar drogas para conseguir un determinado estado de ánimo e interactuar en contextos grupales o aislados podrá considerarse también una práctica de autoatención.



De hecho, de entre todas las personas que usan drogas ilícitas, se cree que solo una pequeña proporción encaja y usa los servicios de tratamiento (Treloar y Holt, 2006: 367) principalmente por conocer de antemano que sus prácticas relacionadas con sustancias ilícitas van a ser desaprobadas. Esto no ocurre del mismo modo en los programas de reducción de daños y riesgos, como veremos en el capítulo dedicado a esta filosofía de trabajo, debido a que uno de sus pilares teóricos fundamentales es el de la aceptación del consumo de sustancias ilícitas por la población, reconociendo así su capacidad de autorregulación.

El uso y el consumo de drogas y medicamentos no pueden ser entendidos como dos fenómenos distintos desde el punto de vista de su historia cultural, ya que desde hace dos siglos se conocen como proceso de automedicación en la denominada *drug oriented society*: «Tales conductas serían un tributo inevitable al desarrollo científico-técnico en una sociedad secularizada y hedonista» (Comelles, 1992: 139), donde corporaciones profesionales (médicos y farmacéuticos) y la expansión del medicamento (proceso de medicalización) juegan un papel decisivo y legitimador en el desarrollo del Estado moderno (Romaní y Comelles, 1999: 8).

### *La construcción sociocultural del concepto de adicción como enfermedad*

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas para formular definiciones y clasificaciones apropiadas para lo que conocemos como adicción, no se ha conseguido llegar a un nivel de consenso suficiente. La adicción como enfermedad no surgió de la acumulación natural de descubrimientos científicos (Reinarman, 2005: 308), sino que fue inventada histórica y culturalmente bajo condiciones específicas, promulgada por actores e instituciones particulares, y se reprodujo por medio de ciertas prácticas discursivas. Según Peele (1985: 6), la idea de que la adicción es resultado de un mecanismo biológico específico que bloquea el cuerpo en un patrón invariable de comportamiento está siendo ampliamente discutida mediante una gran gama de pruebas.

Por ejemplo, Peele (2010) arguye que, a pesar de que los *líderes* del grupo de investigadores encargados de delimitar los trastornos relacionados con las sustancias para el nuevo DSM-V, son unos grandes defensores de la noción de la adicción como enfermedad, nada de lo propuesto en el DSM-V apoya la idea de que tal síndrome se pueda explicar mejor si se entiende como una enfermedad crónica del cerebro. El retorno al uso de la

terminología «adicción» y «trastornos adictivos», reemplazando la de «dependencia» para referirse a los problemas relacionados con las sustancias, apela inmediatamente al clásico modelo bioquímico de la adicción, el cual fue aplicado a la heroína y a otros derivados y, después, se expandió al ser aplicado también a la cocaína y a la marihuana (se introduce el síndrome de abstinencia al cannabis no existente en el DSM-IV). Estas sustancias tienen un perfil químico y farmacológico totalmente distinto. La realidad clínica de los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas es muy compleja por su elevada carga social (p. ej., disponibilidad y precio de la sustancia, expectativas, percepción de riesgo de cada sustancia, procesos de aprendizaje, diversidad de contextos, etc.). Sin negar el claro peso biológico de este proceso, una mera explicación biológica es insuficiente para explicar esta compleja conducta, y menos tal y como se han propuesto los criterios del trastorno relacionado con las sustancias y trastornos adictivos<sup>5</sup> (Becoña, 2014: 61).

La adicción, pues, es un evocador término psicológico y médico cuyo significado ha cambiado notoriamente a lo largo del tiempo. Durante la mayor parte del siglo xx se relacionó con los términos de síndrome de abstinencia (dependencia y abstinencia) y se asoció al consumo de heroína. A finales de la década de 1980 y principios de los noventa, sin embargo, la cocaína sustituyó a la heroína en el papel de droga prototipo de abuso, ya que nunca se había considerado que la cocaína pudiera producir «dependencia física». Sin embargo, tanto para la cocaína como para la heroína, los

5 Becoña (2014) sintetiza los principales cambios en el DSM-V respecto al IV de la siguiente manera: «Los principales cambios que el DSM-V introduce son los siguientes: 1) Se elimina el abuso y dependencia del DSM-IV y solo queda el Trastornos Relacionados con las Sustancias (TRS) como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un período de tiempo de 12 meses. 2) Aparece el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos. Se ha sugerido que la categoría de baja equivale al abuso del DSM-IV, y las de moderado y severo a las de dependencia del DSM-IV. 3) Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones: a) se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales (aduciendo que apenas se utilizaba), y b) se añade el ítem de *craving*. 4) Los TRS se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, y b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación). Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV (ej., depresión inducida por consumo de sustancias) y se amplían a otros (ej., trastorno bipolar inducido por el consumo de sustancias). 5) Aparece por primera vez en el DSM-V el trastorno de juego dentro de la categoría de trastorno por consumo de sustancias».

modelos actuales de la adicción —modelos ampliamente propagados por los medios de comunicación— reducen los patrones de consumo de drogas a sus propiedades químicas y a las características biológicas del usuario. En la creación de este modelo, los debates científicos y clínicos, junto con los debates públicos, se basan en los resultados supuestamente típicos, inevitablemente adictivos, del consumo de cocaína repetido y compulsivo.

Ni tan siquiera se consideraba una sustancia que producía dependencia física o fisiológica, sino que se hablaba de que únicamente producía dependencia psicológica. Por este motivo se consideró en un primer momento menos nociva, pero con la progresiva equiparación al consumo de heroína se forzó a que existiera sintomatología fisiológica o física en la privación. Este aspecto no se justifica por la falta de sustancia en el organismo sino por el desencadenamiento de síntomas secundarios asociados al *craving* o deseo de consumir, que se expresan de formas muy parecidas a los de un cuadro de ansiedad provocado por las ganas intensas de repetir determinadas sensaciones o efectos y que, debido a la gran intensidad vivida por la persona como irreprimito, pueden llegar a tener —y cada vez se observa con mayor frecuencia— una expresión corporal. Es a partir de esta lenta y sutil transformación de la representación social y cultural de la relación de la cocaína con el sujeto que se produce la modificación en el DSM-V.

Continúa predominando el discurso basado en los experimentos con animales en laboratorio en lugar de reforzar la imagen de que el consumo de toda sustancia también depende del entorno del usuario. De hecho, incluso los más graves ejemplos de consumo compulsivo pueden mejorar cuando se modifican elementos clave en la configuración contextual. Estos resultados deberían desempeñar actualmente un papel fundamental en ambas concepciones científicas y públicas de la adicción, pero no lo hacen. Continúan manteniendo un papel subsidiario dentro de lo que hemos denominado modelo biomédico, que ha creado el «modelo de adicción como enfermedad» a favor de sus intereses y el de las clases dominantes en una sociedad neoliberal que busca establecer mecanismos de control social para perpetuarse. Otros autores apuntan también que el término «adicción» inicialmente se gestó como un término «especulativamente neurobiológico», escasamente «científico» en lo metodológico y arraigado profundamente a intuiciones «psicológicas» (Apud y Romaní, 2016: 117). Desde otro punto de vista Puerta y Pedrero (2017: 2) afirman que en la actualidad: «El adicto no solo es un enfermo por consumir drogas,

sino que, además, presenta otra patología mental o cerebral. El modelo de “patología dual”, impulsado por psiquiatras con fuertes conflictos de intereses con la industria farmacéutica, ha permitido marcar un sinfín de etiquetas diagnósticas asociadas a la adicción». Desde esta perspectiva y para finalizar este apartado, consideraremos que la investigación científica debería focalizar, en mayor medida, sus esfuerzos en la promoción de la autonomía personal de los afectados, la observación de sus estrategias de autorregulación y de reducción de daños y riesgos, y en su relación con el contexto social y no tanto en la búsqueda del origen y el tratamiento biológico del problema. Propuesta que fundamentaré ampliamente a lo largo de este trabajo.

*Propuestas desde la fenomenología y la significación de la experiencia vivida como objeto de estudio*

Las últimas tendencias teóricas de la antropología médica están relacionadas con aspectos de corte fenomenológico basados en la experiencia de la enfermedad, abarcando un espectro más amplio que la interpretación del lenguaje o del discurso desde la perspectiva hermenéutica. El paradigma de *embodiment* es paradigmático de esta nueva concepción materialista de la experiencia, traducido como corporalización de la experiencia. «Nociones como cuerpo, experiencia, sufrimiento social (*social suffering*) o sociosomática están dibujando un nuevo panorama intelectual que a la sombra de la fenomenología existencialista de filósofos como Merleau-Ponty, plantean nuevas formas de aproximación a la enfermedad y a la aflicción» (Martínez Hernández, 2008: 115). Este paradigma metodológico se caracteriza por la disolución de la dualidad entre cuerpo y mente, objeto-sujeto característicos de la filosofía cartesiana.

The problem is to understand these strange relationships which are woven between the parts of the landscape, or between it and me as incarnate subject, and through which an object perceived can concentrate in itself a whole scene or become the imago of a whole segment of life. Sense experience is that vital communication with the world which makes it present as a familiar setting of our life. It is to it that the perceived object and the perceiving subject owe their thickness (Merleau-Ponty, 2007: 139).

La sociedad también interviene directamente en el funcionamiento del organismo, sobre todo con respecto a la sexualidad y a la nutrición.

Si bien ambas se apoyan en impulsos biológicos, estos impulsos son sumamente plásticos en el animal humano. El hombre es impulsado por su constitución biológica a buscar satisfacción sexual y a alimentarse. Pero dicha constitución no le indica dónde buscar satisfacción sexual ni qué debe comer. La sociedad también determina la manera en que se usa el organismo en actividad; la expresividad, el porte y los gestos se estructuran socialmente. No nos concierne aquí la posibilidad de una sociología del cuerpo surgida a causa de lo que acabamos de afirmar. La cuestión es que la sociedad pone limitaciones al organismo, así como este pone limitaciones a la sociedad (Berger y Luckmann, 2011).

La filosofía fenomenológica había explorado una comprensión dinámica del ser humano como algo inseparable de una corporalidad humana universal existente en campos complejos de influencia. Csordas (1990) presenta los precedentes de este enfoque metodológico en Mauss (1950), Hallowell (1955), Merleau-Ponty (1942) y Bourdieu (1977). Las tradiciones filosóficas relacionadas con el vitalismo y el pragmatismo también intentaron entender la vida material más allá de las dualidades de la mente y del cuerpo, y algunas de las obras clave de estas orientaciones están siendo productivamente releídas. Estas últimas investigaciones ampliaron la preocupación de la ciencia social clásica hacia un nuevo terreno híbrido —el del cuerpo vivido—, y este ha comenzado a ser comprendido como un conjunto de prácticas (institucionales o no), discursos, imágenes, lugares específicos y proyectos (Farquhar y Lock, 2007: 14).

Scheper-Hughes y Lock (1987: 26) afirman que las culturas son disciplinas que proporcionan códigos y pautas sociales para la domesticación del cuerpo individual de acuerdo con las necesidades de la política y del orden social. Douglas (1973: 173), que la cultura y los ritos «actúan sobre el cuerpo político mediante el instrumento simbólico del cuerpo físico». De esta manera proponen el debate teórico de carácter fenomenológico sobre una concepción triple del cuerpo como objeto de estudio: el cuerpo individual, social y político. El enfoque teórico del *embodiment* debe considerarse desde la postulación metodológica que entiende el cuerpo no como un objeto a ser estudiado en relación con la cultura, sino considerado como el sujeto de la cultura, es decir, el sustrato existencial de la cultura (Csordas, 1990: 5). En nuestra sociedad la idea de cuerpo (política y culturalmente correcto) es la de belleza, representada por un cuerpo fuerte, sano y autodisciplinado en consonancia con los valores culturales dominantes de autonomía, tenacidad, competitividad, eterna juventud y

autocontrol (Scheper-Hughes y Lock, 1987: 25). Bajo esta idea política y cultural, el consumo de sustancias psicoactivas para alcanzar estados de placer, como instrumento para conseguir determinados estados mentales o adaptarse al ritmo de vida de la sociedad actual, no siempre se considera una conducta desviada y fuera de control. En la cultura consumista se reivindica cada vez más el derecho al placer como incentivo o recompensa incluso si esto implica el uso de cualquier tipo de sustancia legal o ilegal (O'Malley y Valverde, 2004: 39).

Las autoetnografías<sup>6</sup> son un buen ejemplo para entender fácilmente a qué se refiere el paradigma de *embodiment* o encarnación-corporeización.

[Estas] revelan la autoexperiencia como fuente de conocimiento, su análisis es reivindicado como estrategia única para llegar a contenidos e interpretaciones de la experiencia que serían inaccesibles de otra forma [...]. Una inmejorable condición de partida para la creación científica [...]. Los/as autores/as que se autoetnografían no aceptan los límites impuestos dentro de la profesión, los márgenes de la tarea investigadora ni del conocimiento, que solo a primera vista parecen infinitos. No me refiero al condicionamiento lógico de los modelos teóricos, sino al autocontrol, al filtro que la disciplina va construyendo y legitimando, a pesar de las crisis, los cambios y las autocríticas, en un intento de seguir formando parte de esa red de expertos, de no perder el locus de poder, la autoridad dentro de la sociedad y dentro de la ciencia (Esteban, 2004: 17).

Esteban (2004: 18) plantea también una interesante noción para conceptualizar el fenómeno del consumo de drogas en la sociedad denominada «del riesgo»: el miedo al posible descontrol que caracteriza nuestra cultura. Las etnografías realizadas desde la ruptura de la dicotomía mente-cuerpo, objeto-sujeto, tienen la fuerza y la capacidad de mirar más allá y de transformar al mismo tiempo la realidad estudiada a medida que esta se hace consciente para los investigadores. El cuerpo es sometido en nuestra sociedad a una gran variedad de fuerzas, presiones y cambios, pero todos ellos se naturalizan casi siempre sintonizando con la idea de progreso positivista y los avances tanto sociales como tecnológicos (biotecnología

6 Véase por ejemplo el gran trabajo de autoetnografía sobre alcohol y alcoholismo de Esteve (2013) en su tesis doctoral. En el caso de las autoetnografías relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas, el relato del autor puede quedar comprometido por la estigmatización que representa el hecho de reconocer determinados consumos. Me parece por lo menos un debate muy interesante a tener en cuenta para el desarrollo de investigaciones en el campo ya mencionado.

aplicada a la alimentación, estrés, sometimiento a riesgos como conducir, ciertos tipos de trabajos o deportes...); en cambio, se estigmatiza y se tiene una mayor percepción de riesgo en determinadas prácticas como pueden ser el consumo de drogas o determinadas prácticas sexuales, donde el cuerpo aparece como un dispositivo que asume riesgos innecesarios.

Estudios sobre drogas desde este campo teórico —en este caso no autoetnográfico— como los de Epele (2007), fruto de su trabajo de campo entre consumidores de *paco* y cocaína en barrios marginales de Buenos Aires, presentan el análisis de las experiencias, posiciones y perspectivas no como «pensamientos descorporeizados, hecho que reforzaría la dicotomía simbólico-material, sino como prácticas simbólicas que devienen corporales, no solo porque incluyen posiciones, emociones, distancias, actividades de reparación o deterioro, sino porque esconden en su rutina cotidiana la historia de daños, abusos y quiebros sociales que han trazado su producción» (Epele, 2007: 153).

Etorre (2004), en sus estudios sobre género, *embodiment* y consumo de drogas, define el cuerpo como el medio para la expresión personal, parte esencial de nuestra identidad social. El cuerpo es concebido como el vehículo para construir estilos de vida en la cultura de consumo. Pero el ideal de cuerpo es también una construcción sociocultural determinada por la historia, la ciencia, la medicina y los intereses de los propios consumidores. Terry y Urla (1995: 9) definen otro interesante concepto para esta tesis, el de «desviación encarnada», como la afirmación científica —y también profana— de que los cuerpos de las personas clasificadas como «desviadas» están marcados de alguna manera reconocible. Sostienen que la conducta social desviada siempre se manifiesta en la sustancia del cuerpo de los «desviados». Como forma de desviación encarnada, las marcas en los cuerpos de los usuarios de drogas determinarían, bajo la mirada de los estamentos de control social, su estatus social marginal y su supuesto déficit de agencia o capacidades morales. El cuerpo de las personas que usan drogas es un vehículo para solucionar una serie de problemas que todos, especialmente los jóvenes, deben solventar. Por otro lado, estos problemas se magnifican porque el consumo de drogas implica a los cuerpos en determinadas culturas del riesgo (Etorre, 2004: 330).

Las teorías de la antropología médica hasta aquí expuestas permitirán trazar paralelismos y adaptaciones para elaborar elementos conceptuales específicos sobre el fenómeno del consumo de cocaína que sustentarán gran parte del análisis de los datos etnográficos obtenidos para la elabo-

ración de esta investigación. También permitirán contextualizar los consumos de cocaína a diferentes niveles: en el de una sociedad medicalizada —que en general conceptualiza el sistema biomédico como referente asistencial— y en el que considera al mismo tiempo los consumos, sean problemáticos o no, como un elemento simbólico que responde a necesidades y coyunturas resultado de un determinado estilo de vida marcado por una lógica capitalista y prohibicionista.

La teoría de los modelos explicativos será adaptada para poder analizar el discurso y las significaciones sobre la salud, la enfermedad, la atención y la prevención en relación con distintos itinerarios asistenciales y, en mayor medida, de itinerarios de consumo de los diferentes informantes. Al mismo tiempo, estos serán analizados consecuentemente como productos históricos y sociopolíticos y en relación a la experiencia vivida a través del cuerpo (no dicotomizado) como un dispositivo utilizado para la producción de elementos de creación de identidad social y como vehículo para adaptarse a distintas situaciones vitales.



## ETNOGRAFÍA Y CONSUMO DE DROGAS

### *Antecedentes: la Escuela de Chicago y los estudios sobre el consumo de drogas*

Las investigaciones etnográficas sobre el consumo de sustancias psicoactivas, entendiéndolas como la observación sistemática en el campo de estudio y una cuidada descripción de los comportamientos observados, se iniciaron en los años treinta con cuatro estudios paradigmáticos y pioneros (Page y Singer, 2010: 34).

Uno de ellos fue el estudio de Weston La Barre titulado *The Peyote cult* (La Barre, 1975), un libro cuyo precedente fue un trabajo de pregrado publicado en 1937 bajo el mismo nombre. La Barre realizó trabajos de campo con más de 15 etnias nativas americanas y fue capaz de estructurar un itinerario del desarrollo y de la difusión del uso cultural y ritual del peyote desde mediados del siglo XIX, basándose en el estudio del origen social de la variada parafernalia utilizada en sus rituales junto con sus creencias y prácticas. La Barre y otros antropólogos defendieron el uso ritual del peyote frente a la oposición casi sistemática del uso de cualquier droga del Gobierno americano, por lo que se convirtieron en algunos de los primeros defensores del uso tradicional de las drogas, en este caso en el ámbito religioso de la Iglesia nativa americana.

Binham Dai, con su estudio sobre adictos al opio en Chicago, *Opium Addiction in Chicago* (Dai, 1937), inauguró la era de la etnografía sobre los usuarios de drogas en el campo de la sociología. Esta disciplina, al contrario que la antropología, desarrolló muy temprano una línea específica de estudios urbanos sobre drogas. Basada en la tradición llamada por Page y Singer (2010) «drug use as a social deviance», se inspiraba en los *community-based social studies* de la Escuela de Chicago desarrollada por Robert E. Park.

Para esta escuela sociológica, la mejor manera de estudiar las nuevas formas de vida de la creciente América industrial era la observación direc-

ta en los numerosos y diferentes contextos sociales que proliferaban rápidamente (barrios, guetos, condiciones y lugares de trabajo, vivienda...), así como el estudio de los subgrupos recién formados, tales como bandas juveniles callejeras, delincuentes o músicos. Su metodología se basaba en «estar *in situ*» y comprender los fenómenos desde la perspectiva del actor. Dai opinaba que las nuevas condiciones de vida urbana llevaban hacia la desorganización social, el aislamiento de individuos y la despersonalización de las relaciones, y que el consumo de drogas podía interpretarse como una respuesta a estas condiciones.

En el libro *Opium Addiction in Chicago*, Dai estudió dos tipos de población: la que era adicta al opio por tratamiento iatrogénico con morfina y, por otro lado, la que desarrollaba su adicción en la calle junto con otros grupos de consumidores de drogas. Este hecho es importante según remarcan Page y Singer (2010) por la época en la que acontecían los hechos: los años posteriores a la guerra civil americana, en la segunda mitad del siglo XIX, período caracterizado por el uso masivo de morfina en el frente durante la guerra, y también después de ella, para gestionar los cuidados a los soldados que sobrevivieron.

Después de la aprobación de la *Harrison Act* en el Parlamento estadounidense en 1914, que prohibía la venta de sustancias psicoactivas fuera de una estricta prescripción médica, la opinión pública contra las drogas se vio reforzada. Otro factor importante que influyó en la opinión pública sobre el fenómeno del consumo de drogas fue el alto incremento de población afroamericana sin trabajo y usuaria de drogas que se produjo durante los años treinta. Chicago fue una de las ciudades más segregacionistas de América y en los barrios donde aquella población habitaba proliferaron los clubes de *jazz*, los prostíbulos, las casas de apuestas y la venta de droga, lo que la convirtió en un fuerte punto de atracción para los blancos que querían olvidar las calamidades de la gran crisis económica. De esta manera se abonó un terreno idóneo para situar el nido de las perversiones para una sociedad con valores muy conservadores. Es lo que posteriormente Fernández (2000) denominará «territorios psicotrópicos», definidos de la siguiente manera:

Lugar de concentración espontánea de actores sociales de las drogas; o lugar donde hay una alta probabilidad de que ocurra una interacción a propósito de las drogas, aunque ello no forme parte de la intención previa de los sujetos (Fernández, 2000: 57).

Dai cimentó los estudios basados en el comportamiento desviado creando una imagen exagerada de un fenómeno que, según sus teorías, imbuía al adicto a un estado de adicción total que impregnaría todas sus acciones y su estilo de vida, exclusivamente centrado en la adicción.

El tercer estudio etnográfico seminal sobre el consumo de drogas lo protagonizó Richard Evans Schultes con su libro editado en 1995 junto con Siri Von Reis, *Ethnobotany: the evolution of a discipline* (Schultes y Von Reis, 1995). Schultes definió la etnobotánica como «el estudio de los usos, simbolismo y ritual y otros aspectos prácticos de la interrelación cotidiana entre el hombre y las plantas» (Page y Singer, 2010: 40). Schultes recolectó más de 30.000 plantas, la mayoría de ellas en el Amazonas colombiano. Su interés se centró en las plantas que utilizaban los indígenas a modo de medicina y, más concretamente, en las plantas alucinógenas, a saber, el peyote y la ayahuasca. En 1936 escribió una tesis predoctoral sobre las propiedades del peyote entre los indios kiowa de Oklahoma y, posteriormente, su tesis doctoral llevó por título *Economic aspects of the flora of northeastern Oaxaca* (Schultes, 1941). En su prolífera obra —10 libros y más de 450 artículos profesionales— detalló minuciosamente los comportamientos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, como por ejemplo el preparado de tabaco alucinógeno entre los waiká en Colombia (Page y Singer, 2010: 41).

Su mayor contribución fue su increíble compendio de conocimiento sobre la interacción entre los humanos y las plantas psicotrópicas, haciendo posible que la etnografía entrase en el campo de la biocultura y sintetizara la naturaleza de los efectos bioquímicos de los psicoactivos en diferentes patrones culturales y el significado atribuido a su uso (Page y Singer, 2010: 41).

El cuarto ejemplo de texto fundacional lo propició Robert Lowie de manera fortuita. Nunca se consideró un investigador sobre drogas, pero en su trabajo de campo con los crow (Montana) no pudo eludir ciertos aspectos que para esta tribu indígena eran trascendentales y que tenían que ver con el uso ritual del tabaco. Desde 1907 y hasta 25 años después, Lowie pasó largas temporadas con los crow, y su trabajo fue publicado en 1983 bajo el nombre de *The Crow Indians* (Lowie, 2004).

Lowie describió qué rol tenía el tabaco en la cultura crow, sus rituales, sus significados, la organización social alrededor de su uso y también la integración social de su uso en otros componentes culturales.

Como señalan Page y Singer (2010), Lowie y muchos otros antropólogos, al contrario que Dai —quien teorizaba sobre las drogas como un problema social o una desviación—, consideraban la importancia del consumo de drogas en el día a día de las personas en diferentes sociedades. La sociología de antes de la II Guerra Mundial tenía una visión relacionada con el trastorno social y los procesos de desviación de determinados grupos e individuos, pero los antropólogos como Lowie se centraban en la integración del uso de drogas en sociedades minoritarias dentro de sociedades más amplias.

Esta fase de la producción etnográfica sobre usos de drogas es descrita como la que entiende y describe la conducta adictiva urbana que da respuesta a factores psicológicos de los individuos y/o a las condiciones sociales de pobreza y discriminación sobre determinados grupos étnicos.

En 1950 aconteció un cambio significativo en relación con las teorías sobre la desviación gracias a la investigación cualitativa interactiva con usuarios de drogas o el modelo llamado *the drug user subculture* (Page y Singer, 2010: 50).

Casi toda la información y los datos sobre los consumidores de drogas se habían obtenido hasta ese momento a través de las instituciones penitenciarias, hospitales y centros de tratamiento. En consecuencia, no era posible describir y conocer el comportamiento de las personas consumidoras en su hábitat natural, o estudiarlas en un espacio no institucionalizado (Waldorf, 1980). El modo de entender la subcultura del consumo de drogas presentó un primer cambio radical en el enfoque de investigación, cuando centró la atención en la perspectiva del actor, confrontando los estereotipos de criminalidad, desviación social y patología mental que promulgaban ciencias como la medicina, la psiquiatría, la criminología, la psicología e incluso la sociología —y que, en realidad, todavía permanecen en el imaginario de nuestra sociedad—. En estas investigaciones afloraban nuevos conocimientos que revelaban identidades no patológicas tras los sujetos que consumían psicoactivos —en un primer momento heroína, después otras sustancias— y situaban el primer plano del análisis conductual tanto en el contexto como en las relaciones sociales.

En 1979 se celebró un simposio interdisciplinar en Chicago, «Ethnography: a research tool for policymakers in the drug and alcohol fields» (Waldorf, 1980), subvencionado por el NIDA<sup>7</sup> —que, progresi-

7 National Institute of Drugs and Abuse. En 2007, el NIDA cambió el significado de la letra A de *Abuse* por *Addiction*, reafirmando el cambio de paradigma hacia el *disease model* o modelo de la adicción como enfermedad.

vamente y desde 1975, iba transfiriendo las competencias en materia de política de drogas a Estados Federados—, al cual asistieron más de 30 etnógrafos y otros tantos representantes de las agencias responsables de las políticas de drogas de EE. UU., miembros del NIDA, representantes del Gobierno local y de otras agencias relacionadas. El mismo NIDA publicó una monografía bajo el mismo título del simposio, que fue considerada de esencial importancia para todo aquel que quisiera acercarse al mundo de la etnografía del consumo de drogas. Siguiendo la citada publicación, resumiré brevemente algunos de los aspectos y acontecimientos científicos relacionados con la investigación etnográfica que tuvo lugar en EE. UU. después de la segunda gran contienda internacional.

Alfred Lindesmith realizó el segundo estudio de la Escuela de Chicago, después de Dai (1937), sobre el consumo de drogas en 1947 con la publicación *Opiate addiction* (Lindesmith, 1968). En realidad, su primera intención fue la de llevar a cabo una gran encuesta en el Hospital de Lexington, pero su petición fue denegada por los Servicios de Salud Pública de la ciudad y así fue como Lindesmith decidió tomar la calle como escenario de investigación. Su primera expedición la realizó con uno de los grandes personajes de la investigación sociológica, Broadway Jones. Jones era Chic Conwell (el ladrón profesional), *The professional thief* (Sutherland, 1937). Jones fue adicto a la heroína durante un largo período de tiempo antes de conocer a Lindesmith, por eso pudo facilitarle a un gran número de adictos que se irguieron como informantes para su investigación.

Lindesmith entrevistó a 62 consumidores de heroína durante dos años, creó un singular estilo de investigación invitando siempre a sus informantes a comer o a beber en cafeterías o locales, y muchas otras veces era él quien era invitado a la casa de los propios informantes para realizar las entrevistas. Su foco de interés era el proceso cognitivo de la adicción a los opiáceos; esta idea afloraba al observar en la literatura existente que un gran número de personas que consumían opiáceos bajo tratamiento y prescripción médica no desarrollaba patrones de adicción. Una de las hipótesis que pudo confirmar fue que las personas que consumían opiáceos desarrollaban una adicción gradual cuando su consumo se focalizaba y tenía el objetivo de mitigar los síntomas de abstinencia. Tal consideración resultó una importante y significativa ruptura con la comprensión psicossocial en relación con la adicción existente hasta ese momento.

Case 8. Mr. A.R. Began to mingle with criminals, prostitutes, and gamblers before he was twenty. He was in poor health and had been sporadically spitting blood for more than a year when the older man who smoked opium noticed it and made inquiries. "You'd better smoke hop," was his advice. Mr. R. son acquiesced and accompanied the man to an opium smoking joint. He liked his first trial very much. "I kept my self so full of hop for the next eight months that I didn't have a change to find out about being sick. I just liked it and used it. I didn't think about whether it was habit-forming or not. On one occasion, when he accidentally happened to omit smoking, he began to yawn and manifest the usual symptoms (Lindesmith, 1968: 84-85).

La segunda etnografía corresponde a Howard Becker, nacido en 1928, pupilo de Everett Hughes y pianista de música *jazz*. Becker tenía la intención de replicar el estudio de Lindesmith, estudiando a consumidores de marihuana en lugar de heroína, pero utilizando su misma metodología. Trabajó previamente en un proyecto llamado Chicago Area Project sobre consumo de drogas en el ámbito juvenil. Su proyecto etnográfico sobre el uso de la marihuana tenía como objetivo entrevistar a músicos de *jazz* que consumieran marihuana y describir así las características de su uso, las secuencias de consumo, los efectos percibidos, etc. Realizó 50 entrevistas y pudo hacer observaciones participantes en condiciones óptimas debido a su doble condición de etnógrafo y músico. Al terminar sus pesquisas publicó *Becoming a marijuana user* (Becker, 1963), que se convirtió también en un estudio paradigmático e innovador con relación a los estudios sobre los usuarios de drogas.

Su hallazgo principal fue constatar que la marihuana era una droga mucho menos potente de lo que la literatura mostraba. Becker describió la experiencia del consumo de la marihuana como un proceso sutil y complejo, en el cual los consumidores deben aprender, en primer lugar, a utilizar la sustancia correctamente, a reconocer sus efectos y saber cómo disfrutarlos.

Even after he learns the proper smoking technique, the new user may not get high and thus not form a conception of the drug as something which can be used for pleasure. A remark made by a user suggested the reason for tills difficulty in getting high and pointed to the next necessary step on the road to being a user:

As a matter of fact, I've seen a guy who was high out of his mind and didn't know it. [How can that be, man?] Well, it's pretty strange, I'll grant you that, but I've seen it. This guy got on with me, claiming that he'd never got high, one of those guys, and he got completely stoned. And he kept insisting

that he wasn't high. So I had to prove to him that he was. What does this mean? It suggests that being high consists of two elements: the presence of symptoms caused by marihuana use and the recognition of these symptoms and their connection by the user with his use of the drug. It is not enough, that is, that the effects be present; alone, they do not automatically provide the experience of being high (Becker, 1963: 48-49).

Durante la investigación entrevistó a la mujer de la batería de su conjunto de jazz bajo el pseudónimo de Jane Clarck. Becker se percató rápidamente de la locuacidad e inteligencia de la informante, así que decidió realizar más entrevistas con ella para articular lo que sería su historia de vida como adicta a la heroína. Realizó una docena de entrevistas con ella y acabó publicando junto con Helen McHill Hughes *The fantastic Lodge: the autobiography of a drug addict* (Hughes, 1961). Esta fue la primera autobiografía de una consumidora de drogas y una de las mejores hasta el momento. Jane Clarck nunca vio la publicación, ya que murió de una sobredosis de heroína y barbitúricos.

El tercer estudio derivó del antes mencionado Chicago Area Project, y vio la luz gracias a Harold Finestone, quien estudió el consumo de las drogas en un gueto afro americano en *Cats, kicks and color* (Finestone, 1957). Sus tesis describían a los usuarios con base en un doble fracaso —el personal y el social—; se centraba en personas incapaces de tener éxito en cualquier ámbito de la vida y que se habían «retirado del mundo», entregándose por completo al consumo de la heroína. Según Waldorf (1980), esta teoría fue rechazada posteriormente por muchos autores y considera que no merecía la atención recibida en los años sesenta.

En 1950 Ed Preble efectuó un estudio sobre consumidores de heroína en Nueva York (Yorkville), realizando incursiones en East Harlem durante once años. Instalaba siempre su oficina de trabajo en viejos edificios, en las mismas zonas de investigación. Preble destacó por su creatividad en los títulos de sus investigaciones, entre las que resaltan especialmente dos: *Taking care of business, the heroine user's live in the streets* (Preble y Cassey, 1969) y *Methadone, Wine and Welfare* (Preble y Miller, 1977). Con sus resultados rompió estereotipos clásicos de la psicología y la sociología al describir a los usuarios de heroína como personas hábiles, inteligentes y escapistas, alejándose de conceptos tales como marginados, delincuentes e inhábiles para la vida social en las descripciones emanadas de los estudios sobre usuarios de drogas. Preble escribió también la historia de la heroína en Nueva York desde la Primera Guerra Mundial hasta 1968.

Otro investigador destacado fue Harvey Feldman por sus estudios centrados en el consumo de drogas entre la clase obrera en la interzona de Brooklyn y Manhattan. Era un hombre entregado al trabajo de calle, cuya obra escrita no fue muy extensa pero sí interesante. En su tesis doctoral, *Ideological supports to becoming and remaining a heroin addict* (Feldman, 1968), relató cómo las bandas juveniles de delincuentes —a quienes definió como «stand-up cats»— tenían una organización jerárquica compleja en la que el consumo de drogas —heroína específicamente— no tenía el rol de «escapar de la realidad», sino que marcaba un determinado estatus dentro de las mismas.

Patrick Hughes realizó en Chicago una investigación en la que combinó etnografía y epidemiología, *Behind the wall of respect* (Hughes, 1977). Hughes sostenía que la descripción naturalista que brindaba la etnografía podía ayudar a intervenir en el curso de determinadas epidemias y, al mismo tiempo, podía utilizar sus contenidos y resultados para ayudar a las personas a recibir tratamiento (Hughes y Crawford, 1972), y de esta manera inaugura así una de las primeras tentativas de construir un modelo de antropología aplicada o epidemiología social.

Durante los setenta, Waldorf (1980), y aquí acaba el resumen de su obra compilatoria, destacó las siguientes etnografías del consumo de distintas drogas: *Cronic marihuana users in Jamaica* (Rubin y Comitas, 1975), *English drug users in Cheltenham* (Plant, 1974; 1975), *East Los Angeles barrio's addicts* (Bullington, 1977), *Homeboys* (Moore, Cerea, Garcia et alii, 1974), *Haight Ashbury hippies* (Cavan, 1972), *New Heaven drug users and treatment system* (Gould, Walker, Lansing et alii, 1974), *Speed users* (Carey y Mandel, 1968), *Cocaine users* (Cleckner, 1976; 1977), *Doing Coke: an ethnography of cocaine users and sellers* (Waldorf, Murphy, Reinerman et alii, 1977), *Long term heroin chippers* (Sackman, 1976) y *Addict prostitutes* (James 1976; 1977).

Durante la década de los años setenta, Rosenbaum realizó el primer estudio etnográfico focalizado en cuestiones de género, estudiando a mujeres que presentaban adicción a la heroína (Rosenbaum, 1973). Los estudios de género continuaron siendo minoritarios e insuficientes —a excepción de *The fantastic lodge*— hasta finales de los ochenta y principios de los noventa, años en los que tímidamente empezaron a aumentar y, progresivamente, se han tenido en cuenta para la elaboración de programas y políticas relacionadas.



La literatura relacionada con mujeres que se inyectan drogas ha sido y continúa siendo muy limitada. Antes de finales de 1970 fue un tema totalmente ignorado por los Gobiernos, y no fue hasta 1976 cuando el NIDA encargó estudiar este fenómeno (Oretti y Gregory, 2005: 59). Estas autoras señalan que las mujeres, por lo general, presentan un mayor riesgo para la salud al inyectarse que los hombres: una mayor prevalencia de infecciones de VIH, un alto índice de embarazos debido a pocas medidas anticonceptivas, numerosas complicaciones en los embarazos y partos y bajas tasas de accesibilidad a los recursos sociales y de salud. Rosenbaum publicó dos estudios pioneros en este campo que, incluso hoy en día, continúan siendo referentes en el campo de los estudios de género y drogas: *The World and Career of the woman heroine addict* (Rosenbaum, 1973) y *Women in heroine* (Rosenbaum, 1981). También fueron relevantes los estudios británicos de Taylor (1993) y Etorre (1992, 2004).

En los años ochenta continuaron apareciendo estudios etnográficos sobre consumidores de drogas, pero a partir de la segunda mitad de la década se vieron condicionados por los estudios sobre la irrupción del VIH entre ellos S. Friedman y D. C. Des Jarlais fueron los principales investigadores en materia de VIH y consumo de drogas, publicaron centenares de artículos y desarrollaron metodologías de prevención participativas desde los años ochenta hasta hoy en día<sup>8</sup>. Antes de este remarcable acontecimiento cabría mencionar otros estudios como la etnografía multisituada de Hanson, Beschner, Walters *et alii* (1985), quienes impulsaron el *The Heroin Lifestyle Study* (HLS). Dicha etnografía fue llevada a cabo de manera simultánea en distintas ciudades, Washington D.C., Nueva York, Filadelfia y Chicago, se estudió a 124 hombres afroamericanos, la mayoría de los cuales no había recibido ningún tipo de tratamiento en relación con su consumo de heroína. El estudio destaca que la mayoría de los consumidores de heroína eran capaces de llevar un estilo de vida de consumo compatible con tareas cotidianas tales como el trabajo o la familia, y también destaca que este patrón de estilo de vida no encajaba con otros patrones anteriormente descritos sobre usuarios de heroína que eran incapaces de compatibilizar su vida con el consumo de esta droga.

Otra significativa investigación similar fue el estudio de Biernacki (1986), *Pathways from Heroin Addiction, Recovery Without Treatment*.

8 Pueden consultarse todas sus publicaciones en la página web del NDRI (National Development and Research Institutes, Inc.): <<http://www.ndri.org/>> [consultado el 29/9/2016].

Esta investigación tenía dos objetivos: el primero era describir, desde la perspectiva de los usuarios, cómo los adictos podían abandonar el consumo por iniciativa propia, sin ayuda profesional ni de algún programa terapéutico; el segundo consistía en analizar este proceso. Según Biernacki, la adicción a los opiáceos consiste en algo más que una dependencia física, ya que para él confluyen también factores psicológicos y sociales. Según este autor, muchos de los estudios se realizaban en el marco de instituciones, ya fueran penitenciarias o de tratamiento, y se perdía la oportunidad de estudiar en estado natural el proceso de adicción.

Veamos la clasificación de Biernacki (1986) sobre los usuarios de heroína, pues puede ser útil para posteriores análisis:

1. Por algún tiempo, muchos de los informantes han permanecido inmersos en un estilo de vida totalmente focalizado en el consumo, esto los ha llevado a situaciones extremas de ruptura con la vida social convencional y sus relaciones. Este es el estereotipo que ha permanecido en el imaginario popular y científico de los usuarios de heroína.
2. Otros simplemente han pasado por un proceso severo de adicción y no se identifican como adictos por el hecho de haber experimentado una etapa de similares características.
3. Los que han sabido combinar un consumo sostenido en el tiempo con todas las otras actividades principales de la vida, relaciones familiares, trabajo, amistades, tiempo libre...
4. Los que simplemente no han estado involucrados de manera intensa ni con la adicción a la heroína ni tampoco con una vida social normalizada. Esta tipología mantiene una relación periférica con las drogas, estrechamente vinculada con alguna persona del círculo íntimo como amantes o parejas sentimentales.

El hecho de «tocar fondo» es uno de los principales motivos para abandonar el consumo de droga entre los consumidores con patrones más duros y que mantienen un estilo de vida totalmente focalizado en la sustancia y en sus efectos según algunos autores (Biernacki, 1986: 183). Se trata de una base indispensable para poder dejarlo. Biernacki solo suscribirá parcialmente estas consideraciones en su estudio.

Las conclusiones del estudio de Biernacki (1986) describen diferentes maneras de dejar la adicción según la tipología del patrón de consumo. Una primera consideración es que las personas que pueden dejar su hábito

sin recurrir a ayuda profesional ni a ningún régimen terapéutico pueden experimentar situaciones traumáticas y otras, en cambio, no. Aquellos que han tocado fondo o han sufrido crisis severas comúnmente son personas que han llevado su adicción al extremo, desde la exclusión social y la no participación en una vida social normalizada, también son incapaces al mismo tiempo de rescatar alguna relación anterior que pueda dar sentido o valor a sus vidas. Estos últimos desarrollan lo que el autor ha llamado una «identidad emergente», muchas veces relacionada con la identificación en grupos religiosos o políticos que les ha permitido encontrar la aceptación y el apoyo social necesario. Otro subtipo es el que engloba a los que durante su adicción han continuado participando de una vida social convencional, haciendo constantes malabares para sobrellevar su adicción. Estos han llegado a una solución cuando han dejado de usar narcóticos sin alterar significativamente sus vidas bajo circunstancias mucho menos traumáticas que los primeros.

Los adictos menos severos lo han dejado cuando han percibido que el consumo continuado de drogas amenazaba la compatibilidad con la vida en general. En ocasiones han sentido tanta presión o *burning out* por la tenacidad de haber lidiado con los problemas que conlleva la adicción (suministrarse a diario, esconder los efectos y las marcas, cumplir con otras obligaciones...) que finalmente han decidido abandonar el consumo. Una vez lo han dejado reordenan y potencian las relaciones que nunca han perdido del todo.

Biernacki también descubre dos tipos de *craving* o ganas irresistibles de consumir una vez han dejado el consumo: el primero está asociado a un estado de ansiedad (*illness*), describiendo estados de depresión, estrés o malestar general; el segundo gira en torno a la asociación que el ex-consumidor hace con ciertos momentos del pasado relacionados con el consumo, por lo que siente sus efectos *a posteriori*; es el llamado *weak high*.

Este análisis del *craving* es muy significativo para desarrollar las últimas consideraciones del autor. Sea cual sea el tipo de *craving* que aparece en los exusuarios, estos han podido y pueden gestionarlo con éxito. Algunos lo han hecho utilizando otras sustancias como el alcohol o la marihuana, otros recordando las etapas más duras relacionadas con situaciones de exclusión social o dedicando el cien por cien de su tiempo a otras tareas de manera intensiva:

Instead of being a compulsive drug user, I became a compulsive workaholic. I put all my energy into work. I did not go out with a girl for one year. No sex for a year, no drugs. I didn't touch anything. I'd smoke a lot of marijuana. I'd come home from work, I'd sit down and get a half of pizza or some sandwich... and I'd get my little pipe. At that time, I was making a little money and I could afford to smoke some dope, watch some television, go to sleep. I threw myself almost wholly into not going out to East L.A. and seeing people in the drug culture. I still work six days a week. But Saturday I don't go in until eight o'clock, and I only work until eleven or so (Biernacki, 1986: 90).

Uno de los problemas más graves con los que los exadictos se encuentran en su periodo posconsumo es el de topar con personas que conocen su adicción anterior, pues muchas de ellas no los aceptan como tales y los rechazan o los estigmatizan. Solo pueden demostrar su nuevo estilo de vida sin drogas con el paso de mucho tiempo. Según Biernacki (1986), la aceptación de los exadictos en el mundo social normal es esencial para el éxito de sus procesos de recuperación. Muchos de los exadictos que han podido dejar la adicción por sí solos permanecen en el anonimato por miedo a ser reconocidos, hecho que dificulta que muchos otros adictos crean que la recuperación por sí mismos sea posible, y a la vez perpetúa el estigma y la imposibilidad de normalizar el proceso.

Estas conclusiones o conocimientos aprehendidos del trabajo etnográfico podrían aplicarse a muchos programas de tratamiento, por ejemplo, en la comprensión sobre cómo afrontar los síndromes de abstinencia y cómo construir nuevos estilos de vida, y podrían aplicarse y complementarse con el contenido de muchos de los programas de tratamiento. Pero la realidad es que la mayoría de los programas se han construido o pensado para atender al adicto prototipo más crítico, el cual hemos podido reconocer *únicamente* en algunas de las fases de la adicción o en una pequeña parte de la muestra estudiada por Biernacki (1986).

El interés por estudiar y comprender la lógica de la vida cotidiana de los usuarios de droga, así como el de descubrir cómo eran capaces de sobrellevar o superar su adicción sin necesidad de acudir a los centros y programas de tratamiento, fue una de las preocupaciones principales de los estudios socioculturales sobre usos de drogas, y continúa siéndolo en la actualidad. La antropología médica —junto con otras disciplinas entre lo sociocultural y la salud— tiene un papel destacado en la configuración de un nuevo horizonte más comprensivo y coherente con la realidad de este fenómeno. Las etnografías descritas hasta el momento son solo algunas

de las más significativas del periodo anterior a la aparición de la epidemia del VIH, que castigó duramente al colectivo de usuarios de drogas tanto por vía parenteral como por vía sexual. No cabe duda de que estos estudios consolidaron la metodología etnográfica para los estudios sociales y específicamente sobre drogas, y también alumbraron el camino a los nuevos etnógrafos que intentarían comprender los micromecanismos socioculturales que influirían tanto en la propagación del virus como en la protección del mismo.

### *Etnografía y consumo de drogas en España*

Como destacan Perdiguero-Gil, Comelles y Martínez Hernández (2014), los estudios antropológicos sobre usos de drogas en nuestro territorio, inevitablemente ligados al ámbito de la antropología médica, han sido unos de los más importantes e influyentes en el debate científico y político respecto al tema que aquí nos ocupa.

La línea más importante de la investigación en antropología médica desde el punto de vista de sus impactos sociales y su influencia sobre las políticas públicas en España, e incluso en América Latina, han sido los estudios sobre drogas y conductas adictivas. Se han desarrollado a partir de estudios sobre trayectorias de vida entre consumidores de heroína, estudios sobre las comunidades terapéuticas, jóvenes durante la década de 1980, y estudios sobre la cocaína y las drogas sintéticas, que son transdisciplinarios y más cerca del modelo médico. En general, parece que hay una creciente tensión entre los enfoques teóricos críticos asociados con la sociología de la desviación y con el marxismo, y los enfoques neopositivistas más de acuerdo con el discurso dominante en la literatura internacional (Perdiguero-Gil, Comelles y Martínez Hernández, 2014: 226-227).

Cabe destacar, sin lugar a duda, el primer trabajo etnográfico sobre consumo de drogas en España, *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota* (1983), publicado por Oriol Romaní, quien inauguró brillantemente la escena etnográfica de drogas con un minucioso relato sobre un personaje de la Barcelona del Franquismo tardío. Su etnografía simbolizaba y simboliza todavía el tránsito de una sociedad tradicional hacia una sociedad moderna, mostraba la aparición de la contracultura y de la cultura del cannabis (de la prehistoria de la cultura del cannabis, según el mismo autor), y ofrecía el retrato de un contexto en el que la lucha social por la consecución de los derechos arrebatados por la dictadura se entremezclaba

con los nuevos estilos y hábitos de vida, relacionados en muchos casos con el rol que jugaba el consumo de drogas. Esta obra forma parte de la tesis doctoral del mismo autor (Romaní, 1983), *Droga y subcultura: una historia cultural del «haix» en Barcelona, 1960-1980*, publicada en 1983<sup>9</sup>.

Posteriormente, la irrupción de la heroína en España y la epidemia de VIH que se le asoció, acuciaron la emergente necesidad de estudiar a los colectivos de usuarios de heroína para intentar comprender la naturaleza del fenómeno y poder diseñar intervenciones efectivas para frenar los daños relacionados. Las dificultades que las ciencias de la salud evidenciaron durante la década de los setenta para obtener información confiable y estratégica respecto a varios problemas de salud relacionados, en particular, con las adicciones, los homicidios, los suicidios, el sida y la violencia, evidenciaron la crisis de eficacia del saber biomédico (Menéndez, 2005). En cambio, la antropología se consideró una ciencia efectiva para ello, especialmente para el estudio de poblaciones ocultas, y confirmó el fracaso y la ineficiencia de otras ciencias respecto a este campo de intervención.

En esta línea podemos destacar los estudios de Funes y Romaní (1985); Comas (1985), Rodríguez Cabrero (1988), Romaní, Espinal y Rovira (1989), Gamella (1990), Romaní, Baulenas, Borràs *et alii* (1995), Gamella y Meneses (1993), Gamella (1994) y Pallarés (1995) sobre la heroína en la España de los años ochenta. Estos estudios marcaron una decidida tendencia en la cual la etnografía, basada sobre todo en el estudio de historias de vida, desveló algunas de las teorías sobre la drogodependencia más allá de los postulados biologicistas de la adicción como enfermedad.

Desde Grup Igia (1984-2014) —sin duda una de las organizaciones no gubernamentales que más ha influenciado e incidido en España sobre el fenómeno de las drogas desde posiciones transdisciplinares y crítico-constructivas—, Romaní, Baulenas, Borràs *et alii* (1995) publicaron<sup>10</sup> *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*, una exhaustiva obra que profundiza sobre los distin-

9 Anteriormente, el mismo autor había publicado su primer trabajo académico sobre el tema, *Droga y consensus social* (1978), que era su tesis de licenciatura. Tenía una primera parte donde se hacía un análisis etnohistórico de los usos de la coca en la zona de Perú, y una segunda sobre el cannabis, en la que se desarrollaba ya el estudio etnográfico de un grupo de consumidores de cannabis.

10 Disponible en: <[http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/revival\\_igia95.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/revival_igia95.pdf)> [consultado el 15/03/2018].

tos enfoques metodológicos de aproximación al fenómeno del consumo de drogas, a la vez que reconstruye la historia de la respuesta institucional y científica ante un fenómeno que se situaba como una de las primeras preocupaciones sociales de la época. Otra obra clave de esta organización fue *Repensar las drogas*<sup>11</sup> (González, Funes, González *et alii* 1989<sup>12</sup>), donde se realizan análisis críticos de las políticas de drogas actuales y se muestran innovadoras propuestas de despenalización del «sistema drogas».

Siguiendo a Romaní (1999), podemos destacar también los estudios etnográficos sobre consumidores de drogas de Fernández (1990, 1998) en Portugal, o los estudios mexicanos sobre alcoholismo de Menéndez (1990, 1991) y Menéndez y Di Pardo (1996). Desde la perspectiva de drogas y género destacan los estudios de Meneses (2001, 2002) y Romo (2001, 2010).

### *Los noventa y los estudios sobre cocaína*

A nivel internacional, investigaciones de tipo etnográfico y cualitativo sobre el estudio de los procesos relacionados con el consumo de cocaína continuarán aportando datos críticos hacia el modelo de consumidor, enfermo, delincuente o *disease model*. Decorte (2000: 11-16) presenta y describe la siguiente relación de estudios sobre el consumo de cocaína desde el ámbito social o comunitario, prestando especial atención al modelo teórico del consumo de drogas controlado de Zinberg (1984) y Grund (1993).

El primer estudio presentado por Decorte (2000) es *Factors with differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users* (Chitwood y Morningstar, 1985), una investigación realizada mediante entrevistas estructuradas durante 1980 y 1981 en Miami a 95 personas que acababan de entrar en tratamiento por consumo de cocaína como sustancia principal, y a otras 75 personas que utilizaban cocaína y no eran usuarias de servicios especializados. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, ni por cuestiones de género, o etnia, ni a nivel ocupacional.

11 Disponible en: <[http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar\\_las\\_drogas.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar_las_drogas.pdf)> [consultado el 29/9/2016].

12 En 1989 también se publicó por el Grupo de Estudios de Política Criminal (GEPC) de Málaga «El manifiesto de Málaga. Una alternativa a la actual política criminal sobre drogas». Este y la obra citada del mismo año por Grup Igia conforman dos hitos imprescindibles y poco aprovechados, en mi opinión, sobre el debate de las políticas de drogas.

El segundo trabajo destacado se realizó en Toronto. Se llevaron a cabo dos investigaciones diferentes bajo el mismo nombre: *The steel Drug. Cocaine and crack in perspective* (Erickson, Adalf, Smart et alii, 1994). El trabajo de campo de la primera fase se llevó a cabo en 1983, y el de la segunda en 1989-1990. El primer estudio se caracterizó por contener entrevistas realizadas en profundidad a 111 personas que o bien hubiesen presentado demanda de tratamiento o bien hubiesen tenido problemas con la justicia. En la segunda fase el equipo de Erickson centró su atención en los consumidores de cocaína activos que hubiesen transitado del consumo experimental a un consumo más regular, entrevistando en profundidad a 100 personas que cumpliesen con estas características. La investigación de Erickson cuestionó seriamente los estereotipos difundidos por los medios de comunicación y del discurso oficial sobre drogas, que afirmaba que la cocaína era inevitablemente adictiva y que una vez se había tomado contacto con ella era imposible desligarse sin ayuda terapéutica o profesional.

La tercera investigación que Decorte (2000) destaca en relación con los estudios cualitativos sobre consumo de cocaína se realizó en Australia. Se publicaron *Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sydney, Camberra and Melbourne* (Mugford y Cohen, 1989) y *Recreational cocaine use in three Australian cities* (Mugford, 1994). Ambos estudios buscaban describir las características distintivas de consumidores de cocaína que no tenían demanda de tratamiento ni problemas con la justicia con una muestra de 73 personas, utilizando entrevistas en profundidad y cuestionarios de autoadministración.

En San Francisco se llevó a cabo otra investigación relevante llamada *Cocaine changes. The experience of using and quitting* (Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991), en la cual, durante dos años, entrevistaron en profundidad y realizaron historias de vida a 267 personas que usaban cocaína, entre las cuales había 106 que la habían dejado.

Como ejemplo de uno de sus hallazgos importantes, también coincidente con los diferentes estudios descritos aquí, está la identificación de un gran número de personas que eran capaces de llevar a cabo una constante carrera de consumo controlado de cocaína a lo largo de sus vidas:

Cocaine is an alluring drug. It has many uses. It has become widely available. For all of these reasons users often escalate their doses. But approximately half of our subjects sustained a controlled use pattern for periods ranging from a year or two to a decade. Our definition of "controlled use" is a pattern in which



users do not ingest more than they want to and which does not result in any dysfunction in the roles and responsibilities of daily life (Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991: 265).

En la misma línea, en Holanda se publicó *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures* (Cohen y Sas, 1989). El objetivo principal de esta investigación realizada en 1987 fue el de describir los patrones, las características y los mecanismos para controlar el consumo de cocaína de una población de 167 personas no relacionadas con el consumo problemático mediante entrevistas en profundidad semi estructuradas.

Our follow-up respondents were subjected in 1991 to the same very extensive interview schedule as in 1987. However, if respondents had used cocaine on less than ten occasions in the four years since 1987, most of the questions were not relevant for them. We considered such respondents as nonusers and subjected them to a much shorter interview. Out of 64 follow-up respondents, 30 (47%) had become nonusers according to our definition, leaving 34 respondents (53%) as subjects for our extended interview schedule. When we look at the period four weeks prior to interview in 1991, it appears that 45 (75%) of our follow-up respondents did not use cocaine. This leaves us with a group of only 19 persons out of 64 once regular users who might still be considered as relatively regular and continuous users at follow-up (Cohen y Sas, 1989: 15).

Otro importante estudio reseñado por el mismo autor fue el desarrollado por el Scottish Cocaine Research Group (1993), el cual se realizó en 1989-1990. La investigación se denominó *A very greedy sort of drug: portraits of Scottish cocaine users*, y realiza una búsqueda de diferentes patrones de consumo: por un lado, el consumo más impulsivo caracterizado por los consumidores de *crack* norteamericanos, y por otro lado, el de los consumidores de baja intensidad, esnifadores holandeses, en una muestra de 133 personas, utilizando una versión del cuestionario semiestructurado de Cohen y Sas (1989).

En Europa Decorte (2000) destaca la compilación de una serie de estudios paralelos y comparativos entre diferentes ciudades financiados por la Unión Europea; fue una investigación sobre la naturaleza y la extensión del uso de cocaína en Europa, *Lines across Europe* (Bieleman, Díaz, Merlo et alii, 1993). El estudio se llevó a cabo entre tres ciudades europeas, a saber, Turín, Barcelona y Róterdam. Este estudio de grandes dimensiones combinaba la metodología cualitativa (entrevistas semiestructuradas, observación participante) con técnicas cuantitativas de muestreo. En Tu-

rín, se denominó *Network of powder. Research report on the cocaine use in Turín* (Merlo, Borazzo, Moreggia *et alii*, 1992). En Barcelona se tituló *¿Las Líneas del éxito? Un estudio de la naturaleza y extensión del consumo de cocaína en Barcelona* (Díaz, Barruti y Doncel, 1992), y por último, en Róterdam (Bieleman y De Bie, 1992), *In grote lijnen. Een onderzoek naar aard en omvang van cocaïnegebruik in Rotterdam* (En líneas generales. Una investigación sobre la naturaleza y el alcance del consumo de cocaína en Róterdam). Este vasto estudio europeo describe con gran detalle las distintas formas de administración y distribución de la sustancia, así como las diferentes tipologías de consumidores:

The procurement of cocaine within the circle of friends is seen in all three cities. The group of friends contributes a given sum of money and one of them buys it for all. The friend buying it is the one who has the contact with the dealer. In some groups it is always the same person, in others it rotates. Sometimes the profits for the friend-distributor are supplement to, or all, the cocaine he himself uses ('he who divides... keeps the best part for himself') (Bieleman, Díaz, Merlo *et alii*, 1993: 111).

El último estudio cualitativo destacado por Decorte (2000) en Europa fue *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam* (Cohen y Sas, 1993). Partiendo de su primera investigación realizada en 1987, contactaron en 1991 con 64 de los consumidores que habían sido entrevistados anteriormente. La intención era estudiar los distintos patrones de consumo y su desarrollo para detectar si habían desarrollado problemas relacionados con tal hábito. Los mismos autores publican en 1995 *Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986* (Cohen y Sas, 1995). Partiendo también de su estudio inicial en 1987, el objetivo principal de este fue averiguar si la cocaína había mantenido su atractivo para el mismo tipo de personas o si, por el contrario, la información y la publicidad habían modificado tanto el tipo de usuarios como sus patrones de uso. Algunos de sus principales hallazgos fueron que para la mayoría de informantes la cocaína continuaba teniendo una función puramente social y no habían desarrollado consumos en otros ámbitos y/o problemáticas durante los ocho años transcurridos. En 1986 un importante número de informantes reportó utilizar la cocaína en situaciones en las que buscaba mitigar el sueño, o aguantar tareas como trabajar, ir de fiesta o tener sexo, en 1996, solo una pequeña minoría continuaba reportando este tipo de uso. Lo mismo se observó con los reportes de consumo solitario en

casa. En conclusión, la gran mayoría de consumidores activos de cocaína entrevistados durante el periodo de ocho años *continuaba realizando un consumo social y racional de la sustancia, sin evolucionar hacia una escalada de consumo o hacia un consumo problemático.*

También en los años noventa pero ya en la esfera de la política internacional, bajo la presión de muchos países de la ONU y debido a la creciente alarma generada por el incremento y la expansión del consumo de cocaína en el mundo, se llevó a cabo en 1995 el mayor estudio cualitativo sobre consumo de cocaína hasta el momento, el llamado *Cocaine Project*<sup>13</sup> (WHO/UNICRI), pero sus resultados fueron negados y desterrados por la ONU por no ofrecer una contundente respuesta que confirmase la necesidad de continuar tratando este fenómeno desde la perspectiva prohibicionista y fiscalizadora.

Investigadores desde las ciencias sociales como Bourgois (1995), Sepúlveda (1997), Díaz (1998), Decorte (2000), Epele (2007), Decorte y Muys (2010) y Reynaud-Maurupt y Hoareau (2010) han continuado estudiando el fenómeno obteniendo resultados similares a los de *Cocaine Project* y los trabajos anteriormente aquí citados. Consecuentemente, y desarrollando aún más esta línea de trabajo, autores como Grund, Kaplan y De Vries (2004), Campero, Vargas, Vergara *et alii* (2013), Martínez Oró (2014) o Zuffa (2014) plantean —a partir de sus investigaciones— modelos basados en la normalización del consumo, la autorregulación de los propios usuarios y un escenario legítimo para la regulación legal del fenómeno, todo ello ubicado en un marco de innovación dentro del paradigma de la reducción de daños y riesgos y de crítica al paradigma de la enfermedad (*disease model*) como única explicación del consumo.

La presente investigación pretende inscribirse en las líneas metodológicas expuestas en este capítulo, en la posible aplicación de sus resultados con propuestas sólidas y consistentes, para proporcionar elementos de intervención efectiva para la salud pública y apoyar un cambio de rumbo en las políticas prohibicionistas sobre las drogas y, en este caso particular, sobre el consumo de cocaína. Los estudios cualitativos descritos tienen la peculiaridad y se caracterizan en su mayoría por profundizar en la experiencia y las prácticas de las personas consumidoras. Esta posición permite observar y aprehender una realidad y un conjunto de conocimiento que es

13 Puede consultarse en: <<https://www.tni.org/files/article-downloads/200703081409275046.pdf>> [consultado el 23/05/2016].

negado por el cientifismo prohibicionista mediante la deslegitimación de los procesos de autoatención y todo lo relativo a este tipo de conocimiento por ser una práctica en gran parte ilegal y estigmatizada. También permite aislar estas experiencias y saberes acumulados de las imágenes socioculturales dominantes, revelando muchas veces realidades que muestran el impacto de lo contextual frente a lo estrictamente biológico. Todo ello nos brinda la posibilidad de elaborar políticas e intervenciones más ajustadas a la realidad del consumo, pudiendo ofrecer información más veraz y a la vez más eficiente para prevenir y reducir daños y riesgos indeseados y evitables. Al mismo tiempo, permitiría mejorar las intervenciones psicoterapéuticas para las personas que han desarrollado problemas relacionados con el consumo, ya que podríamos partir de una base teórica más compleja, eficaz, basada en la realidad y adaptable a la diversidad de usos y personas. Y por último rebajar el grado de estigmatización en relación con los consumidores y sus prácticas al desmitificar algunos aspectos atribuidos al consumo, como la teoría de la escalada, la descripción de las sustancias ilegales como inevitablemente adictivas y dañinas o como elemento inseparable de un proceso de desviación social. Sabemos ya que las cuestiones relacionadas con la salud son mucho más que fenómenos estrictamente biológicos y que los factores socioculturales de contexto moldean e impactan también sobre la salud de las personas. El modelo actual de la adicción como enfermedad cerebral reduce los patrones de consumo de drogas a sus propiedades químicas y a las características biológicas del usuario. Los estudios etnográficos nos acercan al conocimiento de los «hechos sociales» a partir de la experiencia inmediata de las interacciones cotidianas, y nos acercan también a algunos de los factores socioestructurales que influyen en la salud de las personas que consumen drogas tanto ilegales como legales. Podemos constatar así cómo gran parte de los consumidores son capaces de mantener sus funciones y relaciones sociales o cómo pueden autogestionar su consumo y mantenerse normalizados sin necesidad de ser atendidos por el sistema biomédico construyendo un modelo y un discurso sobre la normalización. También, el estudio de los significados y espacios compartidos por los consumidores permite entender la naturaleza de determinados roles y el funcionamiento del entramado entre controles formales e informales para regular el consumo. Veremos más adelante cómo al considerarse el consumo de cocaína, desde el discurso biocientista, como una práctica de autoatención desviada —por no considerar que la población por sí misma tenga la capacidad de autorregularse—, los

consumidores ocultan en el contexto de la vida cotidiana su relación con el consumo, impidiendo el desarrollo de una política de regulación basada en la normalización y en la constatación de hechos cotidianos observables.



## EL PARADIGMA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

Users of illegal drugs traditionally and mostly do not have a strong and heard voice in the matter concerned with them. Policy makers, service providers, health authorities, police and judges usually discuss drug policy and establish the legal and treatment system around drug use. They decide about drug users without taking their voices seriously into account. For many years, users of illegal drugs have developed different methods to get organized and to influence policies and treatment. They fight for the right to get information and the medication they need, for adequate treatment and decriminalization. They aim to get treated with respect and dignity as every other citizen (Van Dam, 2008: 58).

En las últimas décadas, en plena expansión hegemónica del liberalismo avanzado, o neoliberalismo, la cuestión del riesgo ha ido adquiriendo de forma progresiva una presencia prominente, tanto en el habla experta como profana, instituyendo significados y formas de enunciación que involucran el conocimiento y gestión de fenómenos tan diversos entre sí, como el cuidado de la salud, la preservación de la naturaleza o el control de ciertas conductas desviadas (los llamados comportamientos de riesgo). [...] Tras una segunda lectura se observará cómo estos distintos fenómenos confluyen y se relacionan entre sí con tal intensidad que llegan a cristalizar en un tipo singular de formación discursiva inscrita en la genealogía del biopoder (Sepúlveda, 2011: 251).

### *Introducción. Del riesgo y la vulnerabilidad*

El tipo de sociedad en la que estamos inmersos ha sido denominada como posindustrial, globalizada, posmoderna e incluso (pos)-posmoderna. Aproximaciones de tipo sociológico basadas en sustanciales y complejas observaciones también la han denominado sociedad del riesgo: Giddens (1995), Beck (2006), Nichter (2006) y Lupton (2013). Estas conforman una parte importante del bloque teórico dedicado al paradigma de la reducción de daños y riesgos, y especialmente a los conceptos de vulnerabilidad, riesgo y responsabilidad. Nichter (2006: 120) define así la sociedad del riesgo:

La que emerge en la modernidad tardía y suplanta a la sociedad industrial de clases. Se caracteriza por una respuesta individualista al riesgo, al mismo tiempo que disminuye la confianza en el Estado, el futuro aparece incierto, y en la que va creciendo la desconfianza en la ciencia como una actividad cada vez más empresarial, privatizada y con fines comerciales.

La cuestión del riesgo constituye un campo de saber y poder sobre el cual las nuevas tecnologías de gobierno se articulan, movilizándolo así sus dispositivos de control social, tal y como sucede en el campo de consumo de sustancias ilegales. Las distintas concepciones sobre la noción del riesgo y la progresiva responsabilidad del cuidado de la salud de los individuos —en detrimento del rol de las instancias públicas de gobierno, las cuales deberían participar activamente en este proyecto social— conformarán dimensiones de estudio relevantes en este trabajo en relación con el binomio salud pública/consumo de drogas.

La narrativa de los Gobiernos neoliberales y de su prensa tiene como objetivo despolitizar (es decir, vaciar de contenido político los problemas sociales y decir que son problemas individuales) y hacer creer que los problemas socioeconómicos son fruto de la mala suerte y de la responsabilidad individual, por lo que hay que «autoayudarse» para solucionarlos (comprar seguros privados, mantener una actitud positiva, etc.). El Estado y su prensa no escatiman en producir material para intentar culpabilizar y despolitizar la pobreza (Valverde, 2015: 23).

Para los antropólogos, los peligros y los riesgos que amenazan a los individuos o a la naturaleza siempre serán conceptualizados como armas utilizables en la lucha ideológica, o dicho de otra manera, sería inconcebible imaginar una sociedad en la que el discurso sobre el riesgo no estuviera politizado (Douglas, 1973).

Veamos algunas de las principales características estructurales que según Beck (2006) diferencian a la sociedad del riesgo de la anterior etapa de la modernidad, para delimitar y encuadrar conceptualmente algunas de las principales características de esta organización social.

1) Aunque se mantiene la estructura de los grandes macrogrupos tan característica de la sociedad industrial, aparecen nuevos límites y diferentes relaciones sociales fruto de la emergencia de nuevos fenómenos sociales como, por ejemplo, la lucha por los derechos de la mujer, las iniciativas ciudadanas en defensa de la ecología, las desigualdades entre generaciones, los procesos migratorios del Tercer Mundo, los conflictos religiosos y regionales y la nueva pobreza.



2) La familia nuclear, aunque en algunos países ya no es una forma predominante, continúa normativizando y estandarizando gran parte de la organización social, no obstante, nuevos posicionamientos emergentes en torno a las cuestiones de género hacen necesaria la redefinición de la función del matrimonio, de la sexualidad y de la paternidad/maternidad.

3) Las nuevas tecnologías y la flexibilización del tiempo y el lugar de trabajo están transformando las categorías sociales basadas en la concepción de una sociedad industrial centrada en el trabajo y el ocio como actividad principal que estructura el tiempo social de las personas.

4) La nueva sociedad industrial plantea por primera vez dudas metodológicas a la ciencia en relación con su objeto de estudio, con sus fundamentos, con sus aplicaciones y con sus consecuencias, lo cual genera efectos sociales no deseados. La fe ciega en la ciencia, sobre todo después de algunas experiencias, como fuente de progreso indiscutible empieza a tambalearse.

5) Las formas de democracia parlamentaria se han institucionalizado en las sociedades industriales, pero por otro lado, y al mismo tiempo, han surgido desconfianzas en el mismo sentido basadas en las promesas no cumplidas de la democracia, en los procesos fraudulentos y en la retahíla de corruptelas acontecidas.

Existe un creciente sentimiento de incertidumbre, ambivalencia y desconfianza frente a la producción del saber de los expertos, el cual es cambiante y contradictorio, hecho que produce así una globalización de la duda. Los riesgos son difíciles de calcular, y esto provoca que la idea de progreso ilimitado que emana de la práctica y de las ideologías científicas sea puesta en tela de juicio (Nichter, 2006). En este sentido, el conocimiento científico en relación con las drogas, como intentaré demostrar, puede verse también comprometido al desenmascarar algunas de las categorías que funcionan y son aceptadas como verdades irrefutables por el mero hecho de provenir de estamentos de poder no cuestionados por ser entendidos como cientificidad idiosincrásica.

Hemos hablado anteriormente sobre la construcción sociocultural del fenómeno del consumo de drogas ilegales para entender cómo se constituye el discurso oficial y dominante al respecto; ahora, aquí presento tres perspectivas teóricas análogas que parten también de la tesis de que la naturaleza social, cultural y política del riesgo está construida socialmente (Romaní, 2010: 23-24).

La primera, conocida como «sociedad del riesgo» (Beck, 2006; Giddens, 1997), considera que la construcción del riesgo tiene que ver con los efectos negativos de la modernización y de la industrialización, centrándose para ello en los aspectos macroestructurales de la organización política y económica de las sociedades modernas.

La segunda, conocida como «teoría cultural» (Douglas y Wildavsky, 1982; Castel, 1984), centra su interés en el proceso y en los significados que los propios sujetos desarrollan en la construcción y representación del riesgo, así como en la manera en la que la propia cultura influye en ellos.

La tercera, que parte del concepto de «gubernamentalidad» (Foucault, 1981), define el riesgo como un fenómeno políticamente construido para dirigir y controlar a la población (representado, por ejemplo, a través de términos como biopolítica o biopoder).

Según Nichter (2006: 1), el tema de la reducción de daños y riesgos relacionados con el consumo de drogas se ubica dentro de un área temática más extensa de la antropología médica: 1) las percepciones populares sobre la vulnerabilidad, 2) del riesgo (producción y representaciones del conocimiento sobre el riesgo y reacciones y respuestas de las personas frente a la información de los expertos sobre los riesgos) y 3) de la responsabilidad (política de la responsabilidad y de las prácticas asumidas por minimizar los riesgos). En definitiva, la reducción del daño como expresión del control de la propia vida.

El mismo autor distingue diferentes tipos de vulnerabilidad:

- Vulnerabilidad basada en algún rasgo constitutivo de la persona (signos y síntomas físicos).
- Vulnerabilidad debida al entorno o el contexto. El contacto con espacios considerados como peligrosos y la vulnerabilidad asociada a las etapas de transición de la vida.
- Vulnerabilidad a la transformación y al aumento de la gravedad del sufrimiento. La reducción del daño en el sentido de prevenir el empeoramiento de los problemas de salud preexistentes.

Lupton (2013) reflexiona sobre la subjetividad del riesgo, entendiéndola como la forma en que las personas construyen sus conocimientos sobre el riesgo en el contexto de sus vidas cotidianas. Cómo los individuos negocian estos riesgos vividos, incluyendo las prácticas que inician en reacción a sus propias percepciones en términos de evitar el riesgo y reducir los daños. En consecuencia, para entender mejor las intervenciones de

reducción de daños y riesgos de los individuos, necesitaremos conocer y comprender mejor las relaciones sociales que suceden alrededor del riesgo y de la vulnerabilidad, es decir, los riesgos que amenazan a la identidad social y a las relaciones sociales existentes o potenciales. Cuando la salud se considera una responsabilidad individual, se reducen las posibilidades de que se emprendan acciones colectivas, y estas deberían considerarse como uno de los pilares de la salud pública, tanto por su efectividad como por su potencialidad preventiva.

Como podemos observar, la cuestión del riesgo está totalmente relacionada con los mecanismos de control social, pues toda conducta de riesgo —al igual que las consideradas como desviadas— está delimitada, definida y custodiada por dispositivos de control, formales e informales. Los controles sociales informales están imbricados en las relaciones sociales cotidianas de la vida de la gente en todas las sociedades, a través de las cuales se dan el proceso de socialización primaria y el de endoculturación permanente, produciendo formas de subjetivación de los individuos características de cada sociedad. Por su parte, los controles sociales formales están profesionalizados y especializados para actuar desde diversas instituciones del Estado (Romani, 2013: 107).

El consumo de drogas está sujeto de manera especial a los mecanismos de control social, tanto a nivel formal como informal. Los usuarios menos visibles para el sistema (los que no están en tratamiento o no han sido nunca penalizados) se ven más influenciados por el control informal, incluyendo conocimientos, creencias y consejos asequibles a su red social; sus percepciones pueden contribuir, pues, al desarrollo de una propuesta de minimización de daños que se base en la realidad del ambiente en el que se consumen drogas (Erickson, Watson y Weber, 1995: 121). Los usuarios que han sido institucionalizados, ya sea desde el nivel sanitario como en el nivel jurídico, permanecen sujetos a los controles de tipo formal por el simple hecho de haber sido etiquetados como «enfermos», o bien por haber tenido pleitos legales.

Al mismo tiempo, el consumo de psicoactivos continúa siendo un tema tabú, cercano y asociado a conductas de riesgo. Douglas (1973) reivindica en su libro *Pureza y Peligro* la racionalidad del comportamiento de las sociedades primitivas con relación al tabú, interpretándolo como un mecanismo para proteger a la sociedad de las conductas que pueden ser peligrosas o que representan amenazas, y no como un hecho incomprensible o irracional. El tabú está estrechamente relacionado con el riesgo, el

miedo a la contaminación, a la pérdida de control o al miedo al descontrol. Un peligro compartido es la mejor amenaza para que toda la sociedad se contamine, es un arma para controlarse recíprocamente (Douglas, 1973: 16). De esta manera se ha construido socioculturalmente la percepción hacia el consumo de drogas y sus usuarios, y de ahí se fundamentan, también, las políticas prohibicionistas.

Bajo una dominante y arbitraria definición de sus características y efectos sobre las personas, se ha conseguido incorporar en el imaginario colectivo que las drogas son nocivas, *per se*, y que por tanto cualquier persona que las consuma es potencialmente un peligro, un agente contaminante, un riesgo en sí misma o un elemento desafiante hacia la integridad y el orden social.

El riesgo como concepto y categoría simbólica que atraviesa todos los niveles sociales ha calado profundamente en nuestra sociedad, ha modificado la manera de ver el mundo, deviniendo estructural en nuestra cotidianidad, ganando simbólicamente la mayoría de espacios interpersonales, culturales y sociales.

La significación hegemónica del riesgo desvela en su trayectoria un triple proceso de colonización caracterizada por: en primer lugar, la colonización de su campo semántico, al cual quedará fijado por los conceptos de peligro y amenaza que actuarán no solo como pivotes en el proceso de su significación, sino que además actuarán como «suplementos», imponiendo un juego de equivalencias, como si en el proceso de su significación pudiesen intercambiar uno con otro sin llegar a alterar su significado final; en segundo lugar, un proceso de colonización caracterizado por la institucionalización del riesgo, en tanto que la modernidad institucionaliza el principio de la duda radical, recalando de este modo que todo conocimiento adopta siempre la forma de hipótesis. Y en tercer lugar, en tanto su significado apunta al despliegue de la voluntad individual, los resultados imprevistos (es decir, el riesgo) serán consecuencia —en gran medida— de nuestras propias actividades o decisiones, en lugar de ser una expresión de ocultos significados de la naturaleza o de las inciertas intenciones de una divinidad (Sepúlveda, 2011: 253).

En el contexto actual de la globalización, según Arana (2003), las drogas se han convertido en una especie de comodín que está presente en la mayoría de conflictos sociales de carácter global, por eso también se lo denomina —utilizando la terminología de Mauss (1925)— un «fenómeno total». Este protagonismo se puede ejemplificar con el mayor control policial de los espacios, terrorismo, militarización, inmigración ilegal, blanqueo de capitales, tráfico de armas... Estos fenómenos inciden directa e indirectamente:

En la restricción de derechos y libertades de los ciudadanos y en la limitación de la soberanía de los Estados. Estados tildados de democráticos actúan de una manera muy poco democrática en otros países y en sus propios territorios teniendo como telón de fondo el fenómeno social de las drogas (Arana, 2003: 118).

Desde mi punto de vista y adelantando algunas ideas centrales para la resolución de esta tesis, solo las iniciativas locales basadas en la organización y en la participación de los usuarios de drogas y de la comunidad en política de drogas pueden ejercer cierta presión sobre las Administraciones para poder rebajar el nivel de tensión ejercido de forma desproporcionada hacia los mismos usuarios, sean problemáticos o no. De esta manera se pueden promover cambios en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y relativizar el nivel de riesgo asociado a las prácticas de consumo, facilitando así la intervención mediante políticas de drogas más ajustadas a la realidad, un beneficio que revertiría en el conjunto de la sociedad.

### *Los inicios del paradigma de reducción de daños y riesgos*

Desde mediados de los ochenta en Europa y EE. UU. y principios de los noventa en nuestro país se inician las políticas de reducción de daños y riesgos frente a postulados y posiciones abstencionistas y prohibicionistas; tienen el objetivo de proteger la salud de los consumidores de drogas desde la eficiencia y el pragmatismo de sus intervenciones a partir de un enfoque social que, al mismo tiempo, realiza tareas de promoción de la salud, ocupándose de todas las problemáticas asociadas al consumo. Estas políticas se basan estrictamente en los principios de comprensión y aceptación de los consumos de drogas y sus consecuencias frente al idealismo moral. Las políticas de reducción del daño han sido apoyadas y desarrolladas por un rango muy amplio de actores de diferentes perfiles: profesionales de la salud, usuarios de drogas, investigadores y activistas de derechos humanos. Si partimos de la idea de que anteriores planteamientos frente al consumo de drogas fueron los abstencionistas —todavía vigentes en muchos países y sectores—, no resulta extraño que los posicionamientos de reducción de daños y riesgos planteen y alumbren realidades incómodas o desmonten estructuras doblemoralistas alrededor de un fenómeno social como es el consumo de drogas, ya sea legal o ilegal.

Para entender el paradigma de la reducción de daños y riesgos, en este capítulo presentaré los pilares ideológicos y prácticas básicas que lo sustentan, a la par que revisaré la historia de los movimientos de los consumidores de drogas en lucha por sus derechos como parte indispensable para entender este fenómeno.

En Occidente, el fenómeno protagonizado por los consumidores de heroína en los años setenta, ochenta y principios de los noventa, asociado a la infección por el VIH, la hepatitis, las sobredosis y un determinado estilo de vida forjado por las desigualdades existentes en la estructura social, moldeó el imaginario relacionado con el concepto de droga y su asociación a términos como problema, delincuencia, enfermedad y desviación del comportamiento. La progresiva secularización de la sociedad no ha permitido que nos libremos del juicio moral aplicado al concepto de placer inducido por el consumo de sustancias psicoactivas —que, por otra parte, ha formado parte de la cultura de la humanidad en muchos de sus aspectos, desde la perspectiva cultural hasta la religiosa, la lúdica y de atención a la salud—, ni tampoco de denunciar desde qué instancias se constituyen las bases para determinar los límites de los comportamientos desviados.

Paradójicamente, podríamos considerar que, en la llamada sociedad de consumo, la mayoría de adultos y jóvenes usa sustancias psicoactivas, alcohol, té, café, psicofármacos, tabaco..., con mayor o menor intensidad, o como ya hemos denominado anteriormente, nos encontramos ante una *drug oriented society* (Comelles, 1992: 139). El consumo de alcohol en las culturas mediterráneas, por ejemplo, se ha gestionado y continúa gestionándose con mayor soltura y éxito que con otras sustancias legalmente prohibidas, como el cannabis o los opiáceos, aprendiendo a beber y a relacionarnos con el alcohol desde edades tempranas y desde los núcleos de socialización más primarios. Si observamos las estadísticas relacionadas con la demanda de ayuda terapéutica asociada al consumo de drogas, el alcohol es sin duda una de las sustancias que mayor problemática, morbilidad y coste al sistema sanitario y social genera, hecho que no ha instado a las autoridades jurídico-sanitarias a prohibir su consumo y comercio. Es extraordinaria la magnitud de población que consume alcohol durante toda su vida y no desarrolla problemas de salud ni de relaciones sociales. Esta afirmación debe hacernos pensar automáticamente que la prohibición del consumo de determinadas drogas genera más problemas que ventajas, y que la historia del prohibicionismo nunca se ha basado en

hechos científicos, sino que más bien se ha forjado desde el ámbito de la moral y la política. Quiero decir con esto que, si no se ha prohibido una sustancia con este potencial coste social, ¿por qué prohíben otras drogas menos nocivas?

El sistema legal internacional sobre consumo de sustancias psicoactivas, regido por la Convención Única sobre Estupefacientes celebrada en 1961 por la ONU en Viena, es el marco jurídico de referencia para todos los países adscritos, pero con la particularidad de que cada país interpreta la intensidad con la que aplicarlo, según su tradición histórica, cultural, político o religiosa, o simplemente por las características medioambientales que permiten el cultivo de determinadas plantas u otras. Cabe señalar aquí que el propio texto de la Convención Única, en su preámbulo, alude a términos tan etéreos como el de la moral o el mal sin reparar en detalles ni explicaciones<sup>14</sup>:

Las partes,

Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad. Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para ese fin. Reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad (Naciones Unidas, 1961).

Este marco referencial hace posible que, por ejemplo, en Indonesia, Tailandia, China, Rusia, Arabia Saudita o la India —por citar solo algunos países— dispongan de leyes que permitan ir a la cárcel bajo cadena perpetua o incluso aplicar la pena capital por pequeñas posesiones o consumo de drogas ilegales o, simplemente, por llevar encima utensilios destinados a ese fin, y ya no digamos si la intención era la de comerciar con ellas. Recientemente, algunos países como Italia, que mantenían políticas represivas muy duras contra el consumo de cannabis, han modificado su legislación y han reconsiderado la cuestión despenalizando el consumo y el porte de pequeñas sustancias para el consumo personal. Diferente es el caso de Francia, que no ha reconsiderado sus leyes, pero que aplica con menos dureza y menos frecuencia las penas por posesión y consumo. Otro ejemplo es el de Uruguay, que legalizó en 2013 el consumo lúdico

<sup>14</sup> El término «salud moral» no se encuentra en el texto original en inglés, el cual hace referencia únicamente a «la salud y el bienestar de la humanidad».

y terapéutico de marihuana y permitió su comercio bajo control estatal, asumiendo por primera vez un Estado la responsabilidad sobre una sustancia fiscalizada en aras de proteger a sus ciudadanos frente a los violentos efectos del mercado negro y el tráfico. Caso similar al de Portugal, que despenalizó en 2001 el consumo personal de sustancias fiscalizadas y la tenencia, y se lograron los mismos objetivos. Existen también varios casos de Estados norteamericanos<sup>15</sup> que han legalizado recientemente el uso recreativo y terapéutico de la planta de cannabis y para 2018 se espera que Canadá haga lo mismo. Por las características del cannabis (un menor impacto en la salud de sus consumidores en relación *con otras sustancias*), por sus cualidades terapéuticas y por ser la sustancia ilegal más consumida en el mundo, se ha convertido en la primera oportunidad para debatir la desfiscalización de la misma a nivel mundial.

Otro aspecto por destacar, fruto de las disparidades acontecidas a merced de las actuales políticas de drogas, es lo que acontece en lo que denominamos cuarto mundo o zonas deprimidas en grandes y medianas zonas urbanas. La pobreza, la marginación y las desigualdades de acceso a la educación, al trabajo, a los servicios básicos de salud y a la vivienda llevan al hacinamiento de miles de personas que subsisten en condiciones de miseria y en donde el micromercadeo de sustancias de subsistencia, como el *crack* o la heroína, aparece como único remedio al sufrimiento (Bourgeois, 2004: 99).

En los países con leyes prohibicionistas más radicales no existen políticas que garanticen los derechos humanos, la salud o la protección de las personas que consumen drogas y que no pueden elegir otra opción. No existen tratamientos de ningún tipo, de sustitución para opiáceos, de desintoxicación, ni programas que garanticen la esterilidad de los utensilios para el consumo ni la atención de las personas que viven en la calle o ejercen el trabajo sexual como forma de subsistencia o para costearse el consumo, provocando auténticas masacres humanas. Y en el caso de que existan, se reducen a la mínima expresión de ayuda humanitaria, siempre desde posiciones de subalternidad.

Por otro lado, el mercado internacional de drogas ilegales se erige como uno de los más lucrativos después del de las armas, y los enormes

15 En esta página web puede consultarse de manera actualizada en qué Estados norteamericanos y en qué modalidad está regulado el cannabis. <<http://norml.org/states>> [consultado el 01/05/2018].



costes generados por la denominada *guerra contra las drogas* no han conseguido sus objetivos (Rolles, Murkin, Powell *et alii*, 2012). ¿Qué está pasando en nuestro mundo con las políticas de drogas? ¿Quién debería poner orden y promover democracia cuando hablamos de consumo y mercado de drogas? Obviamente, los mismos Gobiernos, pero de momento, y digo de momento —porque difícilmente pueden sacarse conclusiones positivas y esperanzadoras de la pasada revisión de los Convenios Internacionales en la reunión de la UNGASS 2016 (Special Session of the Union Nations General Assembly on the World Drug Problem)—, no parece que las políticas a nivel global, a excepción de las del cannabis, vayan a cambiar significativamente. Históricamente ha sido la sociedad civil organizada, ONG's, grupos de activistas de consumidores, afectados en primera persona por las políticas de drogas y sus violentas consecuencias —entre ellos familiares, teniendo un papel muy destacado—, y también profesionales del ámbito, los que han tomado la iniciativa para promover algún cambio significativo en los últimos decenios, así como ha pasado con otras reivindicaciones sociales importantes en relación con la defensa de los derechos humanos (movimientos antirraciales, lucha LGTBQ, VIH, etc.). Por el momento, los Gobiernos internacionales parecen resistirse a reconocer el fracaso de las actuales estrategias de control de la oferta y la demanda y deberemos esperar a que el movimiento reformista de la sociedad civil pueda fortalecerse y conseguir sus objetivos. Veremos en las siguientes páginas parte de la historia de la formación de los grupos organizados de consumidores de drogas ilegales y algunos ejemplos para ilustrar algunas de las aportaciones realizadas.

Sin lugar a duda fueron los alarmantes resultados causados por la epidemia del VIH y las hepatitis —entre personas que consumían drogas por vía parenteral— los que propiciaron la aparición y aceptación de las políticas de reducción de daños y de los grupos de usuarios organizados para la lucha de sus derechos más fundamentales, para reivindicar un cambio en las políticas de drogas y para dar respuestas más eficaces a la intervención y al control de las mismas.

### *Principios básicos de la reducción de daños y riesgos*

Según Marlatt (1998), podemos hablar de cinco pilares ideológicos básicos sobre los que se sustenta el paradigma de reducción de daños y riesgos.

1. Es una alternativa de salud *pública a los modelos de enfermedad y criminalización, basados en una concepción moral determinada.*

Construida contra la determinación de que cualquier consumo de drogas y su distribución deben ser debidamente castigados por considerarse actividades criminales y moralmente erróneas, esta ideología es la que ha impulsado la llamada *guerra contra las drogas* con el objetivo de conseguir una sociedad libre de drogas, basada en la reducción de su oferta en el mercado ilícito. Una segunda característica de este enfoque es la de definir la adicción como una enfermedad genético-biológica que requiere de tratamiento específico y rehabilitación. En este supuesto, el énfasis reside en los programas de prevención y tratamiento y en la idea de reducir la demanda de drogas en los individuos, lo que llamamos enfoque de reducción de la demanda. Existe una aparente contradicción entre la concepción del usuario de drogas como un criminal y la de una persona enferma que necesita tratamiento, pero la reducción de la demanda y de la oferta se centra en un objetivo común, que es la eliminación de la prevalencia del consumo de drogas, poniendo el punto de mira en el usuario.

2. La reducción de daños ofrece una alternativa más pragmática a los modelos de la moral y la enfermedad —la salud pública—, desviando el foco de atención desde el consumo de drogas hacia las consecuencias y efectos del comportamiento adictivo. Lo importante no es si es moral o no consumir drogas, sino en qué parámetros puede ser dañino o útil este consumo para el usuario de drogas, sus grupos de pertenencia y la población en general. En definitiva, se trata de aceptar que muchas personas van a consumir drogas y que van a asumir conductas de riesgo, y esto es más práctico que considerar idealmente que un mundo sin drogas es posible.

3. Reconoce que la abstinencia puede ser un resultado ideal, pero acepta alternativas para reducir los daños.

El modelo de enfermedad y el moral han compartido y comparten también otra gran premisa: la abstinencia es el único objetivo aceptable, ya sea mediante el tratamiento o la encarcelación de los individuos. Por lo tanto, no lo son ni el gran número de reincidentes entre la población presa liberada ni la enorme cifra de recaídas entre personas que han realizado tratamiento para la deshabituación. Siempre, en cualquier caso, el objetivo

de abstinencia continúa siendo la gran meta que conseguir: tolerancia cero y alta exigencia como modelo a seguir. Pat O'Hare, pionero del fenómeno de la reducción de daños y riesgos, junto con Dr. John Marks, promotor desde 1982 de programas de dispensación de heroína inyectada también en Merseyside (Liverpool), menciona el pensamiento de Gerry Stimson, que ha sido asesor para la World Health Organization, la UNAIDS, UNO-DC y World Bank en materia de drogas, y también es un referente internacional en materia de reducción de daños, y dice:

El uso de drogas no encaja ni siquiera en ninguno de los paradigmas actuales que utilizamos para entender el mundo [...]. La medicina ve el fenómeno del uso de drogas ilegales en primer lugar a través del uso del modelo de enfermedad de la adicción. La aplicación de la ley percibe el uso de drogas como un problema de delincuencia. Sin embargo, el consumo de drogas cubre una extensa gama de conductas, que oscila de lo placentero a lo problemático (O'Hare, 1995: 19).

4. Emergió de un modelo práctico participativo que va desde las bases hacia arriba (*bottom-up interventions*) y no de arriba abajo.

Veremos más adelante cómo el primer programa de intercambio de jeringuillas fue promovido por grupos de usuarios en Holanda, organizados en una especie de sindicato, *Junkie Union* (1977), con el objetivo de mejorar la salud de la comunidad, reducir daños y apoyar a las personas que quedaban al margen de la sociedad por ser consumidoras de drogas. La participación de los pares, iguales o *peers* en temas educativos, sociales o de salud tiene muchas utilidades y facetas, y puede variar fácilmente sus características: por ejemplo, puede ofrecer procesos de educación de un solo sentido, donde se utilizan pares para transmitir mensajes de promoción de la salud; o puede ofrecer, también, formas más participativas de compromiso, a través del cual los miembros de una comunidad de pares no solo ofrecen, sino que también participan en sesiones educativas desarrollando y adaptando las respuestas rápidas a la salud y a las cuestiones sociales.

El método llamado de pares es un método por el cual los miembros del grupo objetivo se incluyen en las actividades de promoción de la salud y la comunicación de un mensaje preventivo basado en el conocimiento, la comprensión, habilidades y actitudes con otros miembros del grupo objetivo. El método requiere la participación de los iguales o pares, tanto en la formulación del mensaje como en la forma en que estos se comunicarán con otros compañeros (Trautmann y Barendregt, 1994).

En el contexto de reducción de daños, un par es una persona que ha vivido situaciones similares a las que se enfrentan los usuarios atendidos por un dispositivo asistencial. Esto significa que un trabajador o interventor de pares puede participar en los distintos programas posibles por su presente o pasada vinculación en contextos de calle, la edad, la identidad sexual, la situación vital, incluso tipos específicos de consumo de sustancias, por nombrar algunos. En general, un par tiene algún tipo de conocimiento a través de su experiencia que puede ofrecer resultados positivos en la prestación de servicios a un grupo en particular. Además del conocimiento experiencial, las intervenciones de pares pueden aportar credibilidad y confianza a un proyecto o intervención en el que los proveedores de servicios regulares pueden encontrar dificultades, ya que los usuarios pueden desconfiar y evitar el contacto con el tipo de ayuda oficial (Toronto Harm Reduction Task Force, 2003).

5. Promueve el acceso de «baja exigencia» a los servicios, priorizando el poner en contacto con los mismos a los usuarios de drogas.

Los programas basados en el acercamiento a usuarios de drogas en los lugares en los que estos las consumen son el ejemplo paradigmático de esta premisa, eliminando las barreras ideológicas y prácticas que los dispositivos de atención han mantenido tradicionalmente. Reducir el estigma que supone acceder a los centros de atención por problemas relacionados con las drogas continúa siendo un obstáculo importante, y también sigue siendo dificultoso el proceso de normalización de las intervenciones con poblaciones que realizan consumos o prácticas de alto riesgo.

La discriminación en el ámbito laboral, por ejemplo, es una consecuencia de este estigma, por lo tanto, presentarse a un servicio puede, además, ocasionar daños relacionados con la droga por la pérdida del empleo, que intrínsecamente no se derivan del consumo de drogas, sino que son un producto de la reacción social (O'Hare, 1995: 20).

Los proyectos e intervenciones basados en el trabajo entre pares y organizaciones de autoayuda intentan cambiar la percepción social del fenómeno, ya que han sido —y lo continúan siendo— los más efectivos para atajar esta situación de desigualdad. Por otro lado, el éxito de esta presión continúa siendo insuficiente y no es común todavía el trabajo en paralelo o cooperativo entre usuarios de drogas formados y con experiencia en este tipo de intervenciones con los equipos de profesionales dedicados al tratamiento de las problemáticas relacionadas.

La irrupción de este tipo de intervenciones supuso una ampliación en el cambio de actitud hacia el fenómeno, facilitando la aceptación —poco reflexiva si se quiere— de que los modelos asistenciales orientados en exclusiva a la abstinencia eran insuficientes. No procedía continuar con actuaciones más centradas en la sustancia que en el sujeto y sus relaciones. Dichas respuestas parciales eran poco efectivas y las actuaciones ya no podían tener aquel grado de rigidez propio de la improvisación inicial, a pesar de las buenas intenciones de aquellos que se atrevieron a actuar en un contexto de rechazo y negación, tanto hacia los usuarios como hacia los profesionales, especialmente en los contextos sanitarios y psiquiátricos más formales, que desplazaban las respuestas al contexto de unos servicios sociales que también estaban buscando nuevas identidades (Romaní y Comelles, 1999; Romaní, Baulenas, Borràs *et alii*, 1993).

Desde una aproximación pragmática, la reducción de daños acepta el hecho de que los comportamientos de riesgo son una realidad y van a serlo en el futuro. Entonces, solo queda preguntarnos, ¿qué podemos hacer para minimizar el daño y el sufrimiento tanto en los individuos como en la sociedad? No debemos preguntarnos desde esta perspectiva si estos comportamientos en cuestión son buenos o malos, sino que debemos actuar en consecuencia y, en todo caso, reflexionar sobre el motivo por el cual suceden y con qué intensidad lo hacen. La reducción de daños está diseñada para afrontar el sufrimiento humano acorde con la defensa de sus derechos, mal les pese a quienes promueven y defienden las políticas prohibicionistas que abogan por un utópico mundo sin drogas.

Se adoptaron tres estrategias fundamentales para poder permanecer alineados con los pilares básicos de las estrategias de reducción de daños: el trabajo de cercanía, siempre horizontal en la medida de lo posible, con los individuos y grupos afectados; modificar el entorno y, en tercer lugar, implementar cambios en las políticas públicas relacionadas con la salud y los derechos sociales. Para que esto haya sido posible y pueda continuar siéndolo, debemos prestar especial atención al movimiento social que los grupos de usuarios o consumidores han protagonizado, en mayor o menor medida, congeniando con el sector profesional, político y comunitario (familiares, vecinos...).

### *Antecedentes y aportaciones del movimiento social de consumidores*

Debemos situar la génesis de los movimientos sociales de consumidores de sustancias en los primeros grupos de autoayuda en los años cincuenta en EE. UU. Estaban formados por personas afectadas por la misma situación y que se reunían para conseguir unos mismos objetivos, ya fuera por supervivencia reactiva —hacia enfermedades, duelos por pérdidas traumáticas o lucha contra injusticias sociales— o por supervivencia proactiva, la cual configuró el paradigma de acciones orientadas al cambio social. Este tipo de prácticas proporcionó alternativas o complementariedades a determinadas problemáticas que no pueden ser solventadas plenamente en el ámbito de la medicina convencional. Será, pues, en este espacio entre la autoatención y los recursos asistenciales propiamente dichos donde situaremos, desde la óptica de la antropología médica, el ámbito de trabajo de este tipo de movimientos sociales<sup>16</sup>.

Samuel Friedman introdujo en 1987 en la Conferencia Internacional del SIDA en Washington el primer intento de clasificación de los grupos organizados de consumidores, según su orientación inicial (consumo de menos riesgo, políticas de drogas, tratamiento...) y según su naturaleza de liderazgo: consumidores en activo, exconsumidores, en tratamiento o en combinación de todos ellos. De los primeros grupos de autoayuda y de las primeras investigaciones en los años setenta en este campo, en EE. UU. surgió el denominado «modelo americano» de grupos relacionados con el consumo de drogas, concretamente conocidos como Grupos de Prevención de Recaídas (After Care/Relapse Prevention), entre los cuales podemos destacar RTSH (Recovery Training and Self-Help), CGSH (Clinically Guided Self-Help) o ADAPT (Association for drug Abuse Prevention and Treatment), formado en 1985 por exusuarios neoyorkinos (Borràs, Carbonell, De Andrés *et alii*, 2000: 24).

Friedman y Des Jarlais investigaron y publicaron, a lo largo de los años ochenta, numerosos artículos relacionados con el tipo de conocimiento surgido de la propia experiencia de los consumidores en EE. UU., y veían en las prácticas rituales, en las técnicas y en las pautas de relación entre iguales, con la sustancia y el entorno, las capacidades necesarias para generar desde dentro respuestas basadas en la autoorganización. Esta estrategia

<sup>16</sup> Véase Canals (2002) para un buen análisis crítico sobre el papel de los grupos de autoayuda en salud.

permitió evitar inicialmente la propagación del VIH entre estos grupos y propiciar los mecanismos efectivos de promoción de ayuda mutua necesarios para conseguir sus objetivos.

Siguiendo a Van Dam (2008) —quien realizó una gran síntesis de la proliferación de estos movimientos organizados en Europa y en los cuales participó activamente—, en 1977, en Holanda, se crearon los primeros grupos de activistas de personas que consumían heroína —también llamados grupos de interés—, la RJB (Rotterdam Junkie Union), compuesta por usuarios en activo y liderada por Nico Adriaans, y la MDHG (Medical-social service for heroin users), formada por usuarios, familiares, trabajadores sociales y personas que sentían interés. Estos no estaban de acuerdo con las respuestas políticas y sociales que se estaban dando con respecto al consumo de heroína. Este fenómeno se estaba convirtiendo en un problema social grave sobre todo por la propagación de enfermedades entre personas que se inyectaban drogas.

Estos dos modelos, ya desde sus inicios, esquematizan bien los dos subtipos, con sus múltiples variantes, que caracterizarán las asociaciones de consumidores según su composición. En relación con sus objetivos, Southwell y Durjava (2016) conceptualizan las organizaciones de usuarios en *grassroots activisms* (activismo de base), cuyo objetivo es el desarrollo de intervenciones de fomento de la salud, compartiendo creencias comunes, valores y patrones de comportamiento en los mismos escenarios de consumo de drogas ilícitas, y los *treatment consumerism* (usuarios en tratamiento), quienes tienen por objetivo la abogacía para un tratamiento eficaz, incluyendo los tratamientos sustitutivos con opiáceos y la defensa de las personas beneficiarias de los sistemas de tratamiento.

En 1980 ya existían quince asociaciones en relación con la defensa de los consumidores de drogas en los Países Bajos y, posteriormente, grupos de consumidores empezaron a organizarse por toda Europa: en Alemania, la JES (Junkies, ex-user People in Opiate Substitution Treatment), en Francia, la ASUD (Self-Support for Drug Users), y en Dinamarca, la Danish Drug Users Union. Luego, durante la década de los noventa, se crearon otras organizaciones de consumidores por toda Europa: en España, la Asociación Somos Útiles (ASUT), con el apoyo de Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD); en Suecia apareció la Swedish Drug User Union, gracias al apoyo de los grupos organizados de Dinamarca. Lo mismo pasó en Eslovenia o Croacia de la mano de grupos holandeses.

Durante la década de 1980 y principios de 1990 se formó en Australia una de las redes nacionales más importantes, la AIVL (Australian Injecting and Illicit Drug User League), tanto por su longevidad como por su efectividad y continuidad, dando respuestas a las necesidades identificadas desde las organizaciones de usuarios de drogas basadas en el trabajo entre pares, convirtiéndose en una voz nacional única para las personas que usan drogas ilícitas y, concretamente, en relación con las personas que se inyectan drogas (Albert, 2011: 18). Paradójicamente, el mismo autor reflexiona sobre el motivo por el cual, por ejemplo, en Reino Unido, no se ha desarrollado una red equivalente a la de AIVL.

A lo largo de este periodo los programas y la filosofía de trabajo de la reducción de daños emergían progresiva y diversificadamente en distintos países, demostrando ser más eficaces que los programas libres de drogas (abstencionistas) en muchos aspectos, puesto que se tenían que adaptar a las particularidades que cada realidad local ofrecía. Otra innovación en este campo, surgida dentro del colectivo de consumidores de drogas a mediados de los noventa, fue la invención de unas pipas para fumar *crack* que evitaban la inhalación de ceniza y otros productos tóxicos muy dañinos para los pulmones de los consumidores. Desgraciadamente, las medidas de mejora de la salud para este tipo de consumidores no han conseguido ni el alcance ni la consolidación que sí han tenido los programas de intercambio de jeringuillas (Southwell, 2010).

Las iniciativas producidas por los mismos grupos de consumidores, debido a su experiencia y conocimiento sobre las cuestiones más prácticas del consumo, las relaciones entre consumidores, el mercado y su posterior aplicación, son denominadas como proceso de reducción de daños orgánicos. Debemos reconocer que, mientras la mayoría de los servicios de reducción de daños eran prestados por profesionales, muchas de las innovaciones en este campo emergieron desde dentro de la comunidad de consumidores de drogas (Southwell, 2010). Otro ejemplo más reciente lo encontramos en Southwell y Durjava (2013), en la descripción que ofrece sobre la organización de grupos de consumidores de *ketamina* en Reino Unido para reivindicar mejoras en el acceso al tratamiento de los daños sufridos por el consumo de esta sustancia, no reconocidos por el sistema de salud público.

En 1990 se creó la primera red europea de grupos de consumidores, el EIGDU (European Interest Group of Drug Users), con el objetivo principal de sensibilizar a los responsables políticos, ejercer presión y animarlos



a acelerar el establecimiento de programas de reducción de daños. Esta red cesó su trabajo en 1994 por falta de fondos. Como una alternativa para la red internacional, el LSD (Dutch National Interest Group of Drug Users) decidió instaurar el IDUD (International Drug User Day), que se celebró durante el periodo 1995-2003. Los consumidores de drogas y sus organizaciones podrían satisfacer así sus necesidades formativas e inspirar al mismo tiempo a los demás con sus proyectos y acciones. La idea de la organización del IDUD era práctica y sencilla: debería ser un punto de encuentro para los usuarios de drogas con el fin de aprender unos de otros los usos más seguros de las sustancias psicoactivas, cómo tener sexo más seguro y qué estrategias o formas de influir se podían aplicar sobre los responsables políticos (Van Dam, 2008: 61).

En 1996 se crearon las International Harm Reduction Association Conferences (IHRAC) como una evolución de las International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, la primera de las cuales se celebró en Liverpool en 1990. Esta ciudad fue una de las primeras en implantar los programas de intercambio de jeringuillas y ha sido considerada un modelo de actuación: el *Mersey Harm Reduction Model*, como ya se ha reseñado anteriormente. Esta plataforma internacional fue creciendo progresivamente en popularidad y se convirtió en un punto de encuentro anual para los activistas y consumidores de todo el mundo. La IHRA ha sido un gran apoyo para la concesión de becas a muchos activistas de la comunidad de grupos organizados de consumidores, especialmente de los países menos desarrollados económicamente. Por tanto, las conferencias de IHRA han consolidado una etapa muy importante para los defensores de los consumidores y activistas para escuchar sus voces y difundir sus opiniones en el ámbito internacional.

En el marco de las conferencias IHRA se creó la primera red internacional de grupos organizados de usuarios de drogas, la INPUD (International Network of People who Use Drugs), impulsada por el descontento sembrado entre los consumidores en su decimoquinta edición, celebrada en Belfast en 2005. Las pocas facilidades y la poca consideración demostradas hacia el colectivo impulsó la creación de la INPUD, ideada bajo la misión estatutaria de la llamada la Vancouver Declaration, refrendada en la decimosexta edición de la IHRA y celebrada en Vancouver en 2006 (Albert, 2011: 16). Veamos aquí un fragmento inicial:

Somos gente de todo el mundo que utiliza drogas. Somos personas que han sido marginadas y discriminadas; se nos ha matado, herido innecesariamente, encarcelado, representado como el mal, y estereotipado como peligrosas y desechables. Ahora es el momento de levantar la voz como ciudadanos, establecer nuestros derechos y reclamar el derecho a ser nuestros propios portavoces que se esfuerzan para la autorrepresentación y autoempoderamiento (Vancouver Declaration, 2006).

Actualmente, la INPUD tiene alrededor de unos cuatrocientos miembros individuales y muestra representación en Australia, India, Birmania, Malasia, Rusia, Indonesia, Canadá, Europa, Estados Unidos, Nueva Zelanda y América Latina, creando grupos regionales como el ANPUD (Asian Network of People who Use Drugs) y el EuroNPUD (European network of people who use drugs), y el objetivo es seguir creando grupos regionales en América Latina, Oriente Medio y África del Norte. En Afganistán, Georgia, China, Pakistán y Nepal se han implementado programas para la promoción de intervenciones entre iguales y de formación para promover acciones de abogacía en comunidades locales.

Otras redes y plataformas destacables se crearon durante el final de la década de los noventa y los primeros años de la de 2000, como por ejemplo la CEEHRN (Central and Eastern European Harm Reduction Network), creada en 2003-2004 para la evaluación de las necesidades de las organizaciones de consumidores de drogas en países como Armenia, Bielorrusia, Bulgaria, Croacia, Estonia, Georgia, Kazajstán, Lituania, la antigua República Yugoslava, Moldavia, Polonia, Rumanía y Ucrania, y ENCOD (The European Coalition for Just and Effective Drug Policies), creada en 1994 como una red europea formada por 175 organizaciones y ciudadanos afectados por las actuales políticas de drogas, entre las cuales se incluían grupos de consumidores de drogas ilegales, organizaciones de reducción de daños, grupos de investigación, grupos de activistas y miembros individuales (Hunt, Albert y Montañés Sánchez, 2010). Actualmente las acciones del ENCOD se centran en el desarrollo de estructuras y debates para la legalización de los CSC (*Cannabis Social Clubs*).

Para terminar, y como última instancia hablaré, de las CLAT (Conferencias Latinas sobre Reducción de Daños). Estas conferencias fueron diseñadas desde el trabajo de una red de equipos junto con asociaciones de diversos países de habla latina —Portugal, España, Francia, Italia, Suiza y algunos países de América Latina— y coordinadas por Grup Igia; se realizaron en Barcelona (CLAT 1, 2001), Perpiñán (CLAT 2, 2003), L'Hospitalet

de Llobregat, Barcelona (CLAT 3, 2005), Milán (CLAT 4, 2007) y Oporto (CLAT 5, 2009). Desde sus orígenes, las CLAT trataron de promover la reflexión y el debate transnacional sobre la reducción de daños en cuanto que políticas e intervenciones, conceptos y prácticas asociadas, y el intercambio de conocimientos y experiencias muy directamente relacionadas con las experiencias de los grupos consolidados de consumidores de drogas ilegales del ámbito latino. La necesidad de reivindicar la identidad y cultura latinas frente a la hegemonía ejercida por los países anglosajones en relación con la reducción de daños y riesgos fue uno de los principales motivos de la realización de las CLAT (Romani, 2017).

Otra clasificación de las organizaciones de consumidores de drogas en función del perfil de consumidores y del escenario en que se usan es la planteada por Hunt, Albert y Montañés Sánchez (2010); en ella dividen los grupos de consumidores o usuarios de cannabis, los grupos de consumidores o usuarios de drogas en espacios de fiesta y, por último, los grupos de usuarios de drogas de calle (*users of street drugs*).

En España, las personas que usan cannabis y/o las personas que consumen drogas ilegales a modo instrumental-recreacional en espacios de ocio nocturno, o simplemente por placer, han encontrado al menos desde los años noventa espacios de socialización no marginales en los cuales se han creado identidades no conflictivas. Esta circunstancia ha permitido crear actividades no estigmatizadas e incluso de normalización y regulación del consumo de sustancias psicoactivas vinculadas directamente a determinados estilos de vida, a consumir en el tiempo libre del fin de semana o a decidir incluir en la vida cotidiana el consumo de las mismas. Las evidencias empíricas, según Martínez Oró (2015: 82), muestran cómo los consumidores utilizan las drogas para obtener beneficios e intentan evitar la aparición de los daños además de constatar que, en el actual escenario de normalización, la capacidad de gestión de los riesgos de los consumidores, la institucionalización y eficacia simbólica del discurso de la regulación restringen la aparición de problemas.

Las asociaciones de consumidores y/o personas afines y estudiosas del cannabis aparecieron por primera vez en 1993 en Barcelona con la ARSEC (Asociación Ramón Santos para el Estudio del Cannabis), cuyo objetivo era hacer frente a la prohibición del consumo en lugares públicos y acabar con la inseguridad jurídica del consumo. Esta iniciativa fue seguida por otras asociaciones, como Kalamundia de Bilbao, creada en 1997, y, ya en 2001 —después de que el informe de Muñoz y Soto viera la luz—,

las asociaciones que hasta ese momento estaban inscritas bajo el nombre de Asociaciones para el Estudio del Cannabis pasaron a denominarse Asociaciones de Usuarios de Cannabis, siendo pionero el CCCB (Club de Catadores de Cannabis de Barcelona), creado en 2001 (Barriuso, 2011). En la actualidad, y después de muchos problemas con la justicia todavía sin resolver, existen en España cientos de clubes de consumidores de cannabis que están poniendo en una encrucijada a la legislación estatal y a la opinión pública en relación con el consumo de esta planta.

Las organizaciones de reducción de riesgos (diferenciadas de las de reducción del daño<sup>17</sup>, asociadas al consumo de cocaína y heroína por vía inyectada o fumada, principalmente) surgen de la necesidad de acudir a los espacios de ocio nocturno en los que se suponía una alta incidencia de consumo de drogas de tipo recreativo. Esta práctica permitió la creación y la difusión de mensajes apropiados para los consumidores, el desarrollo de técnicas de laboratorio para el análisis de sustancias previo al consumo, el conocimiento ampliado de las características de sus protagonistas y la extensión de este conocimiento fuera del terreno festivo y del ocio nocturno (Parés, 2013). Estos grupos organizados en relación con la promoción de la reducción del riesgo en los espacios de ocio no pueden describirse en su totalidad como consumidores de sustancias ilícitas, puesto que gran parte de ellos están configurados por profesionales del ámbito de la educación y la psicología, y también por personas afines al fenómeno, pero han ejercido y ejercen la misma función de garantizar unos mínimos informativos y de seguridad para sus usuarios, a la vez que reivindican el derecho a la libertad individual y presionar a los estamentos políticos para que reconozcan su práctica y el éxito de sus resultados. Podemos destacar en este campo a la pionera Safe House en Ámsterdam (1991) (Grup Igia, 1996), Techno+, creada en Francia en 1995, y Energy Control, en España, creada en 1997.

A nivel europeo, la red de organizaciones NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) actúa en los espacios de ocio nocturno con los profesionales de este sector, con las autori-

17 Aunque existen tendencias a diferenciar claramente las intervenciones de reducción de riesgos y las de reducción de daños, desde mi punto de vista no debemos separar ambos conceptos, apostando siempre por una concepción amplia e integrada de reducción de daños y riesgos.

dades y los organismos locales y regionales, y también con los profesionales de atención a las drogodependencias e investigadores científicos.

La red NEWIP se basa en la alianza de Basic Network con el proyecto europeo Democracy Cities & Drugs, y Safer Nighlife Platform.

Creada en 1998, los miembros de Basic Network «para la cultura del baile y la conciencia en el uso de drogas» se basan en proyectos de intervenciones de pares en espacios de fiesta con el objetivo de promover la salud y la reducción de riesgos en los entornos recreativos. Desarrollan intercambios de prácticas y han elaborado directrices sobre cuestiones relacionadas con una vida nocturna más segura. Este tipo de organizaciones existen en muchos otros países, como por ejemplo Echelecebeza, en Colombia, DanceSafe, en EE. UU., o Revientatesinreventar, en México, solo por citar algunos ejemplos a nivel internacional.

Las asociaciones cercanas al consumo de sustancias más normalizadas —o no tan estigmatizadas como son el cannabis y las relacionadas con el ocio nocturno— han seguido sendas diferentes históricamente a las de los usuarios de drogas duras o llamadas también drogas de calle. Quizá el proceso de normalización y regulación de los consumos de drogas en los espacios de ocio nocturno, o el consumo de drogas tipo cannabis, debería ofrecer claves y mayores oportunidades de reivindicación para la normalización y la regularización de todas las drogas. Dar visibilidad a los colectivos más marginados y estigmatizados para reivindicar mejoras en las políticas de drogas y lograr cambios en la percepción social para poner las cosas en su sitio puede que continúe siendo el camino más fácil de seguir. Pero no hay que perder de vista que el objetivo común es la lucha contra el prohibicionismo y poner fin a la denominada guerra contra las drogas. Debemos reconocer que los avances en reducción de daños se deben a los esfuerzos de los consumidores, a los profesionales sensibilizados y a personas y organizaciones afines (Arana y Germán, 2004).

Sintéticamente, las principales aportaciones de los consumidores de drogas a las políticas de drogas que se desprenden de lo hasta ahora planteado son las siguientes<sup>18</sup>:

18 Para ampliar el tema del asociacionismo de usuarios de drogas véase WAAW (*What about and about Who?*). <<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pla-daccions-sobre-drogues-de-reus/>> (video 2). Documental autorrealizado por el Pla d'Accions sobre Drogues de Reus y Hokusai Films [consultado el 29/09/2015].

- Las reivindicaciones en contra del prohibicionismo, desde posiciones honestas y valientes, de defensa de las libertades individuales y de reconocimiento del consumo responsable o de los derechos más fundamentales desde el consumo problemático.
- El cuestionamiento del discurso social e institucional hegemónico derivado del paradigma médico y jurídico clásico. La llamada a la ciudadanía a salir del armario del consumo de psicoactivos, sin complejos, podría aportar gran potencia y efectividad a las reivindicaciones de los grupos organizados hacia los estamentos prohibicionistas.
- La lucha contra la marginación, la estigmatización social, la vulnerabilidad (enfermedad, muerte, reclusión), la criminalización y la deslegitimación del estatus social del consumidor de drogas ilegales.

El principio de igualdad en las organizaciones de apoyo entre consumidores de drogas ha dado relevancia a la importancia de las diferentes alternativas al modelo tradicional de las intervenciones sociales y de salud entre usuario y profesional, ofreciendo un enfoque y una metodología de promoción de la salud diferentes, basados en la reciprocidad, proporcionando una oportunidad para centrar los servicios en las necesidades reales de los ciudadanos.

Desde el punto de vista de los dispositivos de atención, se han aportado mejoras en la flexibilización de los mismos y se ha optimizado el trabajo de campo, sobre todo el de acercamiento a poblaciones vulnerables y ocultas; también ha habido aportes a la investigación para mejorar los servicios, se han reivindicado mejoras y se han diversificado los tratamientos y la formación de profesionales desde el conocimiento del consumo experto.

Seguramente existen muchas otras aportaciones importantes que no se han tratado, aunque espero no haber olvidado ninguna indispensable.

La reducción de daños ya ha motivado un cuestionamiento del papel y la función de las leyes actuales sobre drogas. Como el daño más obvio que ocasiona el consumo de ciertas drogas es el riesgo por procesamiento o por posesión, debido a su estatus legal, una perspectiva de reducción de daños se cuestiona si las leyes existen para reducir el daño que el consumo de drogas causa, o si son una manifestación de los valores dominantes de la sociedad. Estas cuestiones no pueden resolverlas únicamente los mé-

dicos u otros expertos, sino que deben estar determinadas mediante una consulta lo más extensa posible (O'Hare, 1995: 21).

Parece que, pese a las dificultades y tropiezos de la historia de las organizaciones de usuarios de drogas ilegales, su impacto y su continuidad están garantizados. Probablemente —y avanzando algunas de las conclusiones de este texto— el propio estatus de ilegalidad, el rechazo social y la marginalidad de las sustancias ilegales y las personas que las usan han marcado y lo seguirán haciendo, si no acontecen cambios sustanciales en la historia de las mismas políticas, la evolución de estas organizaciones. El debate social sobre la oportunidad e inoportunidad del consumo de drogas psicoactivas ilegales continúa abierto y puede que así continúe muchos años, pero la lucha y el trabajo descrito en estas páginas sobre la reivindicación de los derechos humanos más fundamentales plantea un futuro no del todo desesperanzador para las próximas generaciones, pues las estructuras, prácticas e ideologías para un cambio en las políticas de drogas están bien cimentadas. La complejidad del abordaje del fenómeno del consumo de drogas solo puede pensarse lógicamente desde una intervención más compleja, en palabras de Luhmann (2013: 94): «Solo podremos tener éxito si el campo de la medicina colabora con la ciencia social y las comunidades afectadas, con el fin de describir y entender las prácticas sociales colectivas y no solo los comportamientos individuales». Deberíamos añadir que si esta colaboración no se prolonga hacia el ámbito jurídico continuaremos dándole vueltas a cómo reducir los daños causados por el prohibicionismo.

Para finalizar este capítulo me referiré a las ideas de dos autores que están trabajando intensamente en el tema de la reducción de daños y riesgos en Cataluña. Por un lado tenemos a Parés (2013: 88), quien refiere que «la teleología de la reducción de riesgos es exorcizar al prohibicionismo y con ello, darse por autoextinguida», genial aportación desde mi opinión, pues comparto con él que mientras las políticas prohibicionistas ejerzan un poder hegemónico sobre las libertades individuales, la reducción de daños y riesgos y el proceso de desmantelamiento del prohibicionismo son las vías de oposición coherentes que los investigadores y los profesionales debemos mantener y defender. Si esto fuera posible, con mucho gusto nos dedicaríamos a otros temas y quehaceres. El segundo autor que reseñar es Martínez Oró (2014), quien señala en su libro:

En definitiva, los consumidores podrán conseguir su plena normalidad cuando se produzca la reforma legal que posibilite la regulación jurídica. El nuevo ordenamiento permitirá velar por sus derechos y deberes, a la vez que se desvanecerán los efectos de la clandestinidad de las sustancias, a la vez que se ahorrarán partidas del erario público destinadas a la lucha contra la droga. Si el Estado toma el control de la producción, distribución y venta de las sustancias, la salud pública mejorará, las sustancias se convertirán en una fuente de ingresos y los consumidores mejorarán su calidad de vida. Este es el proceso al que debemos dar inicio como sociedad si no queremos reiterar los errores del pasado que tanto mal han producido (Martínez Oró, 2014: 197-198).

Lejos de querer mostrar un discurso subversivo y contestatario con estas líneas finales, pretendía recordar que este discurso, pragmático ante todo, ya fue escrito por muchos expertos implicados en la gestión de los efectos secundarios de las políticas de drogas. *Repensar las drogas*, de González, Funes, González *et alii* (1989), no solo planteaba lo citado, sino que lo hacía en un momento histórico mucho más complicado social y políticamente en materia de drogas. Por todo lo que significa Grup Igia para mí, dedico este final a reivindicar su esfuerzo y trabajo transdisciplinar y comprometido.



## EL TRABAJO DE CAMPO

### *Metodología*

Fundamentaré en este apartado las cualidades específicas de la antropología médica y la etnografía como estrategia de investigación para el estudio del fenómeno del consumo de drogas. Ya hemos hablado sobre la especificidad del estudio de los fenómenos sociales por parte de la antropología a partir de la observación y análisis de unidades de significación y prácticas de los diferentes grupos sociales respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, de su enfoque holístico, que permite analizar la realidad interrelacionando los distintos niveles de la misma (micro-macro), y de su capacidad para interactuar con los grupos estudiados, no solo a nivel de investigación-acción, sino también a nivel de concienciación, movilización de objetivos y cobertura de necesidades.

La etnografía se inspira en la llamada perspectiva y/o filosofía hermenéutica interpretativa de los hechos sociales y busca la comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida cotidiana con la perspectiva de los participantes (fenomenología<sup>19</sup>).

La filosofía fenomenológica se presenta como una filosofía del hombre en su mundo vital, capaz de explicar el sentido de este mundo vital de una manera rigurosamente científica. Su objeto es la demostración y explicación de las actividades de conciencia (*Bewusstseinsleistungen*) de la subjetividad trascendental dentro de la cual se constituye este mundo de la vida (Schutz, 2008: 128).

Garfinkel (2006), dentro de las corrientes de la sociología fenomenológica moderna, desarrolló lo que denominaría «etnometodología», el estudio de los «etnométodos», las herramientas, habilidades, aprendizajes, discursos y prácticas que los actores o sujetos utilizan para posibilitar la vida en común, gestionando y regulando las relaciones sociales que establecen. Es una noción previa a lo que más tarde Bourdieu (2002: 448-449) denominará *habitus* o la «clase incorporada»; propiedades biológicas so-

19 Véanse Husserl (1993), Schutz (2008), Garfinkel (2006), Berger y Luckmann (2011) y Mead (1993) para una fundamentación básica sobre el concepto de fenomenología.

cialmente moldeadas o las posturas prácticas o *explícitas sobre el mundo social*. Goffman (1974: 22-23), sobre la misma base, trabajará el concepto «marcos de análisis», desarrollando la idea de que toda «experiencia», «toda actividad social», puede contemplarse desde varios «encuadres», y de que estos se relacionan entre sí.

La etnometodología, orientación a la cual adscribo esta investigación, plantea que las actividades por las que los actores sociales producen y manejan escenarios organizados de cotidianidad, son idénticas a la manera en que estos cuentan o «hacen explicables» estos escenarios. Esas prácticas y sus propias explicaciones tienen un carácter explícitamente «reflexivo» o «encarnado» (Garfinkel, 2006: 9).

En lugar de un enfoque altamente controlado y muy específico para la recogida de datos (método experimental), la etnografía se centra en cuestiones de interés dentro de su contexto social y en términos de la forma en que ven y experimentan los miembros de un determinado grupo social. Con el tiempo, los investigadores etnográficos somos capaces de descifrar las actuaciones de los actores sociales, a menudo ocultas en la cotidianidad y la interacción social. De esta manera, se intenta desarrollar una comprensión de las conductas que de otro modo podrían parecer irracionales, automatizadas, sin sentido, o que pasarían desapercibidas. Mientras la literatura actual sobre la adicción tiende a reflejar los intereses de los psicólogos, de la psicopatología y de los sociólogos de la desviación social, los antropólogos indagan mediante la participación en los procesos y con los mismos actores protagonistas, descubriendo una realidad formada por un complejo sistema cultural, rico, robusto y socialmente significativo. «Parece que algo muy importante acerca de la denominada adicción a las drogas (*disease model*) se omite en los artículos de revistas y libros de texto en las bibliotecas y repositorios de carácter biomédico y cientifista» (Singer y Baer, 2011: 70).

Además, las aproximaciones metodológicas de la fenomenología y la etnometodología inscritas en la práctica etnográfica han sido históricamente de gran utilidad para estudiar, especialmente, el mundo del consumo de drogas por su calidad y capacidad de resolver problemas relacionados con poblaciones ocultas, prácticas de riesgo, procesos de marginación y/o empoderamiento de colectivos oprimidos.

Considerando otra vez la premisa de que las cuestiones relacionadas con la salud son mucho más que fenómenos estrictamente biológicos, y que los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención son estruc-

turas universales en cualquier grupo humano que permiten desarrollar distintos sistemas de atención a la salud y a la enfermedad, debemos remarcar —en una concepción amplia de la salud— que, por ejemplo, usar una sustancia para conseguir un determinado estado físico o mental adecuado para socializarse en grupo, o maximizar los efectos de la misma mediante un ritual social, es un proceso de autoatención y de fortalecimiento de la salud que puede prevenir estados de carencia.

La autoatención, como concepto analítico, va a condensar gran parte de los análisis posteriores relacionados con el consumo de cocaína. Van a describirse a través de este concepto todas aquellas prácticas que realizan los individuos o grupos por sí mismos, a nivel formal e informal, para mantener y preservar su salud al mismo tiempo que tratar y prevenir enfermedades en un determinado contexto sociocultural.

Desde esta perspectiva, las prácticas profanas relacionadas con la reducción de los daños y de los riesgos vinculados al consumo de sustancias van a tomar protagonismo para poder explicar, además, cómo se construyen un modelo y un discurso de la normalización del consumo de drogas ya no solo a nivel individual o grupal, sino a nivel social. La teoría de los modelos explicativos permitirá complementar la descripción de las distintas prácticas de autoatención con determinadas maneras de explicar, conceptualizar y entender los procesos relacionados con la salud y la enfermedad (sistema simbólico o mundo moral local) vinculados con el consumo de cocaína desde la perspectiva de los consumidores. La automedicación como práctica, entendida como proceso sociopolítico imbricado en la cultura de nuestra sociedad, permitirá realizar un análisis crítico no solo respecto al consumo de drogas ilegales, sino también a un proceso mucho más amplio que incluye a casi toda la sociedad —uso de drogas legales— y que tiene que ver también con los procesos de autoatención.

Este tipo de enfoque permitirá, al mismo tiempo, construir un modelo de análisis fundamentado en las distintas concepciones teóricas de la antropología médica (*illness-disease-sickness*), que no solo tendrán en cuenta las discursivas de la enfermedad, sino que también tendrán en cuenta la de la dimensión social en la que todas estas significaciones cobren realidad. Podremos hablar en este momento del sistema drogas, que tiene en cuenta la relación entre el individuo y la sustancia, y también de todos los factores socioestructurales relacionados tanto a nivel local como global: el contexto de elaboración de la sustancia, su distribución, su manipulación, su valor de mercado; contexto de consumo con sus técnicas, sus creencias,

sus efectos, la dosificación, la socialización, el itinerario de consumo a medio y largo plazo, las interacciones con no consumidores y las estructuras formales e informales de control social, la experiencia del consumo, y un largo etcétera.

En los distintos estudios etnográficos presentados sobre el consumo de drogas con anterioridad emergen otros conceptos o estructuras analíticas que serán muy útiles para ordenar y elaborar un marco de referencia para estudiar los distintos usos y significaciones de la cocaína en este trabajo. Relacionar determinadas prácticas y creencias con una determinada subcultura del consumo de drogas permite aprehender de la vida cotidiana de los consumidores en su hábitat natural, su escenario de acción e interacción o espacio no formalmente institucionalizado, y también su interacción con las estructuras formales: familia, trabajo, dispositivos asistenciales, instituciones y espacios públicos... Este posicionamiento permitirá teorizar sobre el consumo de drogas lejos del modelo problematizante de la enfermedad o de la desviación social, dando visibilidad, por un lado, a la capacidad de autogestión de los consumidores o a la pérdida de control, por otro lado. Los estudios que tienen en cuenta la teoría de la desviación social permiten visualizar y contrastar la teoría de los procesos de etiquetación o etiquetamiento que han sido tradicional y sistemáticamente aplicados a consumidores de drogas ilegales.

Esta posición teórica reafirma la idea de que la realidad social no nos viene dada, sino que se construye y, por tanto, la desviación no puede atribuirse a la cualidad o cualidades de una o varias personas, sino que viene preconstituida por un conjunto de definiciones elaboradas por los estamentos sociales dominantes o hegemónicos. Desde esta línea teórica se pretende cuestionar o problematizar el vigente *status quo* normativo del fenómeno del consumo de drogas a nivel formal, teniendo en cuenta que dentro de esta categoría encontraremos principalmente los aspectos legales, médicos y de control social.

La corporalización de la experiencia *embodiment* o concepción materialista de la experiencia como nuevas formas de aproximación a los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención permiten teorizar sobre la manera en que la sociedad y la cultura intervienen directamente en el funcionamiento del organismo. A veces esta experiencia corporeizada se hace visible mediante lo que hemos denominado anteriormente «desviación encarnada», la afirmación científica y también profana de que los cuerpos de las personas clasificadas como desviadas están marcados de

modo reconocible. A veces, las marcas no son solo físicas y reconocibles, sino que se convierten en un proceso o experiencia invisible, pero que podemos comprender desde la fenomenología materialista que propone la eliminación de la dicotomía mente/cuerpo y que puede manifestarse mediante expresiones, conductas, percepciones y maneras de explicar el mundo de los diferentes usuarios de cocaína que vamos a analizar. «Sin querer y sin darse cuenta, los excluidos se convierten en cuerpos resonantes: resuenan con grandes verdades. Sin palabras y con solo su presencia, ponen en evidencia las desigualdades y las injusticias de la exclusión» (Valverde, 2015: 33-34). El cuerpo, de esta manera, será entendido como dispositivo de adaptación al medio y vehículo para la expresión de la identidad y la interacción social. Este último, en consecuencia, se verá modificado, afectado o moldeado por las estructuras sociales y las distintas conceptualizaciones o culturas del riesgo que legitiman o no determinadas prácticas.

### *El escenario*

Una vez desarrollados el marco teórico y los principales antecedentes históricos de la investigación etnográfica del consumo de sustancias ilegales me dispongo a presentar a los informantes y a introducir brevemente algunos detalles de la ciudad donde ha transcurrido la investigación.

El escenario es Reus, una ciudad de poco más de 100.000 habitantes al sur de Tarragona. Tradicionalmente de espíritu burgués, el comercio y las actividades del tercer sector son las predominantes junto con un respetable patrimonio modernista legado de algunos discípulos de Gaudí. Lejos han quedado la fama y el *glamour* del comercio que en los siglos XVIII-XIX propiciaron el aguardiente y los frutos secos («Reus, París y Londres», rezaba un antiguo dicho popular) y los abultados carnavales que nada tenían que envidiar a los de Sitges o Barcelona. Las reordenaciones urbanísticas de los últimos años han reconvertido viejos barrios del centro —como en la mayoría de ciudades— en zonas comerciales, perdiendo a mi parecer todo el encanto que las viejas edificaciones, cafeterías, comercios y entrañables vecinos regalaban al paseante. Un buen ejemplo de este proceso de gentrificación es el viejo barrio del Pallol o los desaparecidos árboles y establecimientos populares de la emblemática plaza Llibertat.

Los barrios periféricos como el barrio Montserrat, Fortuny, parcelas Pelayo, Sol y Vista o Sant Josep Obrer<sup>20</sup> han quedado aislados del desarrollo del centro de la ciudad y aglutinan gran parte de la población extranjera y de clase trabajadora más desfavorecida, como antaño. Ni siquiera la inquebrantable tradición de pseudoizquierdas políticas forjadas después del Franquismo ha conseguido sobrevivir, arrojando a la vida pública de la ciudad hacia un modelo de asfixia de libertades y creatividad. Además, y desgraciadamente, los casos de corrupción política relacionada con la administración del patrimonio público destinado a los servicios de salud continúan dando una dudosa fama a la ciudad de la avellana.

El barrio de Sant Josep Obrer ha sido uno de los principales escenarios de observación debido a su importante actividad de compraventa de sustancias. Una cuadra de casas de autoconstrucción cercana a las vías del tren protagoniza uno de los escenarios de vaivén de usuarios de drogas más importante de la ciudad. El menudeo de pequeñas cantidades de heroína y cocaína 24 horas al día atrae a un gran número de clientes, creando al mismo tiempo diferentes puntos de consumo en la vía pública (inyectado y fumado) en los alrededores del mismo barrio. La concentración de las actividades de venta ilegal, el consumo de riesgo y el empobrecido contexto socioeconómico de este reducto de la ciudad lo han transformado en uno de los «puntos calientes». Esta es una realidad cronificada, que ni el esfuerzo del Plan Comunitario para encontrar soluciones consensuadas ni la insistente demanda de los profesionales y la propia comunidad para implantar recursos específicos y adecuados para gestionar la situación han podido llevarse a cabo por la ineficacia y falta de visión estratégica de las autoridades en materia de salud y atención a las personas.

El trabajo de campo realizado en la ciudad se prolongó durante un año y medio, buscando informantes tanto en el ámbito asistencial como frecuentando otros escenarios de consumo como los de ocio nocturno de la ciudad. Interactuando con pequeños traficantes y consumidores, preguntando, justificando mi presencia e insistencia, observando y anotando en el bloc de notas o en la grabadora de voz de mi teléfono consideraciones y conversaciones relevantes para esta investigación. Los establecimientos de ocio nocturno de la ciudad han proliferado considerablemente en

20 Para una buena descripción gráfica del barrio y del trabajo comunitario dirigido a usuarios de drogas, véase <<https://vimeo.com/61101442>> *In my backyard...nobody bites o Ningú mossega a ningú*, documental de creación propia (2014) [consultado el 5/5/2017].

los últimos diez años. Se trata de locales pequeños, de clientela fiel y poco dada a cambiar de costumbres, clase media-alta y temperamento cerrado como es característico del Camp de Tarragona. Recuerdo años atrás, cuando los jóvenes de Reus teníamos que desplazarnos a Salou, Tarragona o a las fiestas mayores de los pueblos para encontrar algo de vidilla nocturna. Actualmente, por lo menos, y aunque bajo estrictas normas en relación con la celebración de espectáculos y estimulación de la cultura y subculturas locales, la vida nocturna de la ciudad goza de una buena salud.

### *El acercamiento a los informantes*

El primer grupo de informantes a los que pude entrevistar se ha caracterizado por ser personas que acuden al servicio especializado de atención a realizar tratamiento psicoterapéutico y/o seguimiento sanitario y/o social por problemas relacionados con el consumo de cocaína esnifada principalmente, pero también inyectada y fumada en algunos casos (9 hombres, 1 mujer).

Para los perfiles que conforman un segundo grupo —consumo inyectado y fumado mayoritariamente— fue relativamente fácil pensar en compañeros de Arsu o personas que participan en el proyecto Illeta (7 hombres, 1 mujer) estarían dispuestas a colaborar desinteresadamente en una investigación sobre cocaína que tenía como objetivo principal aportar argumentos sólidos para un cambio hacia unas políticas de drogas más sostenibles y eficaces. Quiero agradecer profundamente la sinceridad y honestidad de este grupo de entrevistados. Ni la supuesta barrera generada por la relación profesional-usuario ni la no retribución económica supusieron un freno al relato directo y sin tapujos. No existe ninguna herramienta para medir la honestidad y la sinceridad de los informantes, pero si tengo que guiarme por mi experiencia, he obtenido un alto grado de satisfacción al respecto con los informantes que han estado alguna vez en tratamiento o en alguna situación crítica o de dificultad frente al consumo de cocaína. No sé si la entrevista cualitativa tiene algún poder terapéutico, pero estoy seguro de que la escucha activa, la empatía y la confianza sí lo tienen. Muchas veces volví a casa después de realizar alguna entrevista emocionado, impactado y antropológicamente afectado, pensando: «¿Por qué me explica a mí todo esto?», o simplemente: «¿Qué estoy haciendo con estas personas?». A todos y todas ellas mi más sincera gratitud.

Con las personas que ya conocía de este subgrupo intenté realizar todas las sesiones de grabación en alguna cafetería tranquila y cercana a la Illeta, al estilo de Lindesmith. Para las personas a las que no conocía previamente elegí un despacho lo más informal posible en el mismo dispositivo, local que se encuentra en un lugar muy céntrico y bien conocido, facilitando así el encuentro. Admiro absolutamente a todas aquellas personas que acudieron a la cita sin conocerme previamente y se abrieron desinteresadamente a mantener una conversación siempre algo comprometida con un desconocido que encima pretendía registrar la entrevista con una grabadora. Intenté en todas las ocasiones, mientras presentaba el documento de confidencialidad y de consentimiento informado en los momentos iniciales del encuentro, ganarme al menos la posibilidad de entablar una conversación relajada y voluntaria.

Otro punto de observación interesante resultó ser la sala de espera del servicio especializado en cuestión. Allí comprendí la imposibilidad de reconocer a una persona que acude por problemas relacionados con el consumo de cocaína con un simple examen ocular. El tópico del «yupi farlopero» es tan mito como incierto. No he encontrado un solo signo físico o actitudinal a simple vista atribuible a una persona consumidora de cocaína esnifada a no ser que esté bajo los efectos de la misma. Al contrario, sí he aprendido a identificar algunos de los signos que pueden delatar a una persona bajo sus efectos; verborrea, movimiento involuntario de mandíbula, inquietud, sudor, fumar y beber a un ritmo extraordinario o frecuentar más de lo habitual el lavabo o baño de un determinado espacio. Aun así, pueden no darse o apreciarse signos aparentes y pasar totalmente desapercibidos. De todos modos, tenía una manera mucho más fácil de reconocer a consumidores de cocaína que acuden al servicio. Una carpeta amarilla identificaba al «paciente» por ser la cocaína la sustancia principal que genera la demanda de atención, así como la roja identifica a los de alcohol o la verde a los de heroína. Hubiera sido muy fácil echar mano del archivo, hoy día informatizado, y husmear entre un suculento mar de datos personales y episodios relacionados con el consumo (diagnósticos e itinerarios asistenciales incluidos). Dos razones me hicieron descartar por completo esta opción, sortear los trámites burocráticos y éticos derivados de la actual Ley de Protección de Datos, pero sobre todo lo impersonal e intrusivo que me pareció esta opción desde un primer momento. No he abierto ninguna historia clínica ni social de ninguna de las personas que



he entrevistado, aunque no descarto que, en un futuro, con otro marco metodológico, pudiera ser de utilidad o de interés.

Hasta 2009 no dejó de aumentar el número de personas que acudían al servicio por problemas relacionados con el consumo de cocaína, año en que empezó a descender y a estabilizarse otra vez al alza hasta el día de hoy, en el que se registra la tasa más elevada.

Así pues, después del experimento en la sala de espera y de huir de todo protocolo clínico, pedí la colaboración de mis compañeros de equipo para que me sugirieran a personas susceptibles para ser entrevistadas y que cumplieran a su vez los criterios de selección. En el ámbito terapéutico-asistencial encontré mayoritariamente esnifadores, de los cuales algunos habían probado también la cocaína base fumada, pero no se habían inyectado nunca. No tuve que insistir demasiadas veces para empezar a recibir números de teléfono y posibles candidatos. Siendo esta una de las etapas más lentas y complicadas para el etnógrafo, agradezco otra vez la ayuda recibida por mis compañeros.

No todas las personas toman la decisión de aceptar la entrevista y tampoco es fácil introducirte por teléfono a personas que no conoces; quién eres, qué quieres y porqué las llamas. Las palabras «hospital» y «universidad» facilitan mucho la primera toma de contacto y tienen su efecto, claro, pero cuando mencionas la palabra «investigación» y el nombre de la persona que te ha pasado el contacto (normalmente era un terapeuta), el clima de la conversación cambia radicalmente y el camino se suaviza mucho. Creo que gran parte de los informantes vino a la entrevista esperando a un médico o a una persona con cara de científico y bata blanca. Contrariamente, encontraron a un hombre joven con atuendo informal y, ¡zas!, siempre aparecía la cara de póquer que delataba la sorpresa y una posterior e inmediata expresión de relajación. Esta situación ayudaba a distender el ambiente y me permitía retenerlos sin demasiados problemas, siempre recordando que podían abandonar la sesión y, por supuesto, darme plantón en el momento en que ellos quisieran. Al final de todas las entrevistas, después de enfatizar mi más sincero agradecimiento, escuché muchas veces una frase parecida: «Bueno, no sé si esto te servirá de algo...», pero por lo menos me ha servido a mí. Gracias».

Así como fue relativamente fácil captar al primer y segundo grupo en el ámbito asistencial y asociativo, el tercer grupo, consumidores de cocaína esnifada principalmente que no han acudido nunca a un centro de tratamiento, fue reclutado con más dificultad en el ámbito del ocio nocturno

de la ciudad (10 hombres, 8 mujeres). Algunos por mediación de mis redes personales, otros por el efecto cadena que ocurre al contactar con informantes clave y sondear la posibilidad de llegar a alguien al que pudiera interesarle colaborar en el proyecto. No he tenido dificultades para encontrar a personas interesadas que cumplieran el perfil, pero sí en realizar las entrevistas. Es fácil obtener una inicial respuesta afirmativa para ser entrevistado, pero luego es más complicado concretar.

Al indagar directamente sobre un tema relacionado con el consumo de drogas que implica a la persona, reconocer estos consumos genera siempre una suspicacia relacionada con la confidencialidad. He observado que la mayoría de personas con las que he hablado inicialmente creía que se trataba de realizar una encuesta o participar en algún tipo de ensayo clínico. He empleado mucho tiempo argumentando y describiendo el tipo de investigación que quería llevar a cabo, siempre obteniendo la recompensa positiva de una respuesta amable y considerada con este tipo de metodología. Recogí también mucha sorpresa y admiración al exponer que se trataba de intentar proponer un escenario antiprohibicionista y no de estudiar a sujetos desviados en pro de una sociedad libre de drogas. Reconozco que el trabajo pedagógico que debería haber detrás de cada investigación es tan difícil como necesario.

Algunas personas se emocionan profundamente al recordar episodios pasados mediante su relato. Otras reviven con tal intensidad situaciones vividas que parece que una especie de *flashback* psicoactivo las domine de repente. Están los que tienen que parar de hablar porque les sobrevienen unas ganas de consumir que se palpan en el aire, y los que te utilizan para poner a prueba su versión de la historia y no se dejan llevar por el esquema de guion sutil e improvisadamente semiestructurado. Todas estas y muchas más situaciones están impregnadas de un nivel de significación muy profundo, el cual es imposible de trabajar sin una grabación y su posterior transcripción que conserve fielmente la construcción y la intensidad del relato.

Las características de este tipo de entrevista generan una relación nueva entre dos personas, circunstancial e interesada, pero una relación, al fin y al cabo. La relación entre el objeto de estudio y el investigador en este tipo de trabajo antropológico genera también una nueva experiencia y un tipo de conocimiento único, irrepetible y que no puede ser replicado por la ciencia experimental. La entrevista en profundidad permite la comprensión de las distintas perspectivas del informante, de sus experiencias

personales y del contexto social en que se dan. Inevitablemente, el contacto cara a cara y la bidireccionalidad de esta técnica obligan a generar también un diálogo no explícito, en donde la empatía, el compromiso y la responsabilidad del investigador, que debe gestionar técnica y emocionalmente información personal muchas veces delicada y sensible, juegan un papel crucial para el éxito en la aplicación de la técnica. En este esfuerzo de comprensión el resultado final se materializa en algo más que la suma de las preguntas y las respuestas: una nueva relación se ha moldeado conjuntamente en la búsqueda de resultados y en la voluntad de colaboración de informantes que desinteresadamente abren su mundo interior para colaborar con la investigación social.

### *Los informantes*

El primer grupo de informantes se caracteriza por ser personas que acuden al servicio especializado de atención a realizar tratamiento psicoterapéutico y/o seguimiento sanitario y/o social por problemas con el consumo de cocaína esnifado principalmente, pero también inyectado o fumado (9 hombres, 1 mujer).

CARLES, 47 años. Estudió FP y había trabajado desde los dieciocho años de mecánico por toda la provincia. Perdió su trabajo dos años antes de su primer contacto con los servicios de atención. Mantuvo una relación sentimental con una persona que ejercía la prostitución durante cuatro años, aunque la relación se rompió un año después de empezar el tratamiento. Acudió hace siete años por primera vez al servicio de atención por problemas de consumo esnifado principalmente y fumado de cocaína, problemas de consumo de alcohol y benzodiacepinas. También había fumado heroína alguna vez, pero nunca estuvo en tratamiento por eso. La ruina económica y llegar a una situación familiar insostenible fue el detonante para acudir a recursos especializados, empujado por la familia. Después de un año en una comunidad terapéutica, intenta rehacer su vida, de momento sobreviviendo con una pensión mínima de reinserción. Actualmente no toma cocaína, pero continúa teniendo problemas para controlar el consumo de alcohol.

Vaig viure a Reus de tota la vida. El pare treballava, la mare treballava a casa, i ma germana i jo... A partir dels 18 anys... El meu pare era alcohòlic... Vaig començar a sortir, a treballar i em vaig fer independent. Me'n vaig anar de casa... Abans no prenia res... Els factors són les companyies, els companys. Vaig començar amb els porros de haixix, de marihuana... L'ambient de casa no m'agradava, no sabia com actuar i lo millor era evitar-ho... Estàs sol, estàs lliure i fas lo que vols... Vaig anar a viure sol. Amb 18 anys, fora de casa, era un repte molt alt, estaves bé, tenia diners, treballava..., no és com ara.

ROSA, 32 años. No terminó los estudios de secundaria, empezó a trabajar muy joven al mismo tiempo que consumir cocaína a los quince años en ambientes de fiesta. Las distintas relaciones sentimentales, también con consumidores, y un problema de aceptación de su cuerpo acabaron por llevarla a un consumo compulsivo de cocaína esnifada que podía llegar a 5 gramos diarios. Para ello tenía que enlazar varias jornadas laborales. Desde hace un año, una situación de maltrato y depresión la llevó a ser atendida en recursos de urgencias de salud mental. Al descubrir su consumo, el cual siempre había ocultado, la derivaron al servicio de atención a las adicciones, donde participa en sesiones de psicoterapia. Actualmente continúa trabajando, ha rehecho su vida sentimental con otra persona y ha reducido el consumo de cocaína a un cuarto de gramo por semana. No sabe si algún día podrá dejar el consumo completamente, aunque ese es su deseo.

Estudiaba bastante poco. Era de una familia normal, estructurada, una clase media, que nunca me ha faltado nada, ni he tenido... No, en mi casa nada de drogas ni nada, he empezado porque me ha dado la gana, porque me ha gustado, me ha gustado el rollo que me ha dado y por eso he consumido, no ha sido porque en casa he tenido algo raro...

RICARDO, 34 años. Terminó estudios de primaria y secundaria. Empezó a trabajar en la construcción y otros sectores de la industria como operador, trabajo que combina con monitor de gimnasio los fines de semana. Ha mantenido distintas relaciones sentimentales más o menos largas a las cuales siempre ocultó su consumo. Empezó a consumir cocaína esnifada a los diecinueve años, nunca ha abusado de la sustancia, pero le incomoda mucho continuar manteniendo pequeños consumos asociados a los cubatas o salir de cena. Por ese motivo acudió al servicio de tratamiento, en el cual continúa realizando sesiones de psicoterapia. Reconoce que poder hablar de sus problemas le ayuda a mantenerse alejado de los consumos pero que de vez en cuando algo cae.

Yo he tenido una infancia perfecta... Pero el nivel social no tiene que ver... El que tiene una infancia de mierda, hablando entre comillas, hablando mal, y está en la puta calle siempre y que se ha juntado con este y con el otro... Y el otro que ha tenido una infancia que te cagas, que su padre ha sido médico y ha tenido 50 euros en los bolsillos y ha podido hacer lo que le da la gana... Luego, a lo mejor la persona que ha podido tener una familia más estable y eso pueda estar más controlado, eso sí que influye, que bueno, que se deja llevar, pero que luego tiene una capacidad de reacción y que trabaja, porque lo ha visto en su casa, eso sí que influye, eso me ha pasado a mí... Mis padres son trabajadores y eso es sagrado, la gente que sus padres no trabajan y que se buscan la vida y que no trabajan, pues a lo mejor es más normal, no lo sé... Pero que tanto el pijo como el tontito, que no te lo crees, y con tías, gente mayor, gente joven...

DAVID, 42 años. No acabó los estudios de primaria. A los dieciséis años alternaba trabajos de temporada con el pequeño tráfico de drogas basado en la estafa, principalmente a extranjeros, en zonas costeras de Tarragona. A los diecisiete años se inyectó por primera vez *speed* con heroína, pertenecía a una subcultura del *heavy metal*. Después de un accidente de motocicleta no pudo volver a trabajar más en trabajos pesados y en realidad apenas ha vuelto a trabajar en nada, solo esporádicamente de repartidor en una empresa de alimentación o realizando con dificultad algunos trabajos de campo para su familia. Actualmente sobrevive con la ayuda de los servicios sociales y la familia, los consumos inyectados de cocaína han remitido alguna vez temporalmente coincidiendo con su estancia en centros de rehabilitación, pero continúa realizándolos siempre que puede. Es socio de Arsu, aunque apenas acude a las reuniones y actividades. David se prestó para acompañarlo en una de sus sesiones de consumo inyectado.

A los seis meses de salir de la mili... La verdad es que no me encontraba mal, pero el amigo me decía: «Te tienes que hacer mirar por un médico...». Se me notaba mucho los ojos amarillos, y fui al médico y me dijo que tenía hepatitis... Y me fui a casa. La verdad, no le hice mucho caso al médico, porque me dijo que tenía que lavar la ropa aparte y con las cucharas y eso tenía que comer aparte, y mi sorpresa fue cuando le pregunté qué tenía que hacer si yo pasaba un porro... Y me dijo que eso no pasaba nada... Porque la verdad, me dijo eso de la ropa y de comer aparte y me dijo eso ya del porro, me sorprendí, pero no le hice puñetero caso porque vi que eso era una tontería, el médico ya era muy mayor... Pues me fui a casa, y sí, estuve cuatro o cinco días que me encontraba mal, flojo en casa, y no sé... Y luego me encontré mejor y no volví a ir al médico hasta al cabo de mucho tiempo, al cabo de años, un par de años o algo así...

JONY, 48 años. Había sido deportista de élite practicando atletismo. Las decepciones por no poder dedicarse a su gran afición le hicieron opositar para policía, trabajo que perdió por descubrirse su consumo de cocaína, siempre esnifada. Después de rehacer su vida laboral y encontrar trabajo en la construcción, acabó en la cárcel durante un año y medio por una pelea callejera en un local nocturno. Actualmente y desde que salió de la cárcel hace tres años realiza sesiones psicoterapéuticas relacionadas con problemas personales y su consumo. Había llegado a consumir 4 o 5 gramos diarios, los cuales se han reducido a alguna fiesta de vez en cuando.

Yo soy nacido en Badalona, en el Besòs, donde hay una serie de barrios... Es un barrio que hoy por hoy todavía tiene fronteras... Las fronteras están creadas debido a las empresas que hay ahí, y el río... Es un barrio diferente, la gente es muy suya, hay que tener mucho cuidado, pero la gente es muy proteccionista al mismo tiempo... Por ejemplo, en el caso de los niños, por ejemplo, mi hija, yo no la dejaba ir sola por el barrio, pero la gente sabe quién es el hijo de quien... La cantidad de drogas que consumíamos nosotros ahora nuestros hijos no la consumen... Están más protegidos, aunque nosotros a lo mejor seguimos consumiendo...

ÁLVARO, 42 años. Oficinista en una agencia de seguros. Vive con su madre, hogar que nunca ha abandonado. Después de años de consumo de fines de semana, acaba consumiendo en solitario encerrado en su habitación. Acudió al servicio de tratamiento en busca de posibilidades para cambiar su vida hace ocho años. Está satisfecho por haber frenado el consumo, sobre todo porque estaba económicamente arruinado. Aunque lleva largo tiempo sin consumir, no descarta usar la cocaína algún día racionalmente. Continúa con su trabajo de oficinista.

Mi familia era normal, con hermanos, los padres, todo bien... No era para tirar cohetes, pero tampoco era malo. Yo empecé a trabajar, estudiaba y trabajaba en verano... Iba combinando... Al principio me gustaba, me lo pasaba muy bien, nunca lo vi como un peligro, nunca llegué a pensar que realmente fuera a consumir lo que al final consumí...

PEP, 44 años. Terminó los estudios de secundaria y consiguió rápidamente un buen trabajo en una gran empresa local de transportes, en la cual trabajó durante quince años. Había consumido diferentes drogas en ambientes festivos desde la adolescencia con asiduidad. Al morir su padre, con quien vivía, su vida cambió. Empezó una escalada de consumo

de cocaína y fiestas que acabó con todo el dinero familiar. Después de frecuentar centros de tratamiento psiquiátrico, comunidades terapéuticas para personas con problemas con las drogas y tratamientos ambulatorios durante cuatro años, actualmente recibe una pensión de reinserción por depresión. En la actualidad continúa consumiendo cocaína siempre que puede y no cree que pueda dejar de hacerlo de momento.

Jo espero baixar el consum, consumir menys, perquè agafó por. Actualment m'esforço per consumir menys. Ara tinc la RAI i la PNC i me les han donat per depressió forta, i tinc un judici encara per a que em donin l'absoluta... O sigui que... Em solucionaria una mica. És difícil insertar-te al mercat laboral una persona com jo, amb depressió... No em volen agafar, ja per això has d'anar... Ara no em veig treballant, m'agobiaria molt. M'aniria bé, però bueno, no sé si m'aniria bé guanyar molts diners, i així estic bé, sense guanyar tant, que no guanyant més, és una manera de regular-me també.

ANTONIO, 45 años. Aunque empezó a estudiar FP, a los catorce años ya estaba buscándose la vida en la calle para poder consumir drogas y salir de fiesta con sus amigos. Empezó con la heroína inyectada y acabó en una comunidad terapéutica a cambio de no entrar en prisión por pequeños delitos de hurto a los diecisiete años. Al salir pudo montar una empresa de construcción. Al dejar la heroína inyectada empezó con la cocaína esnifada. Consumía cada día de 3 a 4 gramos para afrontar su vida laboral y social. Después de arruinar la empresa y quedarse sin recursos, acude regularmente a sesiones de psicoterapia e intenta rehacer su vida con una ayuda económica de servicios sociales. Hoy día afirma no consumir nada, excepto antidepresivos y tranquilizantes.

Mi padre es una persona bastante rígida, por lo menos lo ha sido, porque después de tantas batallas... Porque no solo soy yo: mis dos hermanos, uno de cuarenta y otro de cuarenta y dos, han tenido problemas serios también con la cocaína. De hecho, uno de ellos, el más pequeño, tiene problemas serios todavía, tiene problemas serios con eso, y toma metadona. En fin, está todavía liado. Entonces... Mi padre se ha suavizado mucho, pero en sus tiempos, cuando yo tenía once, doce, trece años, mi padre era un tipo muy rígido, de esos que te pegaba en el culo y en la cabeza. Por lo tanto, mi familia ha sido un poquito estricta conmigo, lo que pasa es que yo nunca he hecho caso de esta disciplina.

TRITO, 39 años. Actualmente acaba de terminar los estudios de magisterio musical. Empezó a estudiar con treinta y tres años. Antes había trabajado siempre en la restauración, como camarero. A los dieciocho años probó la cocaína por primera vez y, aunque frecuentaba cada fin de semana discotecas y *afters* de ambiente, siempre realizó un consumo esporádico. A los veintidós años empezó a consumir a diario: era asiduo a locales de contactos y a salir de fiesta tres días seguidos. Al verse arruinado y pillado con el consumo intentó emplearse como trabajador del sexo. La misma noche en que empezó, volvió a su casa y se puso en tratamiento psicoterapéutico. Después de eso dejó el consumo progresivamente hasta dejarlo completamente en la actualidad.

Sempre he viscut en una família desestructurada per la manca del pare, i que de fet, en un principi, no em provocava problemes evidents, però sí que potser són problemes que han anat sorgint amb el temps, temes més interns... Ja estaríem parlant de coses psicològiques. Una família bastant humil per no dir pobre, amb recursos molt limitats en bastants aspectes... Només hi havien 2 persones que treballéssim i érem 4 a la família. També, arran d'aquesta separació del meu pare, un altre membre de la família va tenir problemes amb les addiccions; potser no va ser el detonant, sinó una sèrie de factors que van influir, però perquè et puguis fer una idea del que era la meua família.

El segundo grupo está caracterizado por nueve personas que mayoritariamente se inyectan cocaína o fuman cocaína base, manteniendo un contacto esporádico con el dispositivo asistencial, pero que sí están vinculadas a los servicios de atención social y a la asociación Arsu. Son 8 hombres y 1 mujer.

JOSEP, 61 años. Empezó a trabajar a los catorce años, aprendió el oficio de yesero. Casado durante treinta años y sin hijos, se vio sin ingresos después de la crisis de la construcción. Su matrimonio quebró. Bebedor y fumador de cocaína base desde los veinticinco años, sobrevivió con una ayuda económica de los servicios sociales. Durante un tiempo trabajó como traficante y distribuidor de cocaína a pequeña escala, hecho que le llevó a la cárcel durante cuatro años. Josep desarrolló una gran habilidad para elaborar cocaína base. Sus servicios todavía son requeridos entre pequeños y grandes traficantes de la ciudad, para probar la pureza de su mercancía. Ha colaborado en la elaboración de los vídeos sobre elaboración de coca base en esta investigación.



El que s'enganxa és perquè vol. És psicològic! Vaig estar al talegu ara al 2010 i els que estaven amb mi, que eren els jefes d'on estava jo, flipaven. A les dues setmanes d'estar allí em deien: «¿Josep, cómo puede ser que ni te acuerdes de la coca...?», i jo els hi deia: «Si no hay, no hay».

MARTÍ, 42 años. Terminó los estudios primarios. Empezó a los diecisiete años a probar la cocaína inyectada y la heroína, cuando amigos suyos volvían de la mili enganchados y él los siguió. Durante un año ingresó en una comunidad terapéutica. Al morir su madre tuvo que hacerse cargo del negocio familiar, una gran empresa de cárnicas. Se casó y tuvo una hija. Poco tiempo después empezó a fumar base y a inyectarse progresivamente hasta perderlo todo. Protagoniza también episodios graves de consumo de alcohol, peleas, desmadre, detenciones y accidentes... Intentó recuperar su casa y a su familia, e ingresó varias veces en distintos centros. De momento, no lo ha conseguido. Actualmente vive en una masía abandonada en las afueras de Reus, la vida en la calle está empeorando progresivamente su situación, continúa teniendo problemas con el alcohol y cuando tiene dinero se inyecta cocaína. Mantiene contactos intermitentes con el servicio de tratamiento.

Jo sé que tot això està en el món... Puc estar molt temps sense consumir, però... Vaig aprendre a donar-me missatges positius, que això no ho sabia... Abans em deien: «cuida't!», i jo pensava que «cuida't» volia dir «menja bé»... Però, malgrat tot, l'última vegada del meu procés vaig aprendre totes aquestes coses: cuidar-te, vaig tenir un tutor, un monitor que li deien Josep, i ell em va ajudar molt perquè per tonteries ens discutíem... Pues un dia em va ensenyar lo que era la salut mental... Això és evitar, en el meu cas... Una d'elles evitar tonteries, evitar-les, comentar-les... Perquè així no t'hi discuties amb l'altre i evitaves posar-te nerviós, pues això no ho sabia i ho vaig aprendre, és molt important la salut mental... I el que puc dir és que com més temps estiguis sense consumir: «¡olé tus huevos!» Que ho tornaràs a fer?, vale... Però torna't a preparar per a tornar a remuntar i a deixar-ho... I a tornar-ho a fer... I, poc a poc, en quatre o cinc tongades... Al final ho pots aconseguir. Ara és molt diferent si ho fas tots els dies, la persona està intoxicada, això és química, la persona s'embruta. D'això tens una feinada per sortir-ne.

José M.<sup>a</sup>, 32 años. No terminó los estudios secundarios. Es padre de dos hijos de los que no ha podido responsabilizarse. Consume heroína y cocaína inyectada y fumada desde los dieciocho años. Bebe alcohol y consume benzodicepinas. Tiene un gran conocimiento de las sustancias en general y ha dedicado gran parte de su vida al menudeo de cocaína y heroína sin haber contraído problemas con la justicia. Apenas ha tenido un trabajo estable en su vida. Sobrevive con ayuda de prestaciones sociales. Acudió al servicio de tratamiento al verse atrapado con el consumo de heroína.

Hace, sin exagerarte, no sé, un par de semanas fue mi último consumo, y ya te digo, porque no lo pagué yo, me invitaron y me lo tomé casi obligado, para no hacer sentir mal al otro, porque cuando estás así, si el otro consume y tú no consumes, y además si la has ido a buscar tú, puede llegar a sospechar que le has metido algo para hacerle daño, y esta carta no te la quieres jugar... Luego, también, según qué cultura sea, se lo puede tomar como un desprecio y puedes tener un pequeño problema cultural. Vale, entonces pues me he visto obligado, más o menos, entre comillas, porque me ha venido de buen gusto también consumirlo, bueno, simplemente espero no cruzarme más con esta gente y ya está, y bueno, referente a eso, poco más.

ALBERT, 46 años. De familia adinerada, afirma ser uno de los primeros *punks* de la ciudad. Empezó a los dieciocho años inyectándose *speed*, heroína. Nunca ha podido mantener un trabajo estable. Igual que José M.<sup>a</sup>, ha dedicado su vida al consumo de distintas drogas. Ha vendido su cuerpo algunas veces para conseguir dinero. El VIH y la hepatitis están menguando sensiblemente su salud.

Jo he passat les dues hepatitis al carrer; no me'n vaig enterar, i em deien: «estàs groc, tiu, estàs, groc», però com que vas tot penjat o tens el mono... Però la metadona ajuda molt, i això no hi era abans... Abans pastilles matxacades, valiums, tranxiliiums... Però les ganes de fotre't sí... Però si estàs sense consumir una setmana i tens metadona, podries passar, però sense metadona no passes.

MANUEL, 57 años. Sin estudios, acabó en la Legión española, destinado en El Aaiún (África). Se dedicó durante muchos años al tráfico de hachís en grandes cantidades realizando múltiples viajes de Cádiz a Reus. Ha distribuido cocaína y heroína en Reus y provincia durante más de quince años. Ha consumido cocaína fumada y esnifada, heroína fumada y todo tipo de sustancias psicoactivas durante toda su vida. Pasó ocho años en

la cárcel por tráfico después de un sople. Nunca ha tenido un empleo legal. Actualmente fuma cocaína base cuando puede y vive con su familia aportando parte de su pensión no contributiva. Aunque ha probado la inyección, nunca le gustó. Dice ser la persona que importó la modalidad del consumo de cocaína base al Camp de Tarragona.

Legionario, legionario, si no vales para esto cumple tu compromiso y vete.

JORDI, 38 años. Acabó los estudios primarios. Había trabajado cuatro años en una ferretería. A los diecisiete años se inyectó por primera vez. Más tarde empezó a consumir pastillas de éxtasis, tripis y rayas de coca en ambientes discotequeros de máquina. Se infectó muy rápidamente de hepatitis C. Este hecho descubrió su consumo a la familia y, desde entonces, casi ha estado más tiempo en granjas y comunidades terapéuticas que fuera. Después de muchos años de tropiezos y de volver a empezar, fue abandonando el consumo inyectado y transitó al fumado de cocaína. Después de más de dieciocho años de consumo, parece que definitivamente lo ha dejado. Actualmente tiene una pareja estable y trabajo.

Jo sempre ho he vist així... Jo vaig anar dels porros a l'agulla. La vaig deixar apartada... Completament. Va ser una cosa que ja no m'entrava més... Vaig començar a anar a les discoteques i què passa? Que vaig començar a prendre mig éxtasis... Per passar la nit ja en tenia prou, després ja no era mig, sinó un, vale? I què passa? Que al final ja no era un, sinó que me'n vaig prendre 35 en 4 dies, i 30 grams de coca pel nas... Què passa? Que quan jo vaig arribar a aquest límit el meu cap va dir: «ep, para!».

RAFA, 43 años. No terminó los estudios primarios. Empezó a trabajar en la construcción de muy joven con sus hermanos. Empezó a pincharse a los veintidós años, siendo sorprendido en la obra y despedido por ello. Nunca más volvió a tener un empleo. Pasó la vida como si fuera un jubilado, recibiendo una pensión no contributiva por haber contraído el VIH y la hepatitis. Estuvo varios años en la cárcel por atracos y robos. Vivió siempre en casa de sus padres. El consumo de alcohol, porros, benzodiacepinas, cocaína y heroína inyectada y fumada estructuraron su vida. Murió de sobredosis en diciembre de 2014.

Yo no me infecté por una chuta de VIH, fue por otra cosa, y la hepatitis, por otra persona, y encima me lo dijo, el chavo: era de noche, no sé lo que pasó, fue en la plaza Prim, en un hueco que había antes. Ahora ya no está este sitio.

Antes nos metíamos mucho ahí, en la calle, ¿eh? Pasaba la gente y todo... ¿Me entiendes? Y allí nos metimos muchas veces en la plaza Prim, ¿sabes? Donde está la zapatería esa. Pues estaba con dos hermanos, no te voy a decir los nombres, y encima me lo avisaron, uno de ellos me avisó: «Tengo la hepatitis». A mí me daba lo mismo... Si yo tengo lo otro, ya... Y bueno, y lo preparó con la suya o con la mía, no sé si fue con la suya, me parece que fue con la suya que lo preparó, era un chambo... Ya te explico, nos metimos otro, entonces quería coger una chuta... Pues la misma chuta la repartimos.

JOANA, 38 años. No terminó los estudios de secundaria. A los dieciocho años probó por primera vez la cocaína esnifada, antes solo había consumido porros y alcohol. Trabajó hasta los dieciocho años en el restaurante familiar, en un pueblo cerca de Reus. Durante este tiempo formó pareja con un hombre que se inyectaba heroína y cocaína, además de dedicarse a actividades delictivas como tráfico, robos y atracos. Joana participó en muchos de estos atracos e ingresó en prisión el mismo año. Allí empezó a consumir heroína y pastillas. Al salir de prisión empezó a consumir cocaína y heroína inyectada. Aunque pudo combinar su consumo con algunos trabajos eventuales, realizó algunos viajes a Colombia como mula, y los terminó con éxito. Actualmente no conozco su paradero. Colaboró amablemente en uno de los vídeos sobre el consumo inyectado y de cocaína base para esta investigación.

Dicen que, si compras primero la jeringuilla que la droga, trae mala suerte... Yo soy un poco supersticiosa, pero me encantan los gatos negros, me encanta que sea martes y trece... Y que se cruce el gato, es muy buena suerte, sin embargo, con esto de las jeringuillas, sí... Nunca compro la jeringuilla antes de tener el material, porque pienso: «Si tengo esto, pero si luego no puedo conseguir lo otro, me daría cabezazos...» O sea... Para no chinarme tanto. Primero me preocupo de conseguir lo más importante y después, la jeringuilla. A lo mejor tendría que ser al revés, pero no sé, primero el material, por esta tontería, no sé quién me lo dijo... Porque si tienes primero las jeringuillas o te para la policía o no puedes comprar... Siempre pasa algo... Y yo no sé... Y a veces he tenido antes las jeringuillas, o ha ido alguien a pillar, y el otro va a la farmacia de enfrente a por ellas.

ALFREDO, 39 años. Hijo de traficantes, dejó pronto la escuela y se dedicó al menudeo de sustancias entre sus amigos. A los catorce años empezó a esnifar cocaína y a los dieciséis, a fumarla en base. Al volver del servicio militar encontró un trabajo de comercial, pero volvió enganchado a la he-

roína fumada. Mantuvo su trabajo durante diez años, se casó y tuvo un hijo. Nunca dejó el consumo de heroína y cocaína fumada. Con la crisis económica su empresa quebró y se quedó en el paro, situación que mantiene hasta la actualidad. Hoy afirma que solo fuma alguna base de vez en cuando. Ha rehecho su vida sentimental con otra persona.

Hay que ser positivo con uno mismo. Yo he caído, por ejemplo, en esta droga, en este problema, que es un problema, pues tirar la vida otra vez para adelante, recuperar lo que has perdido para adelante, no del pasado, sino de decir: «Yo he hecho cosas malas, pues ahora tengo que hacer cosas buenas, porque si en las malas he estado en la calle y no he tenido a nadie, pues siendo bueno, pues sí, tengo que conseguir lo que tenía en el pasado, las cosas buenas como la familia, como los hijos y tal...». ¿Qué es malo? Claro que es malo. Todo. Los abusos son malos todos, pero bueno, hay gente que consume y lo lleva bien con la familia... Esto es un pacto que hay entre familias, bueno, tú consume, pero que no se te vaya la olla. Yo, si pudiera volver, no consumiría nada.

El tercer grupo de informantes está conformado por personas que esnifan cocaína regularmente y que nunca han acudido a un centro especializado de atención a las adicciones y que no tienen pensado hacerlo. El grupo está formado por 18 personas, 8 mujeres y 10 hombres.

CRIS, 25 años. Ha trabajado en locales de ocio nocturno de Salou como camarera y ahora como jefa de relaciones públicas, y lo combina con sus estudios de diseñadora gráfica. Empezó a consumir cocaína y *speed* a los dieciocho años, en ambientes radicaleros estilo *punk*. Nunca se ha planteado dejar el consumo, pero sí reducirlo, sobre todo por el tema económico. La mayoría de novios que ha tenido han sido consumidores y fiesteros. Le gusta mucho combinar los consumos de éxtasis con estimulantes como cocaína y *speed*, piensa que hasta que no deje de salir de fiesta no va a dejar de consumir nunca.

Entonces... Poniendo copas me da igual, es que estoy tan acostumbrada a ir borracha ahí, que no me... Y, aparte, yo no tengo que estar en la barra poniendo copas; yo tengo que animar a la gente, o sea, yo me tengo que... Si me tengo que subir a la barra, me tengo que subir a la barra a bailar, tengo que montar fiestas de disfraces, disfrazarme, estar con la gente, yo tengo que crear buen rollo y buen ambiente, y borracha lo hago mejor, no te lo voy a negar, mis jefes, de hecho, me dejan beberme alguna copilla y a mis compañeros, no, porque saben que yo, si no, no me muevo, yo me... Aparte que es que me duermo... Me duermo porque me aburro.

LOIDA, 33 años. Trabaja de peluquera y de camarera en una discoteca de Tarragona. Terminó los estudios secundarios. Consume sustancias psicoactivas para ir de fiesta desde los veintiún años. Su ideal de vida es poder montar su propia peluquería y encontrar al hombre de su vida. Nunca ha percibido el consumo de drogas como un problema. Le encanta acudir a *rave parties* y colocarse durante dos o más días seguidos.

Hace muchos años, bueno, yo empecé tarde, con veintiuno, pero *non stop*, no en grandes cantidades, sino siempre de ocio nocturno, cuando... Al principio, antes de trabajar en la noche, yo salía por la noche, me iba de *rave*, y claro, yo consumía, llevo, pues... Pues catorce años consumiendo... No, ya te digo, no son grandes cantidades, hay temporadas que más, temporadas que menos, hay... Igual puedo estar dos meses sin tomarme nada y luego, de repente, coincidir que vienen unas fiestas determinadas o que... Bueno, pues que estoy como más abierta.

MELI, 34 años. Terminó los estudios de secundaria. Actualmente trabaja en una empresa promotora de espectáculos de ocio nocturno, eventos, conciertos, fiestas. Empezó de camarera y ahora tiene un cargo de coordinadora de eventos. Vive en pareja, él también consume, pero no acostumbran a salir juntos, cada uno con su peña. Consume cocaína, éxtasis, *speed*, porros y alcohol los fines de semana, que a veces van de viernes a lunes. Meli se plantea algún día acabar con el consumo de fin de semana. Considera que es un pez que se muerde la cola y que al final pasa factura física y psíquica.

Pues eso, que estás trabajando toda la noche, muchos días que dices ya que no, no este día... De jueves a domingo no, ¿no? Pero a veces aguantas el jueves, aguantas el viernes y el sábado ya es de... Nos vamos todos de fiesta, ¿no?

LAIA, 39 años. Terminó los estudios secundarios y se puso a trabajar de administrativa en una empresa comercial en la cual continúa trabajando. Tuvo un hijo con su anterior pareja. Consume cocaína desde los veintiuno, siempre en fines de semana y de manera instrumental. Ha compartido consumos con sus dos últimas parejas. Empezó a consumir cocaína base con su actual pareja a los treinta y seis años, nunca la había probado antes. Después de una etapa de descontrol con la base, ha conseguido frenar los consumos y dominarlos. Continúa consumiendo los fines de semana con su pareja y amigos. Le preocupa bastante cómo va a enfocar la educación

sobre drogas con su hijo. No cree que debiera plantearse cuándo dejar de consumir drogas. Meses después me contactó un par de veces para continuar charlando del tema.

A partir d'aquí estic com a uns tres anys o quatre, fins els 33 o així, que va ser quan em vaig separar, que aquest és un altre punt d'inflexió de la meva vida en el qual també torno a fer un canvi d'actitud. Me n'estic adonant ara de què, cada vegada que tinc un punt d'inflexió, tinc un desfase amb les drogues...

MARTA, 42 años. Tiene estudios universitarios de comercio. Ha trabajado en muchos sectores comerciales, pero nunca de lo que estudió. Tuvo una hija con su expareja hace cinco años. Actualmente tiene otra relación con la que espera tener más hijos. Consume cocaína y otras drogas, principalmente *speed* o éxtasis en fiestas y fines de semana. Considera que lo va a continuar haciendo toda la vida, ya que las drogas le aportan cosas positivas siempre, como diversión, evasión y una comprensión más amplia de la vida y las relaciones sociales.

Jo amb les drogues sempre m'ho he passat molt bé. A veure, les drogues tenen el seu perill, i si et passes estàs perdut, però si no et passes són de puta mare... Llavors vaig provar l'speed... Uns amics de ma germana, que els hi baixaven uns amics del País Basc, l'speed de manzanita i la pasta d'speed, que la feiem per poder prendre'l, l'assecàvem i el teníem allà... En teníem bastant... El teníem molt a l'abast, la veritat. I dintre de tot, i que he tingut les drogues molt a l'abast... Enganxada a algo no ho he estat mai, enganxada vull dir de no anar a treballar o estudiar o deixar les coses penjades... Un s'enganxa quan deixa de fer les altres coses, o realment quan comences a prendre'n cada dia, i això no ho fet mai.

JOAN, 39 años. Empezó la universidad, pero no terminó los estudios. Ha trabajado desde los dieciséis años en muy distintos sectores. Empezó a consumir cocaína a los diecinueve años en ambientes de discotecas má-quina a finales de los noventa. A los treinta y cinco marcó su punto más elevado de consumo de cocaína y otras drogas, principalmente cannabis y éxtasis. Después, progresivamente, ha reducido su consumo, siempre en fin de semana y muy relacionado con su red de amistades. Actualmente consume cocaína esporádicamente, ha dejado los porros que consumía a diario y piensa que, a la larga, va a cesar sus consumos de cocaína totalmente.

Quan entres al món de pastilles i les discos, inevitablement arribes a la cocaïna, jo ja devia tenir 18 o 19 anys segur... M'enrecordo de la primera vegada, curiosament, perquè em van fer una foto aquell dia i la tinc a aquí a casa... Em va fer gràcia, perquè eren les 10:00 del matí, i així que no havíem dormit, evidentment, i em van fer una foto, i la meva mare va dir: «què guapo que estàs en aquesta foto», i la va posar en un marc i l'he vist tota la vida.

MIQUEL, 42 años. Tiene estudios universitarios superiores de química. Trabaja para una gran empresa petroquímica de la zona desde que terminó los estudios, está casado y sin hijos. Empezó a consumir cocaína a los dieciocho años, esporádicamente. Su pareja no ha sabido nunca de su consumo. A partir de los veinticinco años ha consumido casi cada fin de semana con sus amigos. Para él forma parte de la vida ritual social, como el alcohol. Siempre le ha gustado y nunca ha tenido problemas por ello. Sufrió un ictus leve hace cinco años. Se mantuvo sin consumir un año, pero después volvió a consumir los fines de semana cada quince días, más o menos. Miquel me ha acompañado en muchas sesiones de trabajo de campo nocturno.

Fa casi vint anys que en prenc i mai m'ha passat de pillar-me els dits ni res... De moment no, ni he tingut mai cap mal rotllo de dir: «hòstia que m'ha sentat malament o n'he pres massa i estic embafat...»

MÓNICA, 47 años. Siempre ha trabajado en empresas dedicadas a la confección y moda. Hace dos años acabó en el paro, pero ahora trabaja para una gran cadena de supermercados. Aunque empezó a los veinticinco años a tomar drogas de manera recreativa, cuando lo hizo ya nunca paró. Solía salir de fiesta de viernes a domingo y consumir cocaína, éxtasis, *speed* y alcohol sin que este hecho influenciara negativamente en su vida o trabajo. En la actualidad solo consume cocaína, algunas veces entre semana también, aunque reconoce que ha bajado mucho el ritmo. Piensa que, si algún día lo deja, será de manera espontánea y natural.

Si tuviera algún problema con el consumo, no sé... Me imagino que si viera que realmente tuviera un problema, sí que haría algo, imagino que iría al médico y se lo comentaría, y a informarme, no sé, al médico de cabecera... Pero nunca lo he comentado hasta el momento... Bueno, de fumar sí que he consultado, pero de consumir otras sustancias, no... Me imagino porque no venía al caso ni tampoco me lo han preguntado.



JAUME, 42 años. Acabó los estudios de secundaria y, al terminar, abrió una empresa de maquinaria agraria que todavía regenta con éxito. Tiene tres hijos y está separado. Actualmente vive solo. Empezó a consumir cocaína de manera lúdica a los veintitrés años, manteniendo consumos instrumentales para ir de fiesta hasta los treinta y cinco. Cuando se separó, el consumo fue en aumento hasta estabilizarse a medio gramo por semana para consumo individual, dentro de las posibilidades económicas, en grandes fiestas y eventos. Piensa que la vida ya lo llevará, quizá, algún día, a dejar de consumir, pero de momento ese día todavía no ha llegado. Jaime se prestó a que le acompañase a comprar cocaína: cuando tenía que ir y se acordaba, me llamaba.

Al principi compraves un gram, i bueno, el gram et durava un cap de setmana i no erets l'únic que te'l foties, era tot el grup que anaves, i entre tots te'l foties, i al principi era un cop al mes, o potser un cop cada quinze dies... Mesos que no la tocaves, després dos o tres mesos que la tocaves més, no era una cosa tant regular com podria ser ara.

DANI, 39 años. Acabó los estudios de secundaria. Empezó a trabajar a los dieciséis años en todo tipo de trabajos. Actualmente es encargado de un almacén de productos informáticos. Consume cocaína y otras drogas los fines de semana desde los diecisiete años. A pesar de que en algunas épocas de su vida reconoce que se pasó de la raya, ha aprendido a gestionar su consumo. Lleva trapicheando con cocaína y hachís desde los veinte años, siempre y únicamente para sus círculos cercanos de amistades, sobre todo para costearse su consumo. Dani ha sido uno de los informantes clave de esta investigación, pues, aparte de poder entrevistarle, me presentó a algunos de sus clientes con el mismo objetivo, y me permitió permanecer en su casa para realizar sesiones de observación en horarios de venta.

Jo me'n vaig donar compte jo mateix. L'època que guanyava bé, que em fotia molt de fato, sortíem molt, cada dia casi... Pillàvem un pollo al dematí, anàvem a buscar un altre, divendres i dissabte un altre... és fato, tot això, per mi ara mateix és impensable, i acabaves de currar i només pensaves en sortir i pillar farlopa, i a vegades havia pillat el dimecres i havia de tornar a pillar perquè ja m'ho havia fotut el dijous. És perillós tenir-ne si no ho saps portar... Ara també me'n fotu, i a vegades no em ve de gust... A vegades perquè potser no estàs bé, tu... I t'en fots... Què l'haig de dir.

IVÁN, 55 años. Tiene estudios de FP, vive solo y trabaja en atención al cliente en una empresa automovilística desde hace treinta años. Empezó a consumir cocaína a los veinte años, siempre en ambientes festivos. A los treinta y cinco empezó a distribuir cocaína a pequeña escala, actividad que continúa realizando actualmente. Nunca ha experimentado problemática asociada al consumo, aunque sí lo ha podido observar en amigos u otras personas que ha conocido. Equipara el consumo de cocaína al de un buen alcohol: no puedes abusar, pero puedes consumirlo siempre que quieras.

No era com l'heroïna, era un concepte diferent. A l'heroïna li tenies por. Al principi no perquè no ho sabia ningú, però la gent que s'enganxava ara està morta. En canvi, la cocaïna era algo inofensiu, era algo com l'alcohol. No era algo al que li tenies por ni res d'això, era algo fiesteru, sempre ho ha sigut, de fiestera.

MIRIAM, 37 años. Es fisioterapeuta y trabaja en un hospital de Tarragona. Empezó sus consumos a los dieciocho, con sus amigos y solo el fin de semana. Actualmente tiene dos niños y está casada. Al quedarse embarazada paró todo consumo, en realidad afirma que esto ocurrió en un buen momento, pues llevaba un par de años en que ya no solo se limitaba a consumir los fines de semana con los amigos, sino que toqueteaba la cocaína casi a diario, en pequeñas cantidades, la usaba para realizar cualquier tarea o relajarse en casa. Aunque ahora no consume nada, sí piensa en poder realizar consumos de cocaína esporádicos y recreativos más adelante, pues no cree que pueda perjudicarla en ningún aspecto de su vida.

Al final potser sí, sí que hi va haver unes èpoques... Va ser quan vaig deixar de prendre'n, cap als 31 anys. Sí que m'havia plantejat alguna vegada que em podia el fet de prendre'n perquè sí. No és que la necessités per estar bé, però em venia de gust a qualsevol hora, no socialment.

ANA, 36 años. Es animadora sociocultural y estudió Trabajo Social, aunque nunca ha ejercido como tal. Tiene dos hijos de una relación pasada. En los últimos años trabajó los fines de semana en un *pub* como camarera para ganarse un sobresueldo. Empezó a consumir cocaína a los veintiocho años. Antes había probado el *speed* y los *tripis*, pero nunca mantuvo consumos sostenidos. Actualmente vive en pareja, con la que sí intensificó sus consumos de cocaína, sobre todo los fines de semana, pero también durante alguna salida entre semana a cenar o a tomar unas copas. Piensa que con moderación puede ser un buen aliciente, pero que las veces que

ha abusado, sobre todo de cocaína y alcohol, no se ha sentido muy bien anímicamente, y que, aparte de tener un mal beber, la cocaína intensifica la resaca moral. Hoy en día ha reducido sus consumos porque ha dejado el trabajo en la discoteca. Imagina una vida en la que los consumos sean muy esporádicos o inexistentes. No le gustaría que sus hijos supieran todo lo que ha consumido.

Yo creo que era para evadirme. Empecé como muy sin pensar. A mí no me ha afectado tanto. Tampoco es que digas que lo uso para no pensar en nada, pero que bueno, que, si realmente no estás bien, es una cosa que te toca, que te jode, que te hace que salgan tus cosas.

SERGI, 38 años. Estudió Psicología, pero trabaja como educador social con menores y, cuando puede, en proyectos de cooperación internacional. Empezó con los consumos de cocaína a los dieciocho años, pero nunca le interesó mucho, sobre todo por el precio, y porque le gustaba experimentar con otras drogas, setas, tripis o éxtasis. Hace cinco años, a raíz de un cambio de trabajo, y mientras acababa la carrera estudiando por las noches, empezó a utilizar la cocaína para aguantar más, y, poco a poco, también para salir. Muchos de sus amigos ya consumían asiduamente los fines de semana, pero en los últimos años dice poder consumir por lo menos un gramo al mes. No cree que a él le pueda ocasionar problemas, pero cree que la cocaína puede desestabilizar a una persona que no esté cien por cien bien emocionalmente.

Me gusta consumirla cuando puedo o quiero, sobre todo con mis amigos cuando salimos a beber, no te emborrachas tanto y te da chispilla. Lo peor de todo es la calidad: muchas veces te metes mierda y no sabes por qué lo haces.

GERARD (39), JACOB (41), JOEL (43) y ARCADI (54). No fueron entrevistados en profundidad, pero al formar parte de mis círculos de relaciones personales más cercanos les propuse, en cambio, participar en el proyecto, acompañándome en las sesiones de trabajo de campo en espacios de ocio nocturno como ayudantes, por si algún día veían o tenían ocasión de informarme de algún tema de interés relacionado, y colaborar en la recogida de muestras para el posterior análisis. Todas sus referencias transcritas en este trabajo han sido registradas con el teléfono o mediante notas. Las numerosas reuniones informales, comentarios y aportaciones me han servido de gran ayuda en momentos de bloqueo y desazón. A todos ellos, muchas gracias.



## LA GESTIÓN COTIDIANA DE LA COCAÍNA

### *La transición entre diferentes vías de consumo*

En esta parte de la investigación se resume cuáles son las principales vías de administración de la cocaína, sus usos e implicaciones con los consumidores. En general, la principal vía de administración es la esnifada, modalidad a la cual he dedicado más espacio analítico-descriptivo y de la cual se han recogido más testimonios informantes y más material etnográfico. La descripción de la técnica de inyección y la de fumado de la base de cocaína, por su complejidad y por su menor conocimiento, ocupan menos volumen, pero no por ello son menos importantes para obtener una visión global de su uso. Es indispensable a mi parecer conocer exhaustivamente las técnicas y procedimientos de elaboración de estos preparados para poder implementar modelos de intervención efectivos y de optimización de intervenciones de reducción de daños y riesgos, así como entender las distintas lógicas de su consumo desde una perspectiva hermenéutica. Avanzando algunas de las conclusiones de este estudio, las medidas reactivas o «apagafuegos» que proporciona el modelo de reducción de daños y riesgos no son suficientes para afrontar un problema que es estructural y que necesita de medidas proactivas que influyan en las políticas de drogas (Grund, Coffin, Jauffret-Roustide *et alii*, 2010; Parés, 2013).

La cocaína o clorhidrato de cocaína es una sal blanquecina, mayormente en forma de polvo o semirroca, y de apariencia cristalina si no está muy cortada con otras sustancias. Es totalmente soluble al agua y por eso puede ser absorbida por las mucosas corporales (nasales, rectales o genitales) o inyectada en una solución acuosa.

El consumo inyectado del clorhidrato es el que permite una mayor y más rápida absorción de la sustancia por el cuerpo, facilitando que el 100% de la dosis llegue al torrente sanguíneo y, por tanto, al cerebro. La base de cocaína, por otro lado, permite una absorción bastante eficiente y rápida de la sustancia, semejante, aunque no tan potente y eficaz como la inyectada.

La vía intranasal se considera la menos efectiva, ya que permite arrojar al organismo aproximadamente solo un 40% (Fattinger, Benowitz, Jones *et alii*, 2000) de la dosis utilizada y va a tardar unos minutos en alcanzar el torrente sanguíneo. Este factor, según Díaz (1998: 175), más el de la duración de los efectos, puede ser una de las variables para tener en cuenta en el estudio del comportamiento adictivo, pero solo es un factor importante, no determinante. La vía de consumo oral no se ha tenido en cuenta en este estudio por no encontrar patrones de consumo significativos entre la muestra.

La cocaína base, o *vasuco*, obtenida del clorhidrato de cocaína mediante su disolución en amoníaco o bicarbonato, tiene una baja solubilidad en agua (sulfato), no permite su consumo inyectado<sup>21</sup> ni su absorción por las mucosas, y su consumo óptimo será en este caso el fumado.

Es común entre usuarios de drogas inyectables transitar de una vía de administración a otra: fumado-inyectado. Southwell (2005: 119) apunta algunas de las consideraciones clave en este sentido:

Inicialmente, se empleó el término «transición» simplemente para describir el cambio entre la no-inyección y la inyección para la administración de la heroína. En algunos contextos nacionales las vías no inyectables de administración eran casi inexistentes en la década de 1990 (por ejemplo, Italia, España, Francia e Irlanda). Al mismo tiempo, en los países con importantes poblaciones de consumidores de heroína no inyectables, la alternativa preferida a la inyección no fue de ningún modo homogénea (*chasing the dragon* o fumado en papel de plata en el Reino Unido y los Países Bajos, esnifado en los EE. UU. y fumado en cigarrillos en Pakistán) (Strang, Griffiths y Gossop, 1997). La elección de la ruta o puerta de enlace parece estar influenciada por dos factores:

- Cultura: El modo dominante de la administración dentro de una subcultura determinada, que Strang, Griffiths y Gossop (1997) sugieren que crea un sentido más fuerte de la identidad de las características más generales de ser un consumidor.

21 Aun así, es posible conseguir inyectarse el *crack* o la base mediante un proceso de reacidificación del clorhidrato: «En los últimos años, los informes de la inyección de *crack* han surgido de los EE. UU. y algunas ciudades europeas. El *crack* es la cocaína preparada específicamente para fumadores (generalmente por el distribuidor) mediante la separación de la base del clorhidrato. Para inyectar *crack*, hay que transformarlo en su forma ácida (ya que, probablemente, el consumidor fue incapaz de encontrar cocaína en polvo). Cuando se prepara para la inyección, el *crack* se acidifica en la misma manera que la base de la heroína del sudeste asiático, añadiendo unas gotas de limón» (Grund, 2005: 23).

- Mercado: El tipo de producto disponible dentro de un mundo de las drogas, dado que por ejemplo la heroína marrón (heroína base) se presta a fumar mientras la heroína blanca (heroína sal) tiende a ser inyectada o inhalada.

Los usuarios de drogas con un perfil dependiente son propensos a experimentar cambios en su relación con las sustancias, estableciendo progresos ni lineales ni uniformes en su «carrera» como consumidores, véase por ejemplo las transiciones entre vías de consumo anteriormente apuntadas, a las que podemos añadir las transiciones de esnifado a fumado.

Yo cocaína y chocolate... Sí, estoy en un 15 de metadona... A mí me pone el caballo, ¿no ves que bajo estoy? Yo me meto un pico de caballo y me pone doblao... Prefiero fumármelo a veces, ¿sabes? Porque tengo una amiga, tiene su casa, vive sola, y ella va de fumao... Antes iba de aquí [vena], hace tiempo lo dejó... La coca se la fuma en base, vasuco, botella..., y el caballo se lo fuma en plata... Yo a veces también, hago la voluntad esa y digo: «Venga, va, y así no me la chuto...». Voy a su rollo si estoy con ella, porque voy mucho, por ejemplo, ahora la puedo llamar y decir: «¿Dónde estás? ¿En casa? Pues bueno, en 20 minutos voy pallá... ¿Qué vas a venir? ¿Qué vas a venir?». Y le pongo los dientes largos... Ya sabe que voy a pillar dos, una de cada, para fumárnosla, y en base, porque yo no sé fumarla, yo no sé hacer la base ni fumar, yo pongo el tubo y ella me hace correr la gota... «Tú aquí»... Y a soplar. Y no me lo pincho, el caballo no me lo pincho hace tiempo... Me da pánico... Pero solo con esta chavala y punto... RAFA

Bueno, los que eran mis amigos ya no lo son, evidentemente, porque pasan todos de meterse rayas con los amigos a fumar vasuco y a estar en su casa enganchadísimos... Dejan de tener amigos, son capaces de robarle al que pasa por al lado, acaban como los yonquis de heroína, pero de cocaína... ROSA

Tales cambios pueden ser atribuidos a las consecuencias físicas del consumo sostenido, lo que puede llegar a ser exacerbado con el tiempo. Cuando los no inyectores experimentan problemas crónicos, o los fumadores, «flema del pulmón verde» (irritación del tracto bronquial causada por fumar heroína), o daño en las fosas nasales (vinculado a la inhalación de cocaína), esto puede reducir su apego a esas opciones y alentar las transiciones a la inyección (Southwell, 2005).

Però la botella sí que m'ha agradat, m'ha entrat a dintre... I m'ha agradat, perquè ja no tens que burxar-te els braços, i puc anar amb samarreta curta encara que es vegin els callos, però es van curant... Però sempre queden... Home, des dels 16-17 anys és normal que quedin callos als braços pel simple fet de que punxat arriba un moment que comences a marcar-te tota la pell i a fer-te callos. Però no t'embrutes les mans amb la plata i no et rasques la cara, punxar-te és més ràpid i més pràctic, amb un moment ho tens fet, però després no et pots posar màniga curta, has d'anar amb la jaqueta sempre. Això m'ha influït molt a l'hora de passar-me a fumar, sobretot quan arriba l'estiu. JORDI

Otro tema clave vinculado al desarrollo de la «carrera de consumo» es la prolongación del tiempo de consumo, por ejemplo, de esnifar o fumar (ya sea en papel de aluminio o en cigarrillos). Dada la naturaleza de baja dosis de estos métodos de administración, se vuelve cada vez más laboriosa la tarea de compensar la tolerancia, por lo que las dosis van progresivamente en aumento.

Pues empecé esnifando, pero —y no me acuerdo cómo fue— que volví a inyectarme... Llegó un momento que por la nariz ya no te hace lo mismo y... Lo que me acuerdo es que yo no tocaba la coca, porque siempre he sabido que la coca es lo peor que hay, mil veces peor que el caballo... Y entonces procuraba no tocarla, pero un día vi a un amigo que hacía muchos años que no veía, y me dijo: «¡Ostras! ¡Cuánto tiempo! Ven que te invito». Y él hablando y tal y yo no me di cuenta y puse coca... Y me lo puse... Y le dije: «¡Hostia! Esto lleva coca, ¿no?». JOANA

Los usuarios pueden inicialmente negarse a la inyección de manera sistemática, es decir, nunca habérselo planteado; han puesto de relieve cómo estas resistencias pueden erosionarse con el tiempo si los no consumidores están expuestos repetidamente a compañeros que hablan de chutarse y sus efectos, o presencian el acto de la inyección también repetidas veces (Hunt, Stillwell, Taylor *et alii*, 1998).

Jo era bastant jove, porros, tripis, speed, etc. Bastant jove. Gent que s'injectava i com que anaven d'heroïna s'adormien, no m'agradava, no em volia dormir, ara no passa tant, abans anaves al bars i la gent s'adormia del colocón... La primera vegada que em vaig injectar va ser amb speed. ¡Em va fotre una trompada...! Jo ho veïa cada dia i li perds la por, això és com tot, al veure-ho cada dia... Un company meu doncs... Ell s'injectava heroïna... Al cap d'un temps em vaig començar a injectar speed... I quan tenia mono d'speed em fotia heroïna i la heroïna et fa passar tots els mals, després ja va venir l'heroïna amb l'speed. ALBERT



Yo cuando empecé a inyectarme fue en una etapa muy tonta que tuve con diecisiete años, pero no llegó a ser nada grave, nada acentuado, porque no tuve que pasar por ningún médico ni por drogodependencias, o sea, no llegó a darme síndrome de abstinencia, ¿vale? A los veintisiete fue cuando empecé a hacer el tonto porque me puse a vender, y entonces, claro, al tenerlo tan al alcance y al tener tantos conocimientos de gente que venía a comprar y me decía cómo se tenía que hacer... Pues bueno, el caso es que acabé haciendo más el tonto, con cocaína y heroína... Y es lo que me ha llevado aquí. José M.<sup>a</sup>

Aquesta va ser la primera enganxada que vaig tindre. I sobre el tema de la coca et puc dir que hi han dies que avui vas a comprar en aquest, l'endemà vas a l'altre, clar, el que em va passar que com no tenia cotxe per anar a Reus doncs resulta que anava a un yonqui, i a aquest yonqui l'he vist agafar aigua del parabrises, aigua d'un xarco, per a que vegis lo desesperat que estava el personal quan... I vaig començar amb ell, i tant de veure «pim pam» i tant de veure com es punxava jo vaig arribar a provar la coca per la vena, i sobre tot *speedball*, cavall i coca, perquè és una sensació que primer et puja la coca i després el cavall et deixa tranquil, és una droga... I em vaig veure molt malament, quan portava ja uns mesos, no em punxava tots els dies però... MARTÍ

Así como el usuario de drogas progresa a través de su «carrera de consumo», también puede cambiar su percepción de sí mismo o el sentido de la participación e implicación en el mundo de las drogas. La preocupación de que convertirse en un inyector o fumador de base dará lugar a una «identidad yonqui» puede disiparse si su estilo de vida y condiciones sociales en sentido amplio (por ejemplo, la delincuencia, la falta de vivienda, etc.) ya están presentes en el *modus vivendi* de la persona.

Llavors vam anar a viure a casa dels meus pares, en una habitació per nosaltres, molt, molt petita. Va ser «el no va més». I vinga a fumar. Ella agafava i se n'anava a la carretera, i quan tenia 20 o 30 euros agafava dos o tres «papeles», una de cada o dos de cada, o així... Jo em vaig començar a enganxar, no sortia, no feia res, la esperava a ella a que vingués o l'anava a buscar a les 12 o a les 11, quan tenia ella diners, i cap a casa. O a esperar. Un calvari. Fotia un parell de mamades o tres i ja està, o a saber lo que feia, i jo l'esperava a ella, a casa... I em vaig començar a enganxar perquè ja ho necessitava, ja estava apartat de la gent, no sortia, només l'esperava a ella per a consumir [...] Jo sabia que era més addictiu o igual que injectat, però no en fas cas perquè no estàs centrat, estàs aïslat de la societat, no vols veure ningú, passes de la gent, i jo estava sense feina... Això influeix molt, també. Hi havia alguna empenyada: era quan ella arribava a casa i vinga, em donava una ratlleta o em portava gent i es punxaven a casa, i jo deia: «això no pot ser!» A mi em feia molta cosa, però després ja no... Ella no es punxava, jo tampoc, fumàvem tots els dies. Després ens vam separar i jo continuava. CARLES

Mientras que muchos fumadores de heroína o cocaína transfieren a la inyección, otros son resistentes y parecen establecer duras reservas contra tal progresión, sosteniéndose fuertemente en una identidad positiva como un no-inyector (Southwell, 2005: 127). Podemos aplicar el mismo esquema al fumado de cocaína e inyectado. El rechazo a sostener una identidad «yonqui» muchas veces viene dado por el miedo a la infección de virus como el VIH o la hepatitis y el riesgo de sobredosis, junto con la repulsión a la sangre, siendo los dos factores principales de resistencia para los no inyectores.

Transiciones inversas también pueden llevar a cambios en la identidad del consumidor, lo que refleja el deseo de una participación más moderada, o el deseo de consumir drogas de forma controlada. Southwell (2005: 121) describe este tipo de grupo que mantiene consumos controlados como «recuperados» o «vencedores», y para muchos un cambio en la vía de administración es un componente crítico en esta conducta adaptativa. Otros pueden regresar al consumo después de un periodo de abstinencia y ver el cambio a la no inyección como un paso importante para liberarse de los patrones de conducta aprendidos y profundamente arraigados<sup>22</sup>.

Enseguida me dieron trabajo, me apunté al INEM y me dieron trabajo en Valls, pero estuve un año y me fui, porque ahí recaí con la cocaína. Nada más salir de ahí, la heroína no la volví a tocar, pero ahí ya empecé con la cocaína. Recaí con la aguja con la cocaína, recaí con el consumo de drogas, pero con una droga diferente. Hasta entonces fue la heroína, pero después fue la cocaína. La cocaína la había probado, pero no me gustaba, no era mi droga, yo era de heroína, pero a partir de que salí de ahí la heroína me dio un poco de miedo, pues me lie con la cocaína, bueno tuve un tropiezo bastante grande, y luego ya lo dejé. Un año y así estuve. Y luego ya la aguja la dejé definitivamente y estuve unos años abstinente de todo, me volví a Reus. ANTONIO

En resumen, podemos considerar que la ruta de enlace hacia una determinada manera de consumir vendrá determinada por el estilo y características de consumo del subgrupo o subcultura de iniciación, al mismo tiempo que esta vendrá condicionada por las sustancias y su tradición de consumo que estén disponibles en el mercado. Por otro lado, las transiciones hacia un tipo de vía de consumo u otro estarán influenciadas por las consecuencias físicas de un consumo sostenido en el tiempo, la tolerancia

22 Véase también Romaní y Rimbau (1992), quienes llegaron a las mismas conclusiones en su trabajo.

desarrollada hacia determinadas sustancias, la exposición repetida y observación de una determinada vía de consumo, las condiciones sociales y estilos de vida adoptados por los individuos, cambios en su identidad y la resistencia hacia la inyección por ser considerada una práctica desviada. Bourgois (2004: 95) afirma: «Las cualidades farmacológicas de las drogas son virtualmente insignificantes fuera de sus contextos político-económico y socioculturales». Pero quizá deberíamos matizar esta aseveración, introduciendo que las cualidades farmacológicas de las sustancias psicoactivas se ven notablemente comprometidas frente a los contextos político-económicos y socioculturales donde se dan. Para acabar de matizar esta cuestión propongo revisar la definición de Romaní (1999) sobre el amplio concepto drogas:

Sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.) pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan (1999: 53).

### *La inyección de cocaína y el miedo de los ochenta*

La inyección de drogas para consumo recreativo o no médico fue un fenómeno principalmente occidental hasta bien entrado el siglo xx<sup>23</sup>. Pero la globalización y la prohibición mundial de las drogas han dado lugar a la difusión por todo el mundo de la inyección de drogas, más notablemente en las zonas de producción de drogas y subregiones adyacentes, donde se consumían tradicionalmente preparados más leves de los mismos alcaloides (o sus precursores) a través de modos menos peligrosos de administración<sup>24</sup>. En 1992, 80 países informaron del consumo inyectado a la Organización Mundial de la Salud, y se pasó a 136 en 2003 (Grund, 2005: 11). En cuanto al consumo de drogas vía intravenosa, las Naciones Unidas, la Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD), el conjunto de los Estados del programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el

23 Véase Pates y Wichter (2005) para un completo trabajo sobre la historia de la inyección de drogas.

24 Véase el caso de Colombia, productora importante de heroína, que no ha introducido masivamente el consumo inyectado hasta hace unos pocos años.

Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman conjuntamente que el número de personas que se inyectan drogas en el mundo es 12,7 millones. Eso corresponde a una prevalencia de 0,27 por ciento de la población entre 15 y 64,2 años. El problema es particularmente mayor en el este y el sudeste de Europa, donde la tasa de consumo de drogas inyectables es 4,6 veces mayor a la de la media mundial (UNODC, 2014: 11).

En España la encuesta EDADES 2013 (PNSD, 2015) estima el número de consumidores de drogas por vía intravenosa a partir de una muestra de usuarios reclutados en centros de tratamiento. Las respuestas válidas obtenidas fueron de 1.213 usuarios, dato que dio lugar a una estimación de 4.417 personas que se habían inyectado recientemente en 2012. Como se ha explicado en el caso del consumo problemático de heroína, esta cifra es probablemente subestimada. Una estimación paralela que se hizo aplicando un multiplicador para el número de usuarios vía inyectada obtuvo la cifra de 8.809 usuarios, un 0,038% de la población entre 15 y 54 años.

El uso de la aguja tiene gran importancia simbólica en todas las culturas de la droga, ya que se ve como el divisor entre drogas «blandas» y «duras» (Oretti y Gregory, 2005: 60) y su iniciación es vista como el momento en que una persona transita de ser un «usuario» a un «adicto». En realidad, tiene un gran poder y efecto simbólico<sup>25</sup>.

Es más adictivo, porque la hostia es diferente, hay un subidón muy rápido y eso te engancha más. Está el enganche de la preparación, preparar la pipa y eso, que esto te deja como un enganche, y luego la chutada pues igual. Estar preparando el pico y todo, esto es una rutina que luego incluso... Que cuando yo he estado metido en la heroína he llegado a meterme una chuta vacía, ponérmela y solamente bombearme la sangre, solamente por el ritual de meterme el pico, sin nada dentro; o amigos míos que se han metido alcohol, alcohol de curar, un cinquillo de alcohol a ver qué pasa o chutarse las pastillas, o cosas de este tipo, la vena es que tiene un ritual ahí... Fumando también pasa, pero fumando no lo he experimentado, pero chutándome sí, el ritual de prepararte el pico es muy adictivo también. ANTONIO

Es crucial comprender los factores y mecanismos que implican la transición al consumo de drogas inyectables, a fin de realizar intervenciones preventivas exitosas.

<sup>25</sup> Véase también Gamella (1991) para un estudio sobre la vía endovenosa para el consumo de drogas.

Había un chaval que iba de esnifao, sí, se ha pegado dos o tres chutes en su vida. Él conmigo no, porque yo lo aprecio mucho, es más niño que yo. Entonces nos fuimos y lo pillé en mi barrio, porque también hay coca en mi barrio... Entonces cogí y dije: «Vamos pal San José Obrero». Primero pasamos por la farmacia 24 horas un sábado por la mañana, entonces el chaval ese me dice, entrando en la 24 horas: «Oye, píllame una pa mí...». Y digo: «¿Qué? Ahora hablamos». Pillé cuatro insulinas nuevas. Las apalanco en la bolsa, en la chaqueta... Y no se ven. Y andando pal San José Obrero le dije: «¿Qué me dijiste, socio? Tú te vas a esnifar una papela entera, tú no te vas a picar, ¿me oyes? Una de diez pa ti solo, ¡tú no te vas a chutar delante de mí! ¿Qué pasa con tu rollo? ¿Te estás metiendo o qué? ¿Quién ha sido el hijo de puta este que te ha metido en este agujero? Porque tú solo no, a mí no me vas a engañar, tú solo no has sido... A ti te la han metido, porque tú no sabes meterte... Alguien te ha metido. RAFA

Probablemente el consumo de cocaína inyectado sea el más minoritario entre la población consumidora de cocaína. Pese a que como hemos visto este método es el más efectivo entre los métodos de consumo, la inyección como vía de administración no está normalizada entre los consumidores de cocaína, por lo que queda relegada a consumidores y exconsumidores de heroína o *speedball*, que siguen en su gran mayoría en programas de mantenimiento con metadona.

Creo que la gente está consumiendo más cocaína hoy en día que heroína. Están enganchados a la metadona, y que tomando metadona no les va a hacer casi nada la heroína, cogen y toman cocaína inyectada, que es la conclusión a la que yo he llegado. JOSÉ M.<sup>a</sup>

Simbólicamente el consumo inyectado remite al fenómeno que protagonizó el consumo de heroína en España durante los años ochenta y principios de los noventa, el VIH, las sobredosis y la imagen cultural del «yonqui», pudiendo este fenómeno propiciar un freno natural al acceso a la jeringa como vía de administración de drogas por parte de nuevas generaciones.

Potser a l'únic que et diria que no seria a la història de punxar-me, aquesta sí que em fa respecte i molta por i no crec que ho faci mai... No, perquè veig potser la reacció que té la gent que ho fa i arribar a aquest estat no li trobo la gràcia, de la desconneció total que té la gent que es punxa, a l'anada total no li veig jo la gràcia, la droga la veig per disfrutar-la i passar-s'ho bé i no per quedar-te en un racó tirat amb el teu món tot sol, no li veig la gràcia. JAUME

Nací en un barrio de Barcelona, en un barrio donde había muchos yonquis en el tiempo en que la gente se pinchaba y nunca me llamó la atención eso, al revés, lo odiaba, siempre he sido antidroga, odiaba ver a la gente así, no me gustaba. Como de pequeña veía a la gente pinchándose ahí, tiraos, me daba un asco increíble. Lo veía así de pequeña. De hecho, las probé muy tarde, las drogas. MÓNICA

En una de las sesiones de trabajo de campo acompañé a dos informantes (David) a pillar 20 euros de cocaína, en dos bolsas de 10 a las casetas<sup>26</sup> del barrio de San José Obrero de Reus. Yo me quedé en el coche con uno de los dos informantes, el otro bajó del coche y anduvo unos 200 metros, llamó a una casa y entró, y en un minuto ya estaba de vuelta en el coche. Los dos informantes ya tenían kits de inyección completos (1 kit contiene: 2 jeringuillas, toallitas de alcohol, agua bidestilada y una cazuelita estéril para realizar la mezcla con agua) de antemano recogidos en La Illeta.

Con el material ya encima nos dirigimos a los alrededores de un parque para proceder a la sesión de consumo dentro del vehículo, eran las cinco de la tarde de un martes. Uno de los dos informantes era el encargado de la preparación de los chutes, procediendo de la siguiente manera. Vertió el contenido de las bolsas en la cazoleta, luego saco el embolo de una jeringuilla y añadió agua al polvo que estaba en la cazoleta. Con el embolo empezó a disolver bien el polvo de cocaína y posteriormente lo calentó suavemente sin dejar que hirviera la mezcla.

Cuando la cocaína es relativamente de mala calidad calentar la solución puede ayudar a la disolución (Grund, 2005: 23). Después volvió a poner el embolo en la jeringuilla, metió dentro una pequeña bolita de algodón hecha con un filtro de cigarro para evitar la succión de impurezas o pequeños cuerpos que pudieran obstruir la jeringuilla o dañar la vena, y aspiró con la jeringuilla todo el contenido, hasta 8 ml. Después cogió la otra jeringuilla, retiró la aguja e introdujo la aguja de la jeringuilla cargada por el orificio de la otra jeringuilla hasta llenarla 4 ml, quedando así la mezcla repartida equitativamente. Ninguno de los dos informantes requirió de *smarts* o gomas compresoras para presionar las venas del brazo, abriendo la mano y cerrándola repetidas veces consiguen encontrar el punto de punción deseado.

26 La compra de cantidades de 5, 10 o 20 euros, es una peculiaridad de compra que solo la he podido reportar de puntos de venta donde acuden personas que compran cocaína para inyectarse. 5 euros, según David, es lo que se conoce como una micra, la unidad mínima para prepararse un chute.

Una vez preparadas las jeringuillas, dejo a los dos informantes realizar el consumo sin mi observación, pues así lo habíamos pactado. Realmente para mí fue un alivio, pues he presenciado inyecciones de cocaína en zonas de consumo abierto, como veremos a continuación, y la persona que percibe los efectos entra en un estado de rigidez, paranoia y vigilancia extrema que podría propiciar una escena poco cómoda en el interior de un coche con tres personas.

En una de las salidas que realizo periódicamente con miembros de la asociación Arsu para recoger material de inyección usado en la vía pública, encontré a Rafa, acompañado de un buen amigo suyo de trifulcas, David. Rafa estaba de rodillas, bajo un puente del tren, lugar frecuentado para el consumo de inyección cerca de la zona de compraventa en el barrio de Sant Josep Obrer. David le agarraba con todas sus fuerzas el antebrazo derecho a modo de torniquete. Rafa tenía unos brazos muy fuertes y las venas muy debilitadas; con muchas dificultades, por fin encontró la vena para inyectarse después de realizarse una auténtica carnicería en el brazo, mientras la sangre brotaba a ritmo del pulso, se clavó la aguja y David dejó de comprimirle el brazo. Unos segundos y la cocaína hizo su efecto, Rafa quedó petrificado, de cuclillas, con la mirada perdida durante cinco minutos, y la aguja permanecía clavada en el brazo, culminando una estampa esperpéntica e impactante.

A los pocos minutos Rafa empezó a girar la cabeza de un lado para otro, con los ojos abiertos como platos e inmóviles, empezaba a gritar y a advertir la presencia de policía en las vías. No había nadie. Poco después empezó a buscar desesperado por el suelo una papelina que nunca existió, pero que aseguraba que se le acababa de caer. Su compañero, David, mientras tanto, se había inyectado una dosis de heroína y permanecía sentado, adormecido, observando impasible la escena. Finalmente, Rafa arrancó la jeringuilla de su brazo y recobró paulatinamente la normalidad, como si no hubiera ocurrido nada. Esperó a que su compañero despertara un poco y los dos dejaron el puente y se fueron sin más, en palabras suyas, a «buscarse la vida».

Durante el tiempo que llevo trabajando con inyectores de drogas siempre me ha llamado la atención el tamaño de las manos de una mayoría de estos, manos gruesas y grandes. Es frecuente que los inyectores usen casi siempre manga larga para ocultar los surcos en la piel de los brazos recorriendo viejas venas que ya están hundidas en las carnes. También es fácil observar finos picotazos en hilera recorriendo normalmente antebrazos o

manos, es lo que he podido identificar como «desviación corporalizada». A veces las marcas no son solo físicas y reconocibles, sino que se convierten en signos reconocibles solo a partir de la experiencia, las conductas, percepciones y maneras de describir la realidad compartida, como el lenguaje referido al consumo o la cárcel, el lenguaje corporal, vestimenta, etc.

Aprender la técnica de inyección requiere de un aprendizaje y un monitoreo específico por parte de otra persona ya experta, muchos son los casos en que la primera inyección es administrada por otra persona.

La gente que paraba en el barrio yo ya sabía que iban a lo que iban, y un día me encontré a un amigo en el autobús y fui con él. Él se lo inyectó y yo me lo esnifé, y ya está, y quedamos otro día y le dije al chico: «Oye, ¿y si lo pruebo y tal?». Y el chico no me dejaba: «Por nada del mundo, yo te aprecio y tal». Y yo le dije: «Mira a tu alrededor, si no me lo haces tú se lo pido a cualquiera de esos que pasan por aquí y me lo ponen». Entonces él, al verse con esta presión, me dijo: «Bueno, para que te hagan algo, ya te lo haré yo». Y me dijo: «Te lo haré esta vez, pero no me lo pidas nunca más», y me lo puso, y me acuerdo de que es que no sentí nada de nada, ni morado ni nada, quizá el chico por ser la primera vez, por no pasarse puso poco... «Pero ¿qué tengo que sentir?», dije. Yo no me enteré de nada y ya, así quedó la cosa, ya no se lo pedí más y tal... Y luego no me acuerdo de cómo empecé a inyectarme. Me acuerdo de que me regalaron un coche y tal y empecé a ir yo sola al barrio, y allí abajo me encontraba gente. «Oye, ¿me llevas?». Y los llevaba. Y me decían: «Oye, ¿por qué no te paras un momentito en el caminito...?», porque pillaban y tal... Y creo que así fue cómo empezó la historia, pero como yo no sabía, siempre me lo tenía que meter alguien, hasta que un día dije: «Pues no puede ser, porque si un día estoy chungá de mono, ¿cómo me lo voy a hacer?». Y un día me fui, pillé material, me fui ahí a un caminito y me lo puse yo sola, me lo puse bien... Tú misma, o te lo pones o te quedas... Entonces ya iba sola, no tenía que buscar a nadie y tal... Y me bajaron las causas y un día entré... a pagar, y ahí me desengancharon de golpe. JOANA

Amb 17 anys vaig injectar-me per primera vegada... M'ho van injectar, el meu company. Ho havia vist fer, però no sabia ni treballar-ho ni res... Ni trobar la vena. Em va costar poc aprendre. Va ser en dues xeringues diferents i cadascú se la va fotre, allí on hi havia l'Ateneu. ALBERT

La primera vez fue caballo con *speed*, y fue aquello porque quería probarlo, quería probarlo. Estaba con un amigo y le dije que si él no me inyectaba iba a encontrar quien me lo inyectara, porque él no quería, porque no quería ser responsable de mí, de ser quien fuera la primera vez que me pinchara, pero



claro, yo ya lo tenía comprado, ya tenía la jeringuilla, y el otro, claro, estaba enganchado, y si tú vas con la jeringuilla y vas con el material... No hubo ningún problema, porque al principio me ponía pegas porque me apreciaba, lo estaba pasando mal y no quería que yo me pinchara. DAVID

En general, los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la inyección se asocia a la participación en el consumo de drogas a una edad muy temprana, y se introduce con mayor frecuencia en aquellos que experimentan una serie de problemas socioeconómicos como la falta de vivienda, desempleo, prisión, niveles bajos de educación, desigualdades de acceso a servicios públicos y, como hemos visto, a la socialización en el consumo inyectado en fases de primeros consumos en un determinado contexto sociocultural y subcultura de las drogas (Southwell, 2005: 122).

Con quince años tomaba hachís, con dieciocho empecé con la cocaína, luego entré en prisión y allí ya conocí todo: heroína, pastillas... Todo lo que no conocía lo acabé de conocer. Cuando salí me enganché a la heroína. Primero fue heroína vía nasal, esnifada, y después ya pasé a la inyectada... Primero era heroína solo, y luego ya heroína con cocaína. He hecho programas de metadona, pero siempre he alternado metadona con consumos. Nunca he estado del todo sin consumir, solo cuando he estado en prisión o en algún centro. Fuera nunca; aunque he tomado metadona siempre he consumido. Actualmente, lo que es la aguja no la suelo tocar mucho, pero sí que una vez al mes o dos cae. Pero sí que lo que suelo hacer, lo que hago, es fumar base, que esto últimamente sí que lo estoy haciendo demasiado. JOANA

Desde allí ya me saqué el graduado escolar porque me hicieron repetir todo mis padres. Aprobé, pero no dejé de gamberrear. Y luego querían que hiciera BUP y todo eso que había antes: BUP, COU y la universidad, y lo dejé todo. Me puse a hacer FP en la escuela de metal, pero allí sí que pasé a tomar tripis, hacíamos campana y llevábamos las xibecas con los tripis dentro. Empecé un poco con las anfetaminas y todo eso. Eso ya fue desastroso: para conseguir dinero limpiaba los cristales de los coches, y cuando empezó ese *boom* me sacaba 1.000 o 2.000 pesetas, y con eso me sostenía el consumo, y fue un desastre, pero fue a peor ya en segundo: pasé a segundo así a trancas y barrancas, y al tercero ya lo dejé y el consumo de drogas siguió, y cuando cumplí dieciocho años empecé con la heroína. Mis amigos la probaron antes. Toda esa generación consumía heroína, todos mis amigos. Yo tenía una motillo. Con dieciséis años tuve un trabajo y con el dinero de este trabajo me compré una vespiniño, y yo a todos mis amigos los llevaba a pillar y yo les decía: «Pero ¿cómo hacéis eso?», y tal, «¡es una barbaridad!». Pero a los seis u ocho meses, justo el día de mi cumpleaños, el día siguiente, pues dije: «Pues hoy lo voy a

celebrar, hoy lo pruebo yo también», y ya me metí un pico, con dieciocho años acabados de cumplir. Escuchábamos Barricada, Rosendo, Barón Rojo... Ese tipo de música. ANTONIO

Determinadas experiencias ponen de relieve la fuerte correlación entre inyección y el consumo problemático de drogas, y pueden reflejar diferentes motivaciones subyacentes de consumo de drogas entre los usuarios seleccionando diferentes vías de administración. Mientras que muchos inyectores pueden simplemente desear un mayor «*rush*» o «*flash*» (subidón) asociado a la inyección, otros pueden estar atraídos por el deseo de suprimir sentimientos negativos o malestares existenciales. Tradicionalmente, estos se han atribuido a características individuales, tales como traumas psicológicos o dificultades personales, que denotan un enfoque psicofarmacológico, la «automedicación» para el consumo de drogas. Friedman (2002: 342) describe un término alternativo como modelo explicativo «*sociopharmacology*», y propone que el consumo problemático de drogas puede ser más frecuente entre las comunidades marginadas a causa de una búsqueda colectiva de la analgesia en el rostro de la pobreza, las privaciones y las oportunidades restringidas<sup>27</sup>. La efectividad y economización que ofrece el consumo inyectado puede ser otro de los factores de elección.

Si amb 1000 peles ja ens hem fotut així i ens estem gastant 10.000 peles per estar així cada dia, dic: «Tio, ens surt més a compte, ni que ens tinguem que punxar, agafar i punxar-nos!». I així va ser el primer enganxe d'agulla serio que vaig tenir... Poc a poc vam anar deixant de fumar xinos i passant a l'agulla. JORDI

Pinchada es el suministro más económico que hay. La gente no lo hace lo de pincharse por tener un buen colocón, sino más bien por tema económico, sino fumaría normalmente. José M.<sup>a</sup>

Otro ejemplo de cómo una variable cultural puede influir en los distintos itinerarios de consumo podemos observarla en personas que se han socializado en el «mundillo de las drogas» en los ochenta y que conocieron de primera mano la inyección como una forma más de administración de drogas. Estos han visto con el paso del tiempo cómo se ha degradado so-

27 Véase también Epele (2010) para profundizar sobre el concepto de sufrimiento social y consumo de drogas.

cialmente la percepción hacia ese tipo de consumo, mayormente asociado al consumo de heroína.

Meterse un pico era mucho más normal que ahora, para mí. En el ámbito en el que yo me estaba moviendo incluso decíamos: «Mira el yonqui ese», y tal. La gente lo hacía con bastante normalidad, pero no como ahora que alguien que se chuta está muy desfasado y tal, era muchísimo más normal. Luego, progresivamente, esto fue cambiando, pero al principio era normal; bueno, normal, normal dentro del ámbito que yo me movía, de mis colegas y todos, no era descabellado... No estaba fuera de lugar. ANTONIO

Otro nivel todavía más oculto, si cabe la posibilidad, pertenece a personas de alto nivel de vida, quienes pueden acceder a la sustancia sin prisas buscando calidad y experimentando con la aguja como una práctica sibarita alejada del estigma del «marginado». He conocido gente con este perfil, quienes no han querido ser entrevistados, pero sí puedo recoger su testimonio en breves líneas. Personas de mediana edad, unos cincuenta años, con un estilo de vida medio-alto, con familia, trabajo y un alto nivel de estudios, quienes tuvieron contacto con el consumo inyectado en la juventud, normalmente con heroína, y en contexto universitario o de ocio, pero nunca lo convirtieron en un hábito. Con el tiempo y en ocasiones puntuales realizan consumos de distintas drogas (alucinógenos, estimulantes, incluso heroína) sin que esta actividad perjudique ni distorsione su ritmo de vida habitual. Se puede confirmar la hipótesis de que no todas las personas que han probado el consumo inyectado han continuado realizándolo o han desarrollado un hábito incontrolable, estas preconcepciones corresponden a una visión sesgada y tremendista hacia el consumo de drogas en general.

Pero yo ahí no caí, no caí... En la calle dos veces lo he probado, pero lo he dejado pasar. MANUEL

Me metí un pico cuando estudiaba en la Universidad en Barcelona. Yo hacía Periodismo, pero lo dejé por circunstancias que ahora no explicaré. Fue en el piso de unas *hippies*: yo estaba enamorado de una de ellas. Ellas y unos amigos suyos hacían viajes a Tailandia y traían heroína de primera, era una pasada todo aquel ambiente. Estábamos en una habitación toda bien decorada con música hindú o no sé qué... Las tías se pinchaban y parecía que estaban de puta madre y cuando llegó el momento no me lo pensé dos veces. ARCADI

Una vez aprendida la técnica y superado el miedo a las agujas, la persona puede convertirse en un consumidor experto poco a poco, a medida que va controlando las diferentes técnicas, las dosis, la calidad, los efectos y el contexto de consumo.

Lo de l'agulla tires la cantitat de la papela damunt de la cullera i fiques aigua... Abans es ficaven dos o tres gotetes de llimona i amb lo cavall també... I després es filtrava. Fas anar el metxero fins que bull i després ja pares. Agafes lo filtro d'un cigarro, el llimpio, fas com una boleta, el tires allí i amb l'agulla aspiras... Això t'ho fiques a la vena i perds la temor a l'agulla, jo per lo menos. Molta gent té por, jo no tinc por. Un dia vaig anar a fer-me una anàlisi i vaig agarrar una noia jove que no en sabia molt i vaig agafar jo i m'ho vaig fer jo i es va quedar flipant... No és molt saludable tot això. MARTÍ

Jo quan m'he punxat lo normal és fotre'm l'agulla, bombejar-me 6 o 7 vegades i treure-me-la. Hi ha gent que ho fa 30, 40 vegades i es pensa que la cosa encara està per allí corrent amb la sang i és una rucada com una casa... Jo ara faig dos bombejades i quan ja em puja em quedo tonto i pam. A lo millor me la deixo enganxada i punto, i quan me n'adono me la trec, em netejo i ja està. He tingut temporades que clar, que la coca no és bombejar-te un cop i treure-te-la, perquè la coca t'has de bombejar per a que et pugui, t'has de bombejar varies vegades, com més et bombeges més et puja. Bueno, més s'aguanta, més et dura, però si et punxes 4 o 5 vegades i et puja, arriba un límit que ja no et pujarà més. El cavall no, no cal que et bombegis, quan ja el tens a dins ja està, és tonteria bombejar-te. L'agulla... L'enganxe són tres enganxes en un: punxar-se, el bombejar-se i les drogues que t'estàs posant, sigui coca, sigui heroïna sigui el que sigui... Les tres coses. JORDI

Coger, meterlo todo en una chuta —yo meto 4 o 5 de agua namás, pa uno solo—, y entonces meto la papela. Si hace viento, primero meto el agua y después la coca... Si no, al revés. Igual hay gente que chupa el plástico a ver si amarga. RAFA

Yo hace mucho tiempo que no tomo. Yo descubrí que me iba muy bien cuando he tomado alguna benzodicepina, normalmente cuando me la he inyectado, porque yo la cocaína me la inyecto. Entonces, cuando me la he inyectado, me da siempre por devolver, pero cuando me he tomado una benzodicepina el cuerpo me reacciona de otra manera; habría que hacerme una prueba de enzimas para saber todo esto... El caso es que me sienta de otra manera. José M.<sup>a</sup>

La furtividad de los consumos debido a su ilegalidad, las pocas condiciones higiénicas y la mala calidad del producto y la estigmatización de

la propia práctica son los principales riesgos asociados a la inyección si tenemos en cuenta también el riesgo vital por sobredosis y la posibilidad de contagio de enfermedades crónicas si se comparten utensilios y agujas. Lo óptimo sería poder aislar y controlar estos factores, condición que podría conseguirse solo de dos maneras: erradicando la sustancia totalmente (con escasas posibilidades de éxito como ya se ha demostrado) o regulando su consumo y distribución (posibilidad con más opciones de éxito desde mi punto de vista).

#### *La cocina de la cocaína base vasuco: amoníaco o bicarbonato*

La cocaína base es también una práctica minoritaria entre los consumidores de cocaína, ya que la gran mayoría prefiere la modalidad de consumo intranasal. Desde una perspectiva de reducción de daños, la vía fumada es una buena alternativa a la vía inyectada siempre y cuando se realice en condiciones higiénicas y de seguridad. Para la cocaína base (*crack*), los niveles de prevalencia en España son similares a los de 2009, año que marcó un cambio de tendencia en el aumento y que alcanzó su pico más alto en 2007 (1,8% para algún momento de sus vidas; 0,5% en los últimos 12 meses y el 0,3% en los últimos 30 días).

En 2011, se notificó que el número de individuos que habían consumido cocaína base en algún momento de su vida se había reducido a la mitad en comparación con 2007. Del mismo modo, hay que destacar que, en 2011, los porcentajes encontrados para su consumo dentro de los últimos 12 meses (0,2%) y en los últimos 30 días (0,1%) se encuentran entre las cifras más bajas (PNSD, 2012). No se han registrado diferencias significativas en el informe de 2015.

Los datos sobre el consumo de cocaína base en la población general no están disponibles de manera fiable. Debemos realizar una marcada distinción entre los consumidores socialmente integrados de cocaína en polvo que pueden estar usando esta modalidad de cocaína en un contexto recreativo, y usuarios de drogas más marginados, que consumen cocaína o cocaína base como parte de un problema crónico de drogas.

## ¿Crack o vasuco<sup>28</sup>?

La cocaína base ha sido conocida tradicionalmente en EE. UU. como *crack* y en España, como *vasuco* o cocaína base. No debemos confundir el *vasuco* con el *paco* o *bazuco* (americano), que es el estado químico previo (sulfato) antes de la consecución de la cocaína (hidrocloruro) en su proceso de elaboración en origen, normalmente América del Sur, con el *vasuco* o coca base que encontramos en España. La pasta llamada *vasuco*, *bazuco* o *paco* raramente se encuentra en nuestro territorio. Para conseguir algo parecido, muchos consumidores de cocaína en polvo regresan sus sales al estado de sulfato (apto para ser fumado) mezclando y calentando la cocaína con amoníaco o bicarbonato.

Ninguno de los informantes contactados para esta investigación reconoce la cocaína base como *crack*, aunque técnicamente sean lo mismo o químicamente iguales. Este es el inédito resultado de la no incorporación de la terminología norteamericana a este subproducto de la cocaína. Para muchos informantes el *crack* les remite a una droga más peligrosa y exótica, gracias a la labor mediática que el Gobierno de Estados Unidos tejió durante los años ochenta y parte de los noventa.

Això n'hi diem basuco, això és base; això és la base i el basuco és derivat de la base. El que passa és que no es coneix tant lo que és la base. El *crack* enganxa molt i això no m'ha enganxat mai. Això és fer la base. Ara, fumar, fumar... Fumes base o basuco, o com vulguis dir-li... Jo fumo i des dels 18 anys que li fotu, eh? MANEL

La historia del *crack* en Estados Unidos descrita por Agar (2003), describe al *crack* no como una nueva droga, sino como una nueva tecnología introducida en los ochenta. Una variante de los derivados fumables de la cocaína, más fácil de elaborar y segura que el *freebase*<sup>29</sup>. Poco a poco fue convirtiéndose en una mercancía de gran atractivo económico para quien se dedicase a su venta y distribución, que llegó a extenderse no solo a po-

28 He optado por la utilización de «v» en lugar de «b» para escribir la palabra vasuco, por el origen atribuido por uno de los informantes.

29 La elaboración del *freebase* requiere de la utilización de sustancias volátiles (éter) y de quemadores potentes: es más complejo químicamente, necesita más instrumentos de laboratorio y es mucho más peligroso (riesgo de explosión). El *crack*, en cambio, se obtiene con relativa facilidad calentando soluciones de clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico (Díaz, 1998: 169).

blaciones de suburbios de las grandes y medias ciudades<sup>30</sup>. Con el tiempo, debido a un modelo político neoliberal liderado por Reagan, que garantizaba la supresión de prestaciones, el oportunismo racista y un progresivo deterioro social causado por la falta de oportunidades en distintas zonas deprimidas pobladas sobre todo por afroamericanos, el consumo de *crack* acabó convirtiéndose en una de las actividades ilegales más visibles y estigmatizadas. Al mismo tiempo implicaba desafortunadamente a países de América Central y el Caribe en el comercio y consumo de esta sustancia.

La construcción sociocultural de la imagería del *crack*, sobre todo en EE. UU., se ha fundamentado desde una perspectiva prohibicionista y racial, hecho que ha producido una cadena de violencia y marginación sin límites. Modelos analíticos de las ciencias sociales han demostrado y desenmascarado las bases ideológicas que han fundamentado este proceso, como sostener que el *crack* es una droga nueva y diferente a la cocaína, que es instantáneamente e inevitablemente adictiva, que es fuente *per se* de crimen y violencia, o de por qué se criminaliza especialmente a mujeres que consumen o han consumido esta sustancia y estigmatiza sistemáticamente a los descendientes de estas, (Reinarman y Levine, 2004). Los medios de comunicación han contribuido enormemente a difundir este tipo de mensajes. Roso, Romanini, Macedo *et alii* (2013), en un análisis de la prensa en Brasil, determinan no solo cómo este tipo de mensajes afectan a la construcción sociocultural del fenómeno del consumo de drogas a nivel popular, sino también al cómo se construyen las estrategias políticas al respecto.

### *El crack en España*

Según Manuel, uno de los informantes de esta investigación (aunque puede que no sea verídico) la terminología de «vasuco» que conocemos en España para referirse al *crack* proviene de la técnica de consumo de las piedras de cocaína base con el conocido popularmente vaso Duralux que encontramos en la mayoría de nuestras casas, por este motivo vamos a distinguirlo escribiéndolo con la letra «v» en lugar de «b».

En Málaga ponían un vaso de beber, ponían también papel de plata así, encima. Al vaso con un poco de agua se le hacía un agujerillo para chupar y

30 Véase Bourgois (2004) para un análisis de la irrupción del *crack* en EE. UU.

chupabas por el agujero... Con un alfiler o una aguja, hacías más o menos así. Encendías dos cigarros rubios —porque allí el americano era barato, me costaba la mitad que aquí—, y le ponías la ceniza porque el sabor de la ceniza es bueno, gusta a la gente. Encima de la ceniza ponías la clase de piedra. Cogías el vaso y chupabas por el lado y esto va con una goma, ¿eh? Para que no se hunda, queda fijo... Y por eso se llama vasuco... Y después no dejabas que se escapara el humo tampoco. Si ponías una buena piedra tenías para un buen rato. Fumabas, aguantabas con el pecho todo lo que podías, no hablabas y después ya soltabas un poco el humo, y después otra vez hasta que se acababa. La base la traje yo primeramente a Tarragona en un barrio que se llama Campo Claro, que le vendía chocolate a un gitano. A mí los gitanos me han hecho muchas, pero los perdono porque están muertos. Uno también se fue a la ruina porque lo enganché yo a la base, por malo, me tiró un cuchillo así... Y lo enganché a las pastillas y al caballo y a la cocaína. Aquí de la base nadie sabía nada, y la gente me decía: «¡Te vas a matar! ¡Te vas a destrozar...!». Y yo decía: «¡Qué va! ¡Está bueno!». Yo le he enseñado a la gente a hacer base, y luego venían traficantes a mi casa para ver la pureza que tenía... Ahora le meten de esto azul y lo saben... Después el gramo me lo fumaba. MANUEL

Això una temporada ho vam provar, fer la base i tal... Però no... Bueno, t'estàs tota la tarda... Això sí que et gastes 10 grams per lo mateix, perquè vas anant fent vas anant posant, si que és més comunicatiu, potser. No és tan individualista. És compartir una pipa i estas xerrant tot el rato, però a mi no... Els efectes jo crec que són més de tipo eufòric, una mica, xerrant i tal, i també estàs que no pares, perquè amb això quan comences no pares, li fots i quan acabes una pipada un altre, i és més potser d'estar més rato junts. Perquè si et fots una ratlla un se'n va aquí i l'altre se'n va allà. Això és més junts, estar més rato junts: si ara estiguéssim fumant hi estaríem 3 hores anant-li fotent, en canvi, si et fots una ratlla doncs un se'n va a ballar i això. IVÁN

Otra de las diferencias para distinguir el consumo de *crack* y *vasuco* es que difícilmente encontramos, a diferencia que en Estados Unidos o en Latinoamérica, la venta al por menor de cristales de cocaína base preparados, para fumar en cigarrillos o en forma de rocas para su consumo, aunque sí ocasionalmente se ha detectado algún caso en esta investigación.

Però, un dia al meu poble, en una casa que hi havia que en venien —venien base feta i per a esnifar—, claro, jo vaig anar a comprar per a esnifar i no en tenien, i per no agafar el cotxe i anar-me'n a altres pobles a buscar-n'hi vaig dir: «Vinga, va. Porta a veure!». I resulta que em vaig fumar allò i claro, la sensació que vaig tindre jo és que jo si tenia que agafar un gram o mig gram per agafar un punt, amb una calada me donava multiplicat, perquè la sensació és



multiplicada, perquè quan fas base lo que es crema és la porqueria i es queda lo que és la coca, coca. Llavors vaig començar a fumar. Aquella nit mateixa em vaig gastar un munt de diners ja, i bueno, me'n vaig anar cap a casa. A l'endemà no, però bueno, vaig tornar, i el problema que hi havia és que allí la venien feta, perquè aquí no la venen feta, i te l'has de cuinar i és un rollo, però allí la venien feta, saps? I lo que enganxava molt era arribar, que t'ho vengués, t'ho podies fumar allí, i fumaves allí i claro, això, buff, era... Tu quan estaves por ahi pensaves «arribo allí i pam...», i la veritat és que moltes vegades, quan jo estava allí, venia un munt de gent amb les ansies d'agafar la pipa ràpid i fumar. Vaig començar i ja era impossible parar. MARTÍ

La elaboración de este preparado de la cocaína no es sencilla y requiere de cierto conocimiento de la técnica y preparado de la sustancia minuciosamente relatado por distintos informantes.

Yo, hasta donde conozco, la cocaína tiene tres vías de administración: una es fumada, que hay que proceder con anterioridad a una limpieza de la sustancia, bien con bicarbonato o con amoníaco. Es una elaboración un tanto compleja, no sabe hacerlo cualquiera, puesto que hay que meterle calor y puedes estropearla. La gente prefiere hacerlo con amoníaco, es más fácil, siempre fumar... Luego el fumado, pues nada: hay gente que cuando la limpia, la cocaína queda en una roquita; toda la cocaína y todas las impurezas se han separado, recoges con un pañuelito de estos de secar de papel de cocina, recoges un poco el amoníaco y... Yo lo que hago personalmente es limpiarla con agua varias veces porque, una vez le pones agua, la roquita no se deshace, limpias el poco de amoníaco que puede tener la roca por fuera y esto es lo que te metes en los pulmones, que bastante porquería nos metemos ya... Hay gente que la roquita la pone en papel de plata, como si fuera un chino de heroína, haciendo correr la gota de un lado para otro. Hay que tener un cierto talento para hacer eso. Yo he tenido que dar de fumar a gente que ha sido yonqui toda la vida y no sabe hacer la gota. Y la otra forma es hacer una pipa con una botella, un agujero como un botijo, parecido, pero en la punta del botijo pones un trozo de papel de plata, agujereado con una aguja muy fina —si es hipodérmica mejor—, y pones ceniza allí, y lo fumas estilo pipa... Esta es otra vía de administración. JOSÉ M.<sup>a</sup>

Pues ahora se hace en botella, pues a la botella también le metes un poco de agua, la cocinas igual, igual, tienes que hacer como si fuera una tortilla a la francesa: si tú la metes en una sartén que se pega eso se va a romper y no va a salir la gota como tiene que salir. Depende del fuego que le des la puedes quemar. Con bicarbonato, si hay un cuarto de coca en la cuchara, métele 100 micras de bicarbonato y un poco de agua y después ya pues le das fuego. MANUEL

Yo soy más partidario de fumarla en papel de plata, dura más, porque si lo fumas con botella le pegas dos caladas y desaparece. De la otra manera vas corriendo la gota y vas fumando y dura más. Yo uso bicarbonato, es mejor; el amoníaco, quieras o no, se queda allí en la cocaína... El amoníaco es como la cola, cuando cogían y la esnifaban... Si metes un producto químico a tu cuerpo te estás poniendo un químico en el cuerpo, y eso va al cerebro... El bicarbonato que es para la barriga, para los dientes, pues es mejor. Cuesta un poquito más de hacerlo, pero es la misma faena: en la cuchara echas un pelín, hombre, sin pasarte, e ir moviendo, moviendo, hasta que se enfríe. Lo que pasa es que es más sano con bicarbonato. Yo con amoníaco lo he probado, pero me gusta más con bicarbonato... Sí que queda olor de amoníaco cuando lo fumas, queda dentro de la base y te lo fumas y te entra en el cerebro y eso es químico... Con el bicarbonato es más bueno... Se puede perder con el bicarbonato, pero si lo tienes ya cogido por la mano no te pasas... La proporción sería si la bolsa es una piedrecita así, pues una puntita de la cucharita del café... Si tienes 0,7 pues tienes que meterle 0,2... Más o menos una cosa aproximada que tú veas, se aprende haciéndolo. ALFREDO

Aunque se pueda preparar la base de cocaína con bicarbonato o amoníaco en frío, técnicas menos dañinas para el organismo, el tipo de pipas de elaboración casera no pueden asegurar un consumo sin riesgo de la sustancia. El repetido consumo fumado de estimulantes (en un contexto de prohibición, persecución, estigmatización y marginación, donde las medidas de seguridad son inexistentes) puede producir úlceras abiertas, quemaduras o cortes en los labios y en la boca que pueden transferir sangre a los tubos y boquillas, pudiendo pasar el virus de la hepatitis C si estos se comparten. Compartir estos utensilios incluye compartir compraventa, préstamos, reutilización y otras situaciones de riesgo también estresantes. Muy pocos países, y no es el caso de España, salvo algunas excepciones, han tomado la iniciativa en la elaboración y distribución de kits que contienen los materiales necesarios para hacer más seguro el consumo de cocaína base, como la distribución de tubos de pìrex (no conductores del calor) que no se rompen con facilidad. Fumar con botellas, latas u otro tipo de plásticos propicia la liberación de vapores tóxicos para el organismo al calentarse. La elaboración de filtros con lana de acero o estropajos o cables metálicos no asegura como los filtros de bronce o las pipas anticeniza la no absorción de ceniza hacia los pulmones, así como otros productos igualmente tóxicos, como el amoníaco, causando el síndrome de *crack lung* o pulmón de *crack* (Ford, 2004: 16).

Mientras que se ha avanzado mucho en la intervención basada en la «emergencia social» que suponía la inyección de drogas (salas de consumo supervisado, acceso a material estéril, talleres de educación para la salud, promoción de intervenciones con pares, etc.), existen muchos aspectos del consumo fumado que pueden mejorarse desde una óptica de reducción de daños y riesgos y que todavía no se han generalizado, como por ejemplo las salas de consumo fumado supervisado y la educación y dispensación de kits (pipas) especializados para un consumo más seguro.

Las intervenciones destinadas a reducir los daños del consumo de cocaína base fumada desde una perspectiva de promoción de la salud se han focalizado en el microentorno del consumo de drogas, es decir, se basan en proporcionar utensilios (kits) e información práctica para un consumo más seguro y evitar así daños innecesarios para la salud de los consumidores. Una evaluación de los programas de distribución de kits para fumar *crack* en Ottawa (Canadá) (Grund, Coffin, Jauffret-Roustide *et alii*, 2010: 199) sugirió que la distribución de estos kits hizo disminuir el intercambio entre usuarios de pipas de *crack* drásticamente, mientras que al mismo tiempo se reducía el consumo por vía intravenosa. Los kits de consumo seguro de *crack* o cocaína base son muy controvertidos y rara vez financiados. En Canadá y en algunas ciudades de Estados Unidos, los kits de *crack* son distribuidos con financiación regional pero algunos se han dejado de distribuir a causa de movimientos de oposición locales. Otros países como Francia u Holanda, y en mucho menor medida España, también distribuyen kits para el consumo de cocaína base<sup>31</sup>. Recientemente avances tecnológicos, tales como vaporizadores personales, similares a los cigarrillos electrónicos de tabaco, pueden ofrecer oportunidades adicionales para reducir el daño pulmonar y otras lesiones. La vaporización y filtrado podrían reducir la cantidad de productos de combustión indirecta mientras se inhala, ofreciendo una alternativa aceptable a los tubos de *crack* y tal vez incluso al consumo inyectado.

El consumo de estimulantes fumados puede empeorar la salud mental de personas que viven ya en una situación de marginalidad, puesto que se incrementa la sensación de aislamiento y se alimenta la posibilidad de desarrollar enfermedades mentales a largo plazo. Aunque pueda haber personas a quienes guste o se hayan habituado a este tipo de consumo,

31 Este tipo de intervenciones se reduce hasta el momento al ámbito de Barcelona y Bilbao, de modo experimental.

no se recomienda hacerlo sin las medidas de seguridad pertinentes tanto para su elaboración como para su consumo. La incierta composición de las dosis adquiridas en el mercado negro no puede asegurar una perfecta y limpia reacción química. Tampoco se aconseja realizar estos consumos en condiciones de ilegalidad, puesto que incrementan todos los peligros y añaden el riesgo de ser sancionado social y legalmente.

En mi trabajo cotidiano, encontramos utensilios y espacios de consumo (territorios psicotrópicos) que muestran muy bien la poca higiene y la baja calidad de los mismos (chutaderos) y el elevado riesgo que entraña el consumo bajo la ilegalidad y desde posiciones de marginalidad<sup>32</sup>. Las salidas para la recuperación de material usado son buenas oportunidades de trabajo con personas en consumo activo y otros miembros de la asociación. No tan solo por la utilidad que supone limpiar zonas de agujas y otra parafernalia que puede estar infectada por el VIH o hepatitis y evitar así pinchazos accidentales como los que ha sufrido algún miembro de la asociación. También son espacios muy valiosos en la medida de que el encuentro de personas consumiendo en estos escenarios puede propiciar el conocimiento mutuo y establecer en última instancia el acercamiento de estas personas a los recursos sociosanitarios o a la misma asociación. Creo que uno de los éxitos en relación con los objetivos de este tipo de asociaciones llega a su máximo cuando consigue incorporar nuevos miembros provenientes de la calle y poder apreciar cómo en unos meses los mismos se han convertido en agentes de salud activos, educadores de pares y actores activos en el proceso de empoderamiento colectivo. Manejarse en este tipo de espacios requiere también, desde mi punto de vista, de la capacidad y habilidad de relacionarse con los agentes sociales que conviven con esta realidad, vecinos, responsables de centros cívicos, de recursos sociales y sanitarios, así como otros actores que forman parte de la misma realidad<sup>33</sup>. Poder visibilizar este tipo de trabajo al mismo tiempo que sentirse parte de un esfuerzo comunitario para mejorar la convivencia en barrios y territo-

32 Véase el documental de elaboración propia *Riscos no, gràcies*, realizado con la colaboración de Arsu para ilustrar este tipo de espacios de consumo marginales. <<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pla-daccions-sobre-drogues-de-reus/>> (vídeo 3) [consultado el 15/6/2016].

33 Véase el documental de elaboración propia *In my backyard (nobody bites)*: <<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pla-daccions-sobre-drogues-de-reus/>> (vídeo 4) [consultado el 15/6/2016].

rios en los cuales el consumo y compraventa de sustancias ilegales forman parte de la cotidianidad es un parte esencial del trabajo de calle, de acercamiento y también de las estrategias de salud colectiva, sobre todo cuando el primer afectado termina siendo protagonista del mismo sistema<sup>34</sup>.

### *Efectos de la cocaína base*

La descripción de los efectos de la cocaína base es tan variada como controvertida. Veamos algunos ejemplos de ello.

Fumada, ¡es buena! Te fumarías gramos y gramos, porque no lo notas, no es que no lo notes, bueno, no notas cómo se gasta, porque notar lo el efecto físico sí que lo notas el efecto físico, ¡pero muy bien que lo notas! Física y cognitivamente, cognitivamente te da mucho placer también, no sé... [...]. El fumado te engancha cognitivamente, físicamente no, puedes estar fumando una temporada, yo lo he hecho, y después no lo hago. José M.<sup>a</sup>

Yo lo encuentro todo bien, cada uno con su vida hace lo que le da la gana. Crea más adicción, sí, crea más adicción, pero yo tampoco he fumado base. Bueno, probarlo sí que lo he probado, pero no me ha tirado. A mí me han ofrecido de todo y he dicho que no. Yo sé que todo lo que yo pruebe me va a crear adicción, porque me da adicción todo... Entonces... Pero la base es más adictiva... Y el ciego creo que es más bueno el de meterte un chupinazo de base que hacerse una raya. ROSA

Fumada la trobo més neta en certa manera, no obstrueix les fosses nasals, és un tema de netedat del tipus de via de consum, perquè ja no només són els efectes que et fa, que són més nets perquè no hi ha certs productes que són afegits... Nosaltres ho fem amb amoníac; ho hem fet amb bicarbonat sòdic, però no. Amb l'amoníac a vegades el notes que et crema una mica; el que passa és que el sentit de la reacció que et fa al cos físicament el trobo més net, no sé com dir-t'ho, em pot posar més en resistència sense sentir-me atacada. És com si et fots 4 o 5 cafès, al final, enlloc de posar-te despert et fica nerviós, i amb la farlopa em passa una mica el mateix: que quan més me'n poso més nerviosa em foto, estic més encarcarada, i en canvi, amb el fumateix, això tarda molt més en passar. En canvi, això d'estar en aquell estat d'estar despejada ve perfecte, saps? LAIA

34 Véase el vídeo de la última recogida de jeringuillas que realicé con Arsu: <<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pla-daccions-sobre-drogues-de-reus/>> (vídeo 5) [consultado el 15/6/2016].

La base te pone más y te engancha más. Si yo veo una raya allí, ¡pam!, si me la quiero tomar, pues me la tomo, pero ya estás con la nariz; de la otra manera no estás con la nariz, estás normal y corriente, activo, puesto, pero ya estás de otra manera, normal. Yo he ido con el morado, que se nota en los ojos y eso, pero no tienes lo mismo que por la nariz, porque se mueve la boca por la mierda de corte que lleva la cocaína. O a lo mejor tienes un poco de blanco en la nariz, y te viene uno y te dice: «Eh, ¡límpiame aquí, maricón!». Las dos cosas son malas, pero yo soy más partidario de la base que no de meterse, no sé, para mí. ALFREDO

Antes de continuar con el análisis etnográfico de consumidores habituales de cocaína en polvo, es pertinente observar cuál es la visión sobre el consumo de cocaína base por parte de quien no acostumbra a consumirla o no la ha consumido nunca en esta modalidad.

Nunca he fumado en base, no, lo he visto, sé lo que es, pero no es algo que me llame la atención. Creo que nunca fumaré esto. Lo veo como más yonqui... Que a lo mejor es lo mismo, no sé... No sé si fumarte un chino se asemeja. MÓNICA

No teníem informació, zero informació, però sí que tenia molt clar que hi havia gent que fumava base, *crack* es diu això, no? I sí que per exemple hi havia un d'ells, el novio d'una amiga meva, que fumava molta base, i era horrorós, però horrorós, que portava una vida que s'adormia a la taula, era un desastre horripilant i jo vaig agafar-li molta mania també a això i no m'agradava, i després d'això mai m'ha atret la base, perquè també me n'han ofert i sempre he estat en contacte amb els camells i et donen no sé què... Però no he estat mai en contacte amb la base, sempre m'ha fet molt de respecte. També deien que enganxa molt i això sí que... No sé, el que m'explicaven és que t'ho prenia i estaves sentat en un sofà i que estaves com en un globus, com que voles, que perds la consciència. Aquesta persona que coneixia era desastrosa, de no anar a la feina, que perdia la feina per prendre base, que després amb la coca et pot passar igual, però bueno, jo veia que la gent que m'envoltava i que preniem coca érem persones normals i fèiem la nostra vida... I, en canvi, la gent que coneixia que prenia base no era així; aparentment era com nosaltres, però després no ho era, i a mi això em donava molt de respecte i no vaig voler provar-ho mai. MARTA

Supongo que si llego a tener a alguien a mi lado que fumase base o me enseñase, supongo que lo hubiera hecho, pero no lo probé nunca por eso; supongo que si lo hubiera visto delante mío lo hubiera hecho, y he conocido gente que lo hace, pero yo no lo he probado. Dicen que el subidón es mucho más fuerte,

mucho más, igual que el enganche, pero no lo he probado nunca... Conocía gente que lo hacía, tuve suerte, no sé... Por eso yo pienso que es peligroso, más que el alcohol y eso porque con el alcohol, por mucho que bebas, llega un momento que te bebes un cubata y te caes redondo. Con la cocaína es más peligroso porque si te has metido dos gramos y tienes dos gramos más y te lo metes, te lo metes... O sea, no es que no te afecte, pero no llega un momento en que el cuerpo no puede más, no te sube tanto, pero te lo metes igual, por eso creo que es peligrosa. **ÁLVARO**

Lejos de la inicial percepción que yo mismo y muchas de las personas que he entrevistado teníamos de que el consumo y los efectos consecuentes de cocaína base pudieran asemejarse a los de cocaína inyectada, he podido constatar mediante el trabajo de campo que la mayoría de personas, después de fumar, no experimenta los efectos que he observado en la cocaína inyectada. Tanto en los vídeos que he realizado como en otras situaciones de consumo, la persona que acaba de fumar se muestra relajada y sin los aparatosos efectos de la inyección. El consumo de cocaína base está tan estigmatizado por los consumidores por vía esnifada como el de la inyección. Sobre todo, por los que nunca han probado esta modalidad. A diferencia de la modalidad de inyección, el menor aprovechamiento de la sustancia demostrado por la vía fumada implica (por otro lado) que los que la usan puedan incurrir en una mayor necesidad de repetir el consumo y por ello elevar el riesgo de consumir más veces de las deseadas. El corto efecto en el tiempo y la gran cantidad de clorhidrato necesario para elaborar pequeñas dosis de cocaína base hacen que esta modalidad sea poco rentable. Al mismo tiempo la estigmatización del método de elaboración añade una cuota elevada de etiquetamiento negativo del consumidor al incurrir en una modalidad marginal de consumo de cocaína.

Por último, y como ya he señalado, los profesionales no disponemos de instrumentos apropiados para facilitar su segura elaboración y consumo y el mayoritario uso de amoníaco para su elaboración eleva mucho las probabilidades de desarrollar problemas respiratorios, entre otros. El amoníaco, mucho más nocivo que el bicarbonato, facilita muchísimo la elaboración de la cocaína base en situaciones de poca comodidad y falta de condiciones adecuadas. Su dosificación no requiere de medidas ni cuidados. En cambio, la elaboración con bicarbonato requiere de cierta destreza y dosificación calculada para no perder la muestra de cocaína. También es muy apreciado por muchos de los consumidores el sabor fuerte y amargo del amoníaco.

Las personas que usan de manera esporádica o no sistemática esta modalidad de consumo de cocaína y que comparten solo sesiones de consumo de cocaína esnifada con sus grupos de relación acostumbran a tener que esconder su consumo por miedo a ser identificadas como consumidores problemáticos. Este hecho facilita la perpetuación del estigma que supone utilizar otros métodos más perjudiciales de consumo de cocaína, lo que incrementa el riesgo para la salud y facilita, como ya he apuntado, el etiquetamiento negativo de estas personas como consumidores problemáticos.

### *Cocaína en polvo*

Preparar una raya es muy fácil, mira: preparas una superficie plana y limpia, puede ser encima de una mesa, pero normalmente se utilizan libros, cedés, teléfonos, discos, carteras... Depende del lugar donde estés la dificultad puede aumentar. La cuestión es que la superficie no esté húmeda. Por ejemplo, si la vas a hacer en un lavabo de un bar, que es una situación muy típica, no la hagas encima del wc, aunque yo he visto hacerlo encima de la tapa o encima del váter, al lado del tirador de la cadena, ¿sabes? Hay quien utiliza un plato previamente calentado en el microondas para así favorecer que la humedad sea la mínima. Creo que la humedad es el peor enemigo de la cocaína: en una hora, si no lo cuidas bien y el ambiente es muy húmedo, tu «pollo» (1g de cocaína) puede convertirse en una especie de chicle, y eso ya no se puede arreglar. Bueno, echas la cocaína que necesitas, si es para uno o dos, es muy fácil calcular la dosis, pero ya si son cinco o más rayas ya es más difícil, pero bueno, te apañas con la práctica. Hay peña que es un puto *crack* haciendo rayas y normalmente se convierten en maestros de ceremonia. La echas en la superficie y la aplastas con la tarjeta o con un chivato de un paquete de tabaco para machacarla bien y que no queden piedrecillas. Luego «pintas» las rayas, que así se dice cuando haces las rayas... Después se prepara un rulo, que puede hacerse con cualquier papel, un tique de compra, un billete... Aunque es más guarro... O no sé, hay gente que corta pajitas de beber... Es todo un mundillo. Y bueno, pues coges el rulo, te lo metes en la nariz y aspiras. SERGI

Para la comprensión e investigación de un fenómeno social como el consumo de drogas ilegales no deberíamos basarnos única y exclusivamente en una recolección de datos sobre la prevalencia de consumo en diferentes rangos y estratos sociales, sin profundizar ni explicar en qué tipo de situaciones sociales se consumen. Por otro lado, los datos epidemiológicos pueden ser una buena fuente de interrogantes y de preguntas



a las cuales la etnografía y su posterior análisis pueden responder. Por este motivo, he incluido con anterioridad y los repetiré ahora algunos datos estadísticos sobre el consumo de cocaína en España, rompiendo una lanza en favor de la complementación entre lo cualitativo y lo cuantitativo.

Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la cocaína es, después del cannabis, la de mayor prevalencia de consumo en España entre las personas de 15-64 años (OEDT, 2015).

Desde finales de 1990, el número de personas que han consumido cocaína en polvo en algún momento de su vida no ha dejado de crecer, con la excepción de 2011, cuando el indicador se redujo ligeramente. El año 2013 vio una recuperación del nivel registrado en 2009, que marcó un máximo en la serie, encontrando que una de cada diez personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años en España ha consumido polvo de cocaína en alguna ocasión (2,1%) (PNSD, 2015).

En 2011, el 8,8% de la población española de 15 a 64 años admitió haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida. No obstante, se observa cómo se rompe la tendencia ascendente que venía manifestándose desde hacía una década para el consumo experimental y que alcanzó su máximo nivel en 2009 (10,2%). El indicador de consumo en los últimos 12 meses muestra la misma tendencia descendente, que inició en 2007, desde cifras de prevalencia máxima del 3,0% hasta el nivel de 2,2% que observamos actualmente (OEDT, 2015).

La cocaína es la segunda droga ilegal después del cannabis con una mayor percepción de disponibilidad por parte de la población, aunque ha descendido a los niveles registrados en 2001-2003. En el grupo de edad más joven, hasta 34 años, el 53,7% cree que es fácil de obtener, y de 58,1% si se restringe a este grupo.

Según el informe mundial sobre drogas de 2015 elaborado por la UNODC (2015), varios estudios han documentado y advertido de la extensión del policonsumo como patrón destacado de consumo entre consumidores de cocaína. En un estudio realizado en 14 países europeos en 2006, el 60% de los consumidores de cocaína eran policonsumidores de sustancias, el 42%, de alcohol, el 28%, de cannabis, y el 16%, de heroína, pudiéndose dar simultáneamente varias combinaciones de uso. Veremos más adelante cómo el éxtasis principalmente o el LSD son sustancias muy utilizadas por los informantes. En otro estudio destacado por el informe en el sureste de Estados Unidos, el 48,7% de las admisiones para tratamiento era por el consumo de varias drogas, siendo el de alcohol, cocaína y

cannabis el patrón más común. Los principales riesgos y consecuencias del consumo de varias drogas, tanto para usuarios recreativos o de alto riesgo, siguen siendo, según el informe, consecuencias graves para la salud debido al aumento de la toxicidad, sobredosis y muerte. Desde una perspectiva política, es importante considerar en los estudios los patrones de consumo de varias drogas, porque esta tipología invalida el perfil y la caracterización establecidos de un usuario por sustancia específica. Los estudios e informes estadísticos cuantitativos presentan dificultades para captar la complejidad social que el fenómeno del consumo de drogas presenta al agregar a grupos estadísticos homogéneos en sus descripciones.

Debemos leer los resultados de estos grandes diseños estadísticos con mucha atención y a sabiendas de que las informaciones en ellos plasmadas responden a 1) una determinada construcción sociocultural respecto al fenómeno del consumo de drogas de carácter dominante en relación con otras concepciones existentes también válidas y legítimas sin realizar la más mínima crítica teórica, 2) que sus datos son fruto de grandes diseños estadístico-cuantitativos, revelando únicamente una de las capas superficiales de la realidad y que corresponden a una foto fija de la misma, y 3) como consecuencia de 1) y 2) los resultados de este tipo de informes responden mediante datos crudos a las expectativas e intereses de determinados sectores políticos, lo cual tiende a reforzar el discurso social que concibe al usuario de drogas generalmente como un enfermo (a nivel físico o mental) o un desviado, restituyendo al mismo tiempo los mecanismos de control social, formal/informal, implícitos en el fenómeno de consumo de sustancias, como por ejemplo con su asociación a la delincuencia (Llord, 2010: 2).

La antropología médica, en cambio, estudia la realidad social a partir de «grupos naturales», intentando no desagregar a los conjuntos sociales, dado que en su definición teórica estos constituyen un tipo de unidad que expresa la articulación entre individuos (Menéndez, 1998: 4). La agregación de grupos estadísticos genera un tipo de información que no corresponde a la que los conjuntos sociales producen o reproducen respecto al proceso de salud/atención/enfermedad y supone no asumir que los individuos se definen como tales a partir de las relaciones que establecen entre sí y que estas relaciones corresponden a códigos colectivos de carácter sociocultural.

Sin embargo, podemos extraer algunas ideas clave del informe del OEDT (2015) para su posterior análisis y complementación; la relativa

alta prevalencia del consumo de cocaína, alta percepción de accesibilidad, alto índice de adulteración, utilizada más por hombres que por mujeres y que es una sustancia asociada al policonsumo. No podemos juzgar si el hecho de que un 2,2% de la población española entre 15 y 64 años haya consumido cocaína en los últimos 12 meses es un porcentaje alto o bajo. Desde un prisma prohibicionista podría considerarse alto, puesto que es evidente que no todas las personas encuestadas van a reconocer el consumo de esta sustancia, y pensar que casi 3 de cada 100 ciudadanos (700.000 personas) ha consumido cocaína en el último año a alguien le podría parecer un escándalo (PNSD, 2013).

Desde un punto de vista pragmático y normalizador del fenómeno quizá pueda considerarse un dato tranquilizador, pues si la accesibilidad es tan alta no podemos hablar de consumo generalizado ni de ninguna alarma por el consumo de esta sustancia, pensando también en el dato de que la prevalencia está descendiendo desde 2009.

Otro dato para reflexionar a partir de las estadísticas del OEDT (2015) surge del indicador de consumo de riesgo utilizado recientemente por el observatorio europeo (personas de 15-64 años que hayan consumido cocaína en 30 o más días en el último año). Se estima que este perfil se reproduce en 92.406 personas, lo que equivale al 0,3% de la población de 15 a 64 años y el 13,2% entre usuarios habituales. El perfil de los consumidores de cocaína de alto riesgo es descrito de la siguiente manera: sexo masculino (37 años), con estudios secundarios terminados, que viven solos y en situación laboral activa. Todos han consumido drogas legales y otras drogas ilegales, entre ellas, nuevas sustancias psicoactivas.

La crisis económica vivida en el país desde 2008 y una mayor adulteración de la sustancia pueden ser dos factores que expliquen este tímido descenso anunciado por el OEDT (2015).

El nuevo escenario político económico acontecido en 2008 ha comportado cambios en el consumo de cocaína. La explosión de la burbuja inmobiliaria provocó la destrucción masiva de puestos de trabajo y consecuentemente el aumento del paro. En el contexto actual, para las clases trabajadoras ha desaparecido la referencia motivo-aspiracional de la clase alta, especialmente entre los más jóvenes. La gran mayoría se ha desplazado hacia la aspiración de mantener las condiciones de supervivencia esperando que la cuestión no empeore. La incertidumbre del contexto ha comportado que se diluyeran las referencias socioculturales y consumistas propias de la época anterior. El escenario de austeridad, incertidum-

bre, pérdida del poder adquisitivo, así como la imposibilidad de exhibir cualquier éxito social, ha comportado que la cocaína desapareciera del repertorio habitual de consumo de muchos jóvenes. Entre muchos consumidores, después de años de consumo y de mantener la cocaína como un elemento más, o como elemento central de la fiesta, la han abandonado, han disminuido su consumo o la han sustituido por drogas más baratas como el *speed* (Martínez-Oró, 2015: 127-128).

Según el informe de Energy Control<sup>35</sup> sobre análisis de sustancias en España 2014<sup>36</sup>, la cocaína es la sustancia más adulterada, en un 50% aproximadamente de su contenido, destacando la alta presencia de adulterantes tóxicos como el levamisol (52,29%) y la fenacetina (30,9%). Es la sustancia que presenta más a menudo adulterantes, en el 77,8% de los casos contenía adulterantes añadidos y solo el 14,4% de las muestras analizadas contenía cocaína como única sustancia activa. No hace falta ser muy agudo para pensar o preguntarnos: ¿podríamos afirmar, en consecuencia, que el 50% de los problemas asociados al supuesto consumo de cocaína son atribuibles a sustancias utilizadas para su corte como el paracetamol o fenacetina? Rotundamente sí, y esta es sin duda una de las paradojas del prohibicionismo.

Parece que los factores relacionados con la adulteración y el descenso de poder adquisitivo de la población en general han podido modificar la tendencia de consumo de cocaína a la baja, planteando un conflicto basado en la eficacia simbólica del ritual de consumo interesante para el análisis.

En funció dels contactes, la qualitat varia. Aquest és un tema que també et tira bastant enrere: el fet de que paguis 60 euros i sigui dolenta amb ganés, pues tira enrere i ja no et vols gastar aquests diners, no té gràcia; si es pogués controlar la qualitat, segurament ho haguéssim fet menys cops i més bé, però clar, no ho saps... L'única vegada que he vist algú que controla la qualitat és amb la paradeta que munteu de l'anàlisi de substàncies, però realment fora d'això ni ha que és evident que és gelocatil trinxat i merda... I a vegades ho saps, però bueno. JOAN

35 Energy Control es un proyecto de reducción de riesgos de la ONG ABD - Asociación Bienestar y Desarrollo. Su ámbito de actuación es estatal y cuenta con delegaciones en las comunidades autónomas de Cataluña, Madrid, Islas Baleares y Andalucía.

36 Véase <[http://energycontrol.org/files/pdfs/INFORME-ESTATAL-2014\\_DEF.pdf](http://energycontrol.org/files/pdfs/INFORME-ESTATAL-2014_DEF.pdf)> [consultado el 18/09/2015].

Fins que el tema econòmic va pesar i es van acabar els diners. I llavors això em va fer pensar en buscar una font d'ingressos que no fos els diners que tenia estalviats, i llavors va ser quan vaig tenir la genial idea d'anar en un pis de relax i a veure si amb el sexe i la prostitució podia guanyar diners. Aquest va ser un altre punt d'inflexió important, tindria 23 o 24 anys. TITO

Amb més freqüència quan he tingut pasta a partir dels 27, perquè abans no tenia ni un duro i ho prioritzes: abans de frotre't cocaïna, et fots, pots fumar, però a partir dels 27 que ja tens un sou doncs sí... Clar, quan no tens pasta, pilles un cop al mes com a molt, o no ho compres tu, a vegades hi ha algú que et convida... I si n'hi ha i et ve de gust t'ho prens. En un sopar, en una sortida de nit, en una costellada. MIQUEL

### *La máquina de la verdad*

Durante el trabajo de campo pude realizar un pequeño experimento gracias a la posibilidad de análisis de muestras de cocaína en el laboratorio del IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas de Barcelona) vía Energy Control y de la colaboración estrecha que mantenemos con el equipo de reducción de riesgos en ocio nocturno del que formo parte Arsu Festa.

Pude recolectar la semana previa a las fiestas mayores de la ciudad (una de las épocas de más consumo del año) y con la ayuda de 5 informantes motivados, 5 muestras distintas de diferentes vendedores, la mercancía de los cuales fue probada por todos.

Ara faig un consum esporàdic. Agafo un gram per Nadal i llavorens, sinó hi ha una ocasió d'un comiat de solter, festa major o una cosa així, un aniversari així, i depèn de com, però bueno, crec que tres grams a l'any. No crec ni que arribi. JOAN

Si n'hi havia, doncs pastilles, cocaïna... Ara, dates senyalades. Per Sant Joan i això, Cap d'Any sempre hi havia algú que portava algo, o jo mateixa... A partir dels 18 o 20 anys, a les festes majors, Cap d'Any, Sant Joan... Sempre hi havia algo. LAIA

Antes de conocer el resultado del análisis, las muestras fueron valoradas (en una escala del 1-10 y realizando una simple media aritmética) de la siguiente manera por los 5 informantes/consumidores:

**Muestra 1:** 8

**Muestra 2:** 5

**Muestra 3:** 5

**Muestra 4:** 9

**Muestra 5:** 4

Veamos ahora los resultados obtenidos del análisis de laboratorio:

**Muestra 1:** fenacetina<sup>37</sup> 46%, cafeína 14%, levamisol<sup>38</sup> 9%, cocaína 31% (8)

**Muestra 2:** fenacetina 35%, cocaína 47% (5)

**Muestra 3:** fenacetina 47%, levamisol 26%, cocaína 15% (5)

**Muestra 4:** fenacetina 38%, cafeína 12%, levamisol 9%, cocaína 26% (9)

**Muestra 5:** piracetam, fenacetina 11%, levamisol 6%, cocaína 17% (4)

Podemos observar cómo la relación entre la percepción de calidad y el porcentaje de pureza de las muestras no se correlaciona en absoluto. Las muestras mejor valoradas contienen un 26% y un 31% de pureza, aparte de otros componentes químicos que aparecen de forma oculta y que los mismos informantes no conocían ni tampoco desearían consumir.

Una vez los informantes conocieron los resultados, la reacción en un primer momento fue de estupefacción, pero en muy pocos casos va a hacer cambiar la opción de compra de los informantes, pues basan su criterio en parámetros de confianza con el vendedor, la facilidad por el bajo riesgo percibido al acudir al puesto de compra (normalmente el domicilio del mismo vendedor) y la supuesta creencia y aceptación de que «es lo que

37 Presenta toxicidad en el hígado al igual que el paracetamol, esta toxicidad es más aguda si se mezcla con alcohol. El uso crónico está asociado con nefrotoxicidad, que puede cursar con incontinencia o con dolor de espalda. También está asociado a metahemoglobinemia y parece tener potencial carcinogénico. Además, la fenacetina conlleva un riesgo añadido en un grupo reducido de la población: lesiona los glóbulos rojos de la sangre ocasionando una falta de oxígeno en los tejidos que puede provocar pérdida del conocimiento, depresión respiratoria o paro cardíaco. Véase <<https://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/resultados/adulterantes/355-fenacetina.html>> [consultado el 03/09/2016].

38 Cuando se consume levamisol pueden aparecer algunos de estos síntomas agudos: náuseas, mareos y diarreas. Si se trata de un consumo prolongado además pueden aparecer fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, insomnio y convulsiones. El consumo de esta sustancia mantenido en el tiempo y/o en personas susceptibles puede producir una serie de alteraciones graves tales como neutropenia (bajada grave de las defensas), trombopenia (problemas de hemorragias) o vasculitis (alteración de la piel). Véase <<https://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/resultados/adulterantes/356-levamisol.html>> [consultado el 03/09/2016].

hay» respecto al mercado negro. La mayoría preferiría no saber el contenido de sus muestras y continuar basándose en su percepción subjetiva, que finalmente es la que prevalece y prevalecerá asumiendo que el acceso a la sustancia vía el mercado negro tiene sus riesgos, que son asumidos sistemáticamente. En definitiva, podemos apreciar el fenómeno que Lévi-Strauss (1995) denominó «eficacia simbólica» a un mito que forma parte de la estructura de creencias de un sistema social y que puede provocar «efectos» sobre el organismo y el psiquismo de los individuos que participan de una determinada subcultura. Curiosamente el intento de comprensión de lo que no conocemos puede venir mediado por la impresión corporal (experiencia más intuitiva) y, por otro lado, por el consenso colectivo (Lévi-Strauss, 1995: 206). El efecto que se produce, en este experimento, al intentar valorar la calidad de la sustancia (de pureza desconocida), es que los participantes utilizaran ambas experiencias y marcos de referencia de manera complementaria, no excluyente la una de la otra, reflejando la falta de precisión en la descripción de la experiencia.

Abans de veure els resultats tenia la sensació que la (4) era més tranquil·la, la (2) ataca molt, et posa molt tens, creia que estava més tallada amb alguna cosa, però, al mateix temps, la (4) a preu de 40 euros tampoc pots esperar massa. Vaja, que «visto lo visto», directes a la (4) i fora. Últimament he provat una altra que la pillen en ocasions el meu germà i els seus amics i sembla que està bastant bé; sembla la que preniem quan érem joves. Això sí, és cara de collons. JACOB

En principi et parlaré de les impressions després d'haver rebut els resultats. A mi, com és d'esperar, no em va sorprendre perquè, com ja sabeu, tot el que arriba és un «succedani» d'allò que és bo de veritat, per tant, si féssim una anàlisi de cada mostra que ens arriba a les mans veuríem ballar els % de cada un dels components identificats per les anàlisis amunt i avall. El que està clar és que de la font numero (3) ja fa un any que sabem que el que té és molt dolent, la font (2) també és poc regular, i el que no t'enganya és la font (1) perquè, a més de vendre molt més barat que els altres, saps que està venent algo que no és bo, cosa que amb la font (2) i (3) no passa. Ells no et diuen que és dolent, t'ho venen i fora. La percepció de la qualitat és molt dolenta per la font (2) i (3) i no han canviat, la (2) de tant en quan té algo que val la pena, però ell tampoc sap ben bé què té. A mi el fet de que porti això o allò altre no m'afecta, t'empenya perquè tu vols que sigui bo, però si tinguéssim les anàlisis abans de comprar segur que no comprariem, però al tenir-les a posteriori penses: «I de tot el que hem comprat, què portava?», per tant, seguim igual, això no treu que ens agradaria saber tot el que porta com ho sabem amb les altres medicines.

Saber quina és la bona qualitat és fàcil, perquè tot el que no sigui allò que és bo, és merda. Et poden enganyar, però lo que és bo de debò té una forma, una olor, una textura que no falla, al cap i a la fi és química, i un producte químic, un cop sintetitzat, sempre ha de tenir la mateixa pinta, més o menys, però d'aquella pinta no ha de variar molt; tot lo altre són barreges no sintetitzades químicament, són barreges. GERARD

Sempre havia pensat que hi posaven més productes per tallar-la, de manera que al veure una mostra que només té un component a part de la cocaïna, això m'ha sobtat. Una altra és que el tant per cent de cocaïna també pensava que anava sobre el 50%, i he flipat amb alguna de les mostres pel baix percentatge. També haig de dir que no trobo tanta diferència entre algunes mostres al provar-les, quan sobre el paper unes tenen molta més qualitat que d'altres. Una altra cosa és que pensava que es que feien servir productes més casolans per tallar-la, com ara guix, i veig que tot són productes químics, per tant, aquets productes poden fer mal, quan el guix mal no crec que en faci, simplement és per tallar sense que afecti tant la salut com el levamisol. En definitiva, que després dels resultats hem vénen poques ganes de pillar-ne. Ja ho diuen: «ojos que no ven, corazón que no siente». JOEL

A mi m'agradava més la mostra número (1) per la pasta, perquè era més barata, no perquè m'agradés més o menys; a més, em representava haver d'agafar el cotxe i tal, però bé. Des de que sé els resultats ja no vaig a buscar-la allà, ja sé que poden variar les anàlisis d'un dia per l'altre, però amb aquest ja m'he ratllat. Jo ara si vaig, vaig al (2). Jo lo dels adulterants ja ho sabia, però el que no sabia era de què i quant, i he flipat. Jo si un dia em pica el nas i he d'anar al (1) doncs també aniria, tant me fa en aquest moment. El que no vull saber és... No tinc una màquina per analitzar-la al moment, llavors, no ho vull saber. Val més no saber res, et va bé, o no et va bé i ja està. Ara, això m'ha fet pensar, això és una puta merda, ens donen merda. MIQUEL

En una sociedad donde la transacción económica a cambio de bienes es una de las principales actividades estructurales, recibir lo justo por lo pagado se convierte en un acuerdo, consenso o ley social, es decir forma, parte de nuestra cultura.

El hecho de que la circulación de las mercancías sea una de las bases de dicho sistema lleva a que casi todo se pueda convertir en mercancía y generar unos beneficios, cosa que ocurre también con la mayoría de las drogas, de forma coherente con esta lógica (Romani, 1999: 56).

Así pues, al pagar por unas dosis de cocaïna un precio relativamente elevado, el cliente cree en la posibilidad de que la calidad de lo obtenido



sea por lo menos aceptable para sus expectativas, aunque no siempre esto es así. Para ello algunos consumidores han desarrollado sus propios métodos de detección de calidad.

La qualitat avui en dia... Sí que hi ha moltes vegades que lo que compres és que és molt dolent i no... Molt dolent i no fa res... Massa adulterada. Exactament no sé amb què es talla, però d'algun producte sí que sents a dir coses. No he mirat mai a veure de què estava tallada. De llegendes urbanes n'hi han moltes! Però no ho sé. Amb el tema de l'olor, quan olores més a químic, quan ho olores a la bossa, depèn, és com tot, és com el tema del vi. És que aquest vi és bo o no, és si t'agrada és bo o si no, no. Per molt que et diguin que és afruitat o no sé què... Si no m'agrada, per mi no és bo. I amb el tema coca és lo mateix, després de fer-te la primera ho saps. Un pot dir que és boníssima i després ho proves i dius que «a mi aquest pal no em va», allò que diuen de que «aquí han posat massa mata-rates» perquè tot et tremola, a mi no em va. Quanoloro més a químic per mi és més positiu, però no la sabria descriure aquesta olor... No és cap olor relacionada amb una altra que diguis «és una olor diferent», no puc associar aquesta olor amb d'altres productes. JAUME

A mi, la sensació d'una bona farlopa és quan la tens en pedra —això si pots trobar la pedra—, doncs vamos, això d'alguna manera és garantia que sigui més bona que d'altres, quan és completament pols. Jo no sé quantes vegades me l'han tallat, de totes formes; fins que no m'he fotut tres o quatre ratlles no me n'adono si és bona o no, perquè ja començo a veure les reaccions que tinc: si m'ataca molt, jo ja veig que això no; si tinc palpitations, no; si notes que estàs més anguniós i tal, aquesta per mi no és bona, és que li han fotut alguna cosa que realment no et dona la reacció que esperes. Més empedreïda que no pas en pols, i que no foti massa pudor, que no olori a detergent, algo... No sé, no t'ho sabria dir concretament, algo químic, però algo químic que la farlopa guai no olora tant... Per l'olor no ho sabria distingir, no en tinc ni idea, ni pel color tampoc... No sé si el color té algo a veure, a vegades. Quan ja te la donen matxacada i tot és pols, pols, ja dius «malament tui, malament... Ja ni s'han molestat a que s'assembli a algo bo». També està clar que duros a quatre pesetes no n'hi ha i que no pots pillar barata, no, si la pilles barata pot ser que no tinguis qualitat, conforma't llavors amb les conseqüències. LAIA

Yo creo que a mí me gustan más las malas que las buenas. Esas que te dicen que son buenas porque se te ha dormido la boca, a mí son las que no me gustan porque se me duerme la boca. Para mí, una buena es que me dé pali-que, que no me sienta mal, que me deje dormir, importantísimo, y que al día siguiente pueda levantarme y estar bien. Si es buena, en teoría te ataca más, te mantiene más despierto, es lo que dicen, ¿no? A mí, cuando se me dormía

un diente me rayaba un montón y eso en teoría es que es buena. No me he preocupado demasiado nunca de esto, de si es buena o mala. Pero si no estás informado te da igual una que otra. Pero eso mientras no lo piensas, mientras estás consumiendo no lo piensas... Nunca me he encontrado con una farlopa mala, que me haya sentado mal o eso, no, nunca. Es que no me he molestado mucho en saberlo. También es eso, que yo, si no me daba síntomas extraños fuera de lo normal, ya me gusta. No me he encontrado nunca una que digas «joder, qué mal me ha sentado esta». A lo mejor he notado una que me ha atacado más o menos, pero no. No ha habido ninguna que me haya dado un mal viaje tampoco. ANA

Pude también contrastar los resultados con 3 de los 5 vendedores. Por ejemplo, el vendedor que corresponde a la muestra número 2 (47%), la muestra de más pureza y con menos adulterantes, en un primer momento se mostró muy satisfecho de saber que el material era de relativa calidad, pero también apuntó que como cada diez días aproximadamente cambia de material tampoco le sirve de mucho el resultado.

Hi ha molts tipus de tall, hi ha acetona, el gust, segons d'on ve, tindrà un gust diferent. Hi ha gent que s'ha fotut fato i està acostumat, ningú tindrà el mateix gust, vindrà un que et diu que és una merda i un altre et diu que és una meravella i quan t'has fotut fato un s'acostuma a una cosa. I t'acostumes a aquella cosa, quan canvies, és el tall o la merda que li tiren, i té un gust diferent i llavors no t'agrada, a mi el tall d'acetona no m'agrada gens, és més fort. En vaig provar una que tenia gust de cul. Allò era bon fato, era d'un colombiano que era un fenòmeno, però jo no en volia saber res d'aquest perquè venia carregat de pasta, era família de no sé qui i venia ous d'aquells que se'ls fotien al cul, allò sí que era fato. Era colombià, el fato; és diferent que la farina que es fa aquí químicament i és un altre gust i estem acostumats a una altra cosa. Si ara tinguéssim allò no ens agradaria, era un fato que no t'embaïava i et deixava menjar. És la costum que tenim aquí: hi ha gent que com que tota la vida s'ha fotut merda, n'estan acostumats i es fotran merda. Si t'en vas a Barna, per exemple, a saber el que pots pillar. A sapiguer, té que ser... Si no saps on vas... Jo ho he vist, allà a la Rambla, els morus aquells, jo he vist vendre unes bosses i el guiri córrer darrere seu, jo ho he vist això... És que són gilipolles. Jo no ho he analitzat mai el que compro, jo no agafo tanta quantitat, és difícil que sempre sigui el mateix material, va canviant. Quan te n'has fotut una ja ho saps si és bona. Analitzaràs això i la farina em durarà un mes o quinze dies i després serà una altra. Llavors seria pitjor perquè si l'analitzo i és pitjor... I dius «m'he fotut merda, m'ha xafat els esquemes». Una vegada de festa sí que ho he analitzat, i pastilles també, i em van dir que eren molt bones. Fa temps d'això, ara les que té un amic meu són molt bones, són blaves, jo en tinc una aquí. En vols una? Jo ara no en tinc, els hi vaig agafar a ell. DANI

El vendedor correspondiente a la muestra número 3, al conocer los resultados, desarrolla la siguiente explicación:

Hòstia, un 15%? Jo m'enrecordo que abans, sempre, quan vaig començar, deien que un 80%, i això ja és molt, però llavors n'hi havien de 50% i tal. Jo crec que si ho haguéssim fet abans jo crec que estaria pel 50 i tal. Jo crec que sí. Amb això et quedes sorprès, clar, perquè t'agradaria que hi hagués algo que no sigui tan perjudicial. La majoria de gent no hi entenem, m'hi poso jo també aquí. La gent li agrada o no li agrada, el punt d'eufòria que té, hi ha moltes històries aquí, el punt de ganes que tens, és com tot. Que dius «vaig estar de puta mare», però clar, potser al teu voltant estava tot a favor. I algun dia diuen «aquesta merda» i tal, i és lo mateix, a vegades m'ha passat, que em diuen: «això que m'has donat és una merda», i els hi dic: «no pot ser, no pot ser, però si és lo mateix d'abans d'ahir!» Això m'ha passat. I et diuen: «no pot ser». També hi ha moltes circumstàncies al voltant que et fan que tu et sentis millor o pitjor, és que és així. Ara, la realitat és aquesta, això no falla, és matemàtic: les anàlisis. Jo, és com tot, és com els vins. A mi em diuen aquest vi és bo, el tasto i m'agrada, o no m'agrada. A mi, si és molt forta d'olor, ja m'escamo una mica perquè pot ser que sigui forta i a mi el que m'agrada és l'speed, allò que et fot... Hi ha gent que troba fluixa una cosa i per mi no ho és, és com tot, i dius «jo no vull que... Jo vull que això em deixi dormir, que em deixi menjar, que em deixi beure, que em deixi riure, no que em quedi garrivat», perquè hi ha vegades que és molt pura o no ho sé, jo ho tinc molt clar. Si m'agrada, bé, i si no, també, depèn també del tacte. No sé, si fas així i queda més oliós, depèn. Sobre els talls no en tinc ni idea. IVÁN

La compraventa de sustancias en el mercado negro supone acceder a productos variables, de mala calidad y adulterados con productos químicos nocivos no inocuos. Esta realidad es concebida y construida por los informantes de distintas maneras, pero siempre condicionados a factores que no pueden controlar y desarrollando al mismo tiempo un discurso inconexo, a la vez que contradictorio, pero que justifica de alguna manera el continuar consumiendo, sea lo que sea.

Hay un corte que se llama hidrocaína, se mete mucho hoy en día. Se consigue de un farmacéutico, hay gente que te lo vende, hay farmacéuticos que te lo pasan bajo manga. Yo conozco unos cuantos farmacéuticos que te la venden, si necesitas corte te lo traen a tanto la bolsa, lo pagas y se lo das al camello. Yo lo he hecho algunas veces, que me han dicho: «Oye, me hace falta esto...», pero yo se lo traigo, pero con beneficio: «Me tienes que dar 40 euros», «No, no, que te lo pago en coca», y yo digo: «No, no, que yo no consumo, me tienes que dar 40 euros de los beneficios...». Entonces, claro, yo lo hago, pero yo me saco

dinero con esto, le digo un precio al gitano, al otro lo convenzo y le saco más pasta, por esto voy teniendo dinero... Me lo piden por teléfono, y me dicen que tienen que hablar conmigo y me piden las cantidades, porque yo he vivido ahí en las casetas y me conocen. Otros cortes son pastillas o lo que sea, pero yo eso no lo toco. Yo lo saco de los laboratorios, que siempre hay estafas, ¿no? Porque conocen abogados y jueces y siempre hay chanchullos, eso es igual, si tienes enchufe te libras de la cárcel, como los grandes. ALFREDO

Durante el periodo de trabajo de campo he podido observar y conocer mediante los informantes diferentes situaciones, contextos y maneras de compra de cocaína al por menor.

Iván, por ejemplo, recibe gente en su casa, pero solo amigos íntimos. El resto de clientes acceden a él vía llamada telefónica y entonces él se desplaza o bien a una cafetería o bar o con el coche a alguna dirección determinada. No contesta llamadas durante su horario laboral, es empleado de un pequeño comercio, siempre argumenta que sus clientes de cocaína ya lo saben y que si alguien lo hace ya no lo llama más o no contesta a sus llamadas. Los fines de semana acostumbra a llevar dos o tres gramos (algunos en bolsas de medio gramo) encima, pues la gente que lo conoce algunas veces acude a él en horarios festivos. Es una persona muy discreta. Accedió a que visitase su casa para realizarle una entrevista, pero se le notaba reticente a proporcionar más información de la necesaria, manteniendo cierta actitud de recelo. No goza de muy buena reputación en relación con la calidad de su producto entre los informantes con los cuales he contactado. Realiza un consumo moderado de cocaína que según él no le interfiere en su actividad.

Raúl es uno de los distribuidores más frecuentado por la red de informantes de este estudio. Vive fuera de Reus y siempre hay que acudir a su casa si se le quiere comprar. Después de conocerlo mediante un informante, le pregunté si estaría dispuesto a mantener una conversación conmigo con relación a su actividad. En un primer momento aceptó sin duda alguna, pero después de insistir semanas y meses nunca pude realizar la entrevista formalmente con grabadora, etc. Sí pude mantener dos conversaciones informales con él respecto al tema en cuestión. Raúl afirma que él está totalmente en contra de las drogas, fue muy tajante en esa cuestión, dice no consumir nada, bueno, alcohol, cannabis y alguna vez éxtasis, pero que la cocaína no le gusta y que no entiende por qué la gente le compra. Para él es un puro negocio. Mantiene contactos con redes de colombianos, y dispone de una cocaína a 40 euros el gramo (a precio de crisis) y otra de

más calidad que vende a 60 euros el gramo. Algunas veces cuando tiene material de primera calidad llama a sus clientes ofreciendo un precio de 60 euros por 0,9 gramos.

Cuando le expliqué que parte de esta investigación estaba enfocada a fomentar argumentaciones en favor de la regulación de la cocaína, su actitud cambió. Él pensaba que era para ayudar a las personas a dejar de consumir, tampoco entendía por qué lo quería entrevistar a él en concreto, ya que él reconocía que hacía algo negativo para la sociedad, pero que era su manera de ganarse la vida. Había trabajado de camarero en *pubs* nocturnos de la costa, pero actualmente no trabaja. Se separó de su pareja y ha realquilado el piso donde vive con dos personas más. La primera vez que hablé con él, me invitó a entrar en su apartamento, estaban los dos compañeros de piso, Raúl tendrá unos treinta y muchos años y compartía piso con un hombre bastante más joven que estaba en el sofá viendo la tele y fumando marihuana y otro hombre de unos cuarenta largos que estaba en una mesa esnifando cocaína, sin apenas interactuar. El encuentro fue bastante incómodo y poco provechoso, así que no alargué mucho la cosa y me fui dándole las gracias. La segunda vez que accedí a hablar con él, quedamos en la terraza de un bar cerca de su casa. Estaba sentado con un hombre de su edad más o menos, llegaba de Barcelona para quedarse a vivir allí. Sin conocerlo de nada, me contó que iba a alquilar un piso solo para plantar marihuana y que iba también a llevar parte del negocio de Raúl a medias con él. Sin más, empezaron a hablar de lo suyo y Raúl contaba que en su domicilio solo acostumbra a tener unos 4 o 5 gramos, por si le pillan, y que el resto de mercancía, 250 gramos o a veces más, lo guarda en un piso de un amigo que está vacío. Esperé durante una hora para ver si podía tener una conversación a solas con él, pero no fue posible, el teléfono no paraba de sonar y él iba y venía todo el tiempo dejándome solo con su amigo. Decidí abortar la misión de una entrevista cara a cara con él, y opté por recoger más información de mis informantes, a la vez clientes suyos. Raúl goza de muy buena reputación entre sus clientes, tanto por sus ofertas de 40 euros, como por su disponibilidad temporal, pues casi siempre está receptivo a la transacción.

El tercer vendedor, Dani, accedió a que me pudiera quedar en su domicilio durante algunas horas de diversos días para observar su actividad. Inicialmente, elegí los viernes pensando que cerca del fin de semana la actividad sería mayor. Finalmente realicé observación mayoritariamente los viernes, pero también algún jueves, y no noté apenas diferencias entre

ambos días en cuanto a número de clientes, unos cuatro o cinco entre las 18 y las 22 horas aproximadamente. La intención en un primer momento era que pudiéramos realizar dos entrevistas a solas durante dos días elegidos, pero no pudo ser así, el interfono o el teléfono sonaba cada 15 minutos. Además, cada vez que subía un cliente a la casa, solía estar una media hora o más charlando, pues todos los clientes eran amigos o amigos de amigos. Entre charla y charla la mayoría de ellos aprovechaba para hacer una raya o dos. Normalmente si el cliente invitaba a una raya al vendedor, este respondía con otra raya minutos después, o entre ambos aportaban y añadían cocaína para hacer unas rayas más grandes. Se usaba siempre un plato de cerámica pequeño para hacer las rayas, calentado en el microondas justo antes de depositar el polvo blanco en él. De esta manera se consigue eliminar la humedad de la cocaína. Observé también que el vendedor guardaba la cocaína en una única bolsita, en la que podía haber de 10 a 20 gramos aproximadamente. Cada vez que venía un cliente elaboraba las bolsitas bien de medio gramo o de un gramo. Al mismo tiempo la bolsita la guardaba en un bote de cristal, el típico de las conservas, con granos de arroz secos en su interior, con el mismo objetivo que el de calentar el plato: ahuyentar la humedad. Algunas veces podían acumularse de tres a cuatro clientes y pasar la tarde allí, frente al televisor, sin que apenas nadie lo mirara, pero charlando, bebiendo y fumando, de buen rollo. Era frecuente ver que fumaban lo que se denomina «chino» o «nevadito», un cigarro untado por la parte exterior con una fina línea de cocaína. Antes de fumarlo se estira con los dientes un trozo de filtro del cigarro para que el humo salga con más aire. Había hablado con Dani de la ineficacia de este método, pues la cocaína se volatiliza a unos ochenta grados centígrados y un cigarrillo quema aproximadamente a unos trescientos<sup>39</sup>, el resultado, pues, es la inhalación de subproductos, cero cocaína. Aun así, parece que el fumado del cigarrillo es un ritual del cual se aprecia el sabor y a veces, según algunos informantes, la calidad de la cocaína. Algún cliente aparecía, compraba lo que tenía que comprar y se iba. Estos eran los menos, pues parece de cortesía no entrar y salir de la casa o del edificio tan rápido para no levantar sospechas entre el vecindario. Durante las tardes de estancia en casa de Dani, pude observar la figura que MARTÍNEZ-ORÓ

39 Ver el documental de elaboración propia *Drugstore*, de información general sobre uso de cocaína: <<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pla-daccions-sobre-drogues-de-reus/>> (vídeo 6) [consultado el 05/06/2016].

(2015) define como «el facilitador». La persona que compra para él y para sus amigos, desinteresadamente, llevándose de 3 a 4 gramos por ejemplo para repartirlos después<sup>40</sup>.

Diez de los informantes de este estudio han sido contactados gracias a las permanencias en casa de Dani. Algunos no preguntaron nunca, pero a algunos les tuve que aclarar que estaba realizando un estudio antropológico sobre cocaína. Algunos se lo tomaron a cachondeo inicialmente pero después la mayoría aceptó ser entrevistado. Durante las cuatro tardes de observación en casa de Dani, no vi comprar cocaína a ninguna mujer. Tampoco pude realizar la entrevista a todos los que accedían a participar en el estudio, pues fuera del contexto la relación se enfriaba y es difícil llevar a cabo el contacto, el encuentro y la entrevista.

Joel, uno de mis informantes más motivados, me llevó a pillar a un bar frecuentado por universitarios en el que, aparte de bocadillos y cervezas, uno puede comprar cocaína en la barra. No es un servicio visible ni accesible para cualquier cliente, sino que se debe conocer al propietario de antemano y mantener cierto grado de confianza. Joel pagó las dos cervezas y le entregó un billete de 50 euros. El cambio fue de 16 euros, cobrando las dos consumiciones y 30 euros por medio gramo de cocaína. El camarero después de unos veinte minutos dejó encima de la barra justo al lado de la cerveza de Joel una servilleta arrugada en forma de bola. Dentro de la servilleta estaba la bolsita de medio gramo. Dos meses más tarde Joel me explicó que le habían contado quién le suministraba la cocaína al hombre del bar, así que decidió no continuar comprándole por la calidad mediocre que encontraba siempre allí. A partir de ahora y de esta manera, acudiría a la persona que estaba situada un eslabón más arriba de la cadena de producción/distribución con la esperanza de obtener una mercancía de mayor calidad. Joel argumentaba que la comodidad de comprar en ese bar le parecía un factor bastante importante de seguridad y que el problema con el otro distribuidor es que no siempre estaba disponible y que tenía que comprar la cocaína en la calle, circunstancia que le producía bastante incomodidad. Además, algunas veces el tipo en cuestión, de origen marroquí, aparecía en la cita con dos de sus hijos pequeños de unos cuatro y cinco años cogidos de la mano. Definitivamente esta situación fue la que hizo desistir a Joel de acudir más a dicho distribuidor.

<sup>40</sup> Véase también Bieleman, Díaz, Merlo *et alii* (1993) para una buena caracterización de los roles subculturales en las redes de consumidores de cocaína.

### *Una cuestión de ¿género?*

La cocaína, así como la mayoría de drogas ilegales, ha pertenecido mayoritariamente y tradicionalmente al ámbito de lo masculino. Según el informe del PNSD (2015), en el caso de la cocaína, la proporción de hombres es del triple respecto a las mujeres. Tratar las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres requiere poner atención en el sistema de dominación sexo-género. Los desafíos de la investigación y de las políticas de drogas sobre diferentes contextos de consumo y los espacios de interacción son algunos de los temas emergentes para dar respuesta a las necesidades actuales de comprensión del fenómeno del consumo de drogas, así como de la sociedad en general.

Voy a desarrollar aquí las principales cuestiones relacionadas con el consumo de cocaína y género partiendo de la tesis de que nos encontramos delante de una normalización del consumo, de un proceso de desmasculinización del mismo y a sabiendas de que debemos esforzarnos para ofrecer una visión no dicotomizada y mucho más compleja del sistema sexo-género.

La heteronormatividad divide el mundo en un mundo masculino y uno femenino y asocia el mundo masculino y el femenino a un sexo determinado. Existe una división dicotómica entre hombres y mujeres desde la cual las mujeres se sitúan en posiciones de desigualdad. Este sistema de dominación en definitiva nos afecta a todos, incluso en las conductas de riesgo. Este sistema para que sobreviva necesita un proceso de socialización, una manera de comportarse y una ideología que lo sustente. Si solo considerásemos a las mujeres, al pensar en género, práctica habitual, también sería heteronormativo. Las mujeres no solo tienen relaciones con hombres, sino que también tienen relaciones con otras mujeres, así como los hombres también tienen prácticas homosexuales o bisexuales. Las cuestiones de género tienen que tomar en consideración todas estas variaciones de la diversidad de género, ya se trate de parejas del mismo sexo, parejas heterosexuales, transexuales, etc. En realidad, tenemos muy poca investigación especializada en diferencias de género, porque todo el conocimiento previo ha sido un conocimiento muy masculinizado, muy androcéntrico, igual que en otros campos científicos<sup>41</sup>.

41 Véase el documental *Más allá de la heteronormatividad*: <<https://vimeo.com/61171222>> [consultado el 02/06/2016].



El discurso masculino, dominante aún, continúa ejemplificando relaciones de poder desiguales y heteronormativas.

Tothom vol una novia que en consumeixi una mica i ja està, però ningú vol una novia que en consumeixi més que tu o molt més que tu. Si vull anar a casa també vull anar a casa, a tots ens agrada el terme mig. M'agrada una tia que pugui anar de festa, però si la tia es fot més que tu malament, perquè si t'agrada la festa i te'n fots, aquesta tia, no anem bé... A mi no m'ha passat això, però tinc companys que sí que els hi ha passat i lògicament s'acaba malament, pitjor que la comèdia de Falset, s'acaba fatal. JOAN

Deu ser un tema d'autodestrucció, sí, els homes som més autodestructius que les dones, no en tinc ni puta idea, jo el que veig és que hi ha més tios que ties, perquè d'agradar els agrada a les que conec jo. MIQUEL

Mira, una mujer que consume como yo consumía las llaman «comebolsas», cuando yo no he tenido que comer ni... Iba a hablar muy mal ahora. Las «comebolsas» es tener que arrodillarte para comer una... esto, por una papela, nunca jamás lo he tenido que hacer, sino todo lo contrario, la vida que yo he llevado y el ritmo que yo he llevado no es normal en una mujer, yo no he tenido que robar ni hacer nada, lo he hecho con mucho esfuerzo y trabajando muchísimo, porque el consumo que yo tenía era muy elevado. Entonces la gente se piensa que porque seas mujer y que consumas de la manera que yo consumía se piensan que has hecho cosas como prostituirte o hacer cosas de relaciones sexuales por un gramo de coca. Jamás lo he hecho. He trabajado muy, muy duro... Y nunca he tenido que pedir nada a nadie, y mira, dentro de lo malo estoy muy orgullosa de cómo lo he llevado, siempre manteniendo los pies en el suelo y sabiendo lo que estaba haciendo. Bueno, dentro de lo que cabe, porque después de todo lo que he explicado... Socialmente no está bien visto, ni mucho menos, todavía hay una mentalidad muy machista, simplemente seguimos viviendo en la misma sociedad, las mismas mentes de burros, eres mujer y tienes que llevar este tipo de vida. ROSA

En las últimas décadas, las generaciones más jóvenes van acortando la distancia entre los consumos de chicos y chicas (Romo y Pérez, 2013: 241), sobre todo en los contextos de ocio nocturno y consumo recreativo de drogas legales e ilegales, y no se estigmatiza de la misma manera a la mujer consumidora de drogas. Los escenarios de ocio nocturno comerciales son lugares muy interesantes para observar las distintas relaciones entre géneros e identidades sexuales, las relaciones están muy sexuadas y muy marcadas por las diferencias entre hombres y mujeres muy visibles en los atributos masculinos y femeninos clásicos. En otros espacios de fiesta

alternativos como puede ser el movimiento *rave*, las relaciones se difuminan, se están creando ámbitos más andrógenos en los que las sustancias consumidas y los patrones de consumo no difieren tanto.

Entre una mujer y un hombre no cambian mucho las cosas: uno consumirá más que otro pero no cambia mucho... Ni a la hora de comprar ni de nada... Mi amiga está casada y es ella la que pillá más que él, y generalmente a escondidas de él, que no lo entiendo tampoco. Él es más de fin de semana... Ella le oculta que consume entre semana... No lo sé por qué, porque creo que él no lo ve bien que se consuma entre semana, él solamente consume cuando tiene fiesta, que es el fin de semana... Si se lo oculta creo que es porque... Toda la gente que lo oculta a su pareja es porque piensa que si lo sabe va a tener problemas con ella, o a lo mejor no. MÓNICA

Yo creo que las tías somos más compulsivas con el consumo de la cocaína. Creo, ¿eh? Pues al menos las amigas con las que consumía cocaína, tenía una amiga, hermanada, que era con quien tomábamos compulsivamente. También es eso que como era un consumo de fin de semana, sí, era como, sí, compulsivo. Yo para mí lo que he visto, sí, lo que pasa es que luego he conocido gente que también lo son mucho. Yo creo que era... Yo, las amigas que tengo somos compulsivas con eso, con la bebida... También te diré que a lo mejor no estábamos bien ninguna, por eso consumíamos así. No estábamos tampoco muy enteras. Por cosas nuestras, de parejas, de hijos, no sé, mi amiga no estaba fina tampoco... Bueno, y que te ibas a juntar con la gente que consume como tú. Y ahí en la disco todo el mundo consumía... Una mujer que bebe o que fuma o que va de esto está más mal visto. Entre mis iguales a lo mejor no pero si eres bebedora, bebedora... Bueno, entre mis iguales a lo mejor no. Pero bueno. Las chicas, depende, y depende de los chicos... En mi círculo las chicas somos bebedoras, y borrachas somos más pesadas, y lloramos y montamos pollos. Los chicos son más pausados borrachos, más divertidos. Las chicas podemos pasar de estar eufóricas, divertidísimas, a montar un pollo, llorar... Entre mis amigas, la gran mayoría. ANA

También pasa mucho que el estilo de novio también te cambia mucho, porque yo estuve cinco años con un chico y al chico le molaba mucho salir, y a mí también, y si no nos gustaba salir juntos, salíamos por separado; en cambio, la relación de ahora es totalmente distinta, porque si él se tiene que venir conmigo yo me voy con él... Tenemos muchos amigos en común, por lo tanto, salimos todos juntos. Aunque el grupo también se drogue yo procuro no drogarme tanto como antes, pero... Eso cambia, eso cambia mucho, el estilo de pareja cambia un montón, también que ahora estoy pendiente de una casa y que yo sé que tengo que volver a casa y que me están esperando, que no es

igual que cuando vivía sola, que cuando vivía sola hacía lo que me salía de la polla, no es que no lo pueda hacer ahora, pero también un poco de respeto, aunque hay veces que me lo salto, pero... CRIS

El control de los riesgos asociados a ciertas conductas, como el consumo problemático de drogas en los Estados neoliberales, nació con fuertes implicaciones de género y salubristas, como hemos podido ver en el capítulo dedicado a la construcción de la disciplina médica desde una perspectiva sociocultural. Siempre se ha producido un interés por el control de la capacidad y actividad reproductiva de las mujeres construyendo divisiones de género y regulando la «feminidad». En lugar de centrarse en la construcción del cuerpo y en la desestigmatización de las mujeres consumidores básicamente se ha centrado en etapas concretas de la vida reproductiva, como el embarazo (Romo y Pérez, 2013: 243). El estigma y el cuestionamiento hacia la mujer consumidora de drogas y su derecho a ejercer la maternidad es uno de los principales caballos de batalla de la cuestión de género y drogas.

Jo, arrel de que em vaig quedar embarassada jo no vaig prendre res més. Llavors, doncs clar, jo feia una vida, me n'anava a dormir, m'aixecava aviat i aquí van començar els problemes. Bueno, ell consumia, es fotia fins el cul a casa, a baix —era dúplex—, i jo me n'anava a dormir i jo m'aixecava aviat i ell em deia: «Per què t'aixeques tant aviat?». Bronques, saps? I va ser una època bastant xunga, perquè si vols consumir, consumeix, però a mi deixa'm tranquil·la, jo vaig passar... No en vaig prendre més i ja està, ni alcohol ni això, vull dir que no. I sí que és veritat que jo vaig deixar de consumir de tot i a mi no em va passar res, jo no sé si és normal, suposo que sí, i tampoc ho trobava a faltar, vull dir. Suposo que estava en un altre rotllo, et canvia el xip... Jo vaig tenir la nena i li vaig estar donant el pit durant sis mesos, perquè ella volia, i quan no en va voler li vaig deixar de donar, i després vaig tornar a consumir... Però jo he tingut amigues que ha sigut parir, tallar-se la llet, biberón, i fotre's una ratlla el mateix dia, però no una, varies amigues, hi ha gent així. Amigues que han consumit durant l'embaràs també, i han begut... Però bueno, jo no sé, a mi això em fa molta por hi ha gent per tot, i després els nens són normals, aparentment, dic aparentment, perquè al final tot això està a la sang, jo suposo que també hi deu haver graus, però només el fet de tenir el fill i tallar-te la llet per fotre't un ratlla, és que estàs molt pillat, és que tens el bebè, que estàs així que no saps ni com estàs, no sé... Jo no he sigut d'aquesta manera de ser.

MARTA

Más que nada por el hecho de ser madre. No sé, bueno, es que era un sentimiento como algo, no sé, como algo inconsciente, te sientes culpable, te sientes asquerosa un poco. Bueno, pues porque también en el momento que consumes y eso estás como en una doble vida, tienes la vida esta de fiesta, de consumir, de ja ja, pero luego el lunes tienes que estar en tu casa, haciendo comida y haciendo los deberes con tu hijo, y entonces cuando te ves ahí dices: «Si tengo esto, ¿qué coño estoy haciendo?», ¿no? También pienso que si mi hijo se enterase... O el dinero, gastarte tanto dinero en algo así. Era cuando tenía más bajones. Antes creo que estaba tan loca que ni pensaba. Esto ha sido con el tiempo, según he ido madurando también. Siempre he tenido el sentido este de la responsabilidad hacia mi hijo, y no sé... He podido hacer de madre, pero yo siempre he tenido la cosilla esa de qué, bueno, de qué estás haciendo, ¿no? Si eres madre, una cosa es que un día salgas y te tomes unas copas y otra es que... O yo que sé que he sido muy inconsciente con el coche, que me ha afectado más el alcohol quizá que la farlopa, pero como que el alcohol es algo más aceptado, pues culpas más a las drogas que al alcohol. O eso, pues, si te drogas te lleva también a un día de empalmada, y una empalmada para mí supone dos o tres días de bajón o de ir a marcha lenta... El niño va a la marcha que va y punto, y tú tienes que estar y no hay más. Y bueno, que aparte también a mí se me iba un poco la flapa, que no soy ni buena bebedora ni buena... Cuando me paso se me va un poco la castaña. Bueno, que a lo mejor que es eso que el último tiempo de consumo era como yo tampoco no estaba bien interiormente, pues te desata más las cosas. No se me va la castaña, pero bueno, me enfadaba, o estaba de mal humor o lloriqueaba o... También te cambia, quieras o no te cambia un poco, no eres la persona que eres un lunes normal sin consumir, o un martes. Luego vuelves a tu vida normal y parece que se te van abriendo las luces. ANA

En pic vaig tenir el meu fill, vida de sortir no en vaig tenir gens. Va ser totalment radical: vaig deixar de consumir de tot menys els petes, els porros vaig continuar. Els petes sempre han sigut una constant des del moment en què es van convertir en una constant en el meu dia a dia, que va ser a partir dels 21 o així. També als 19 i així ja en fumava bastants, però era diferent. Jo en fumo en el meu dia a dia. LAIA

El que feia era aprofitar d'estar sola a casa, fotre'm una ratlla, una cerveseta i estar allí de puta mare, en contes de disfrutar el temps sola a casa, llegint un llibre o fent alguna manualitat que m'agradi o alguna cosa, era quan em quedava sola. Aprofito i em fotu bolingazo, perquè estar bolingazo és guai, et fa sentir bé. Sí que els últims temps ho vaig pensar que se m'escapava de les mans, no per quantitat, sinó per assiduitat. Perquè la quantitat era poca, però sí per la constància, i això, quan em vaig quedar embarrassada, va ser «hòstia, ja em

va bé perquè això m'obliga a tallar això, a trencar-ho». A vegades, una vegada embarassada, sortir amb gent, veure que es consumia i pensar «hòstia, el que donaria jo per fer això!» Però no... penso que ho he deixat en aquesta època, però penso que en un futur segurament tornaré a consumir, i tant, espero que em pugui controlar i sigui una cosa súper lúdica. MIRIAM

De manera espontánea, las mujeres madres han hablado de cómo van a enfocar el tema de la educación sobre drogas en un futuro para sus hijos. Creo que este es un buen ejemplo de la más sensata y compleja relación de las mujeres con las drogas en general, así como creo que es un elemento clave para ver cómo el discurso que de ellas emana es un buen ejemplo para empezar a cimentar un discurso coherente de regulación y gestión de las sustancias.

Yo, a mi hijo, ni que en un supuesto futuro la cocaína fuese legal, no me gustaría que me dijese «voy a comprar cocaína a la farmacia», me da igual que la vaya a comprar a la farmacia o al que te cuento. Bueno, pero no sé, porque, bueno, tampoco es. Creo que es muy fácil dejar de controlar. Y que es lo que te he dicho, igual que yo he hecho un consumo divertido, si siempre pudieses tener un consumo divertido perfecto, pero también lo he hecho destructivo, a mí me ha sentado mal también, también me he visto mal, y no quiero que se vea así. O me he visto mal y he necesitado de... Esta parte fea, no. Si es un consumo positivo y de juerga puntual, pues bueno, también pienso que también tiene que probar y él decidir, pero que la línea es finita, también, la línea; si encuentras algo que te hace sentir bien, la línea esta es muy delgada, es fácil de sobrepasarla y más en jóvenes. Yo no quiero que sepa que yo... No quiero ir de madre moderna ni de madre amiga de que he consumido y tal. Supongo que sí, que si depende de lo que vea, pues a lo mejor sí que me dará por decírselo o, a ver, que su madre sale y que se lo pasa bien y que bebe; ahora ya empieza a ver lo que es estar borracho y ya ve que nosotros nos emborrachamos de vez en cuando, pero así como algo muy que lo hace todo el mundo, pero claro, el consumir drogas no sé. No quiero que lo vea como algo normalizado tampoco. Que yo lo he hecho como algo normalizado porque creo que tampoco no lo he hecho como algo normalizado. Si hubiese hecho como algo normalizado lo habría hecho en la mesa de casa de mi madre, ¿no? Te tienes que esconder, ¿no?, para consumir. Mis padres no me lo han preguntado, pero supongo que lo dan por hecho, indirectamente ya me han visto días sin dormir y supongo que no se pensarán que es a base de Coca-Cola o de cerveza, no son tontos. ANA

Saps què em passa? Que el meu fill s'està fent gran i arribarà un punt que em sembla que, de la manera que sóc, no sabré com afrontar les dos coses juntes perquè, encara que me n'amagui, no em sento a gust amb ell, penso que tard o

d'hora li explicaré que fumo porros, però de la farlopa em fa més por, pel que pugui suposar per ell, i pel seu descobriment sobre el tema, no sé com enfocar-ho, això, realment. I de fet és la cosa que tinc més por com a mare, potser és justament per haver-ho utilitzat amb certes persones, em fa molt més pal això de les drogues que no pas que tingui trenta mil relacions amoroses o que es busqui la vida fent aventures, aquest punt no sé com agafar-lo amb ell, és el punt en què no sé, no sé com ho enfocaré... A mi m'encantaria, però no sé com reaccionaria. Estic donant-li tombs, no sé perquè sé que tard o d'hora... No és una cosa que sigui fàcil de fer, però amb el tema farlopa, jo crec que sí, que tard o d'hora li diré, perquè des de que em vaig separar que és un moment en que necessites posar les coses a puesto ràpid perquè si no t'enfonses, i has de saber on vas, almenys en el meu cas. Una cosa que em va quedar clara: és que la relació que tenia que tenir amb els meus fills no podia ser una mentida, no podia estar tota la vida fent un paper, i per molt que vulguis fer de supermama, jo no ho era una supermama, per tant havia de començar a assumir jo mateixa que tenia els meus defectes, els meus moments de mal rollo, les meves cagades amb ell, totes les vegades que m'equivocaria, i al mateix temps és donar-li aquesta mica d'espontaneïtat, perquè el paper de ma mare, de sempre haver de... No poder baixar de certa... no podia baixar... Ètica de veure no sé què. I el meu fill sap que té una mare, desastre, desorganitzada, que se l'estima un munt, que farà el que sigui per ell, que aconseguirà coses per ell encara que semblin impossibles i arribarà un moment que hauré de parlar d'això. No em fa cap gràcia, però ho vull fer bé. És un tema que s'hauria de parlar, aquests prejudicis que tenim per les drogues il·legals. LAIA

L'educació dels fills en un futur en quan a drogues m'ho he plantejat en el sentit, també, com quan els tatuatges o el pírings, i amb aquest tema em fa... Vaig tan perduda que és com bueno, ja ho pensaré. No ho sé, la prohibició no pot ser, no pots prohibir algo que tu fas i que creus que és... Em fa com a respecte pensar, em fa peresa perquè ho veig lluny, no? Però suposo que no m'importaria que ho fessin esporàdicament, però em sentiria molt culpable permetre que ells ho facin i que un dia s'enganxessin i tinguessin problemes amb aquest tema. Llavors és veure com ho enfoques i com els hi dius als fills, i tots em sigut fills, i amb els nostres pares hem fet al revés del que ens deien: «Ui, t'estàs punxant» i tal, i tu dius «papa, no ho entens», però és veure com ho enfoco amb ells per a que ho agafin per la vessant més ocasional, perquè avui hem anat de festa o alguna cosa, però si jo fos permissiva en aquest sentit i ells traspasessin aquest límit i acabessin tenint problemes d'addicció jo em sentiria molt culpable, és un tema que no hi he pensat molt, la veritat, perquè el veig lluny. I és difícil, clar, és difícil, però serà una realitat. Per mi, travessar la línia és quan caus en l'addicció, sinó caus en l'addicció, per mi, si ho fas amb cap i ho fas quan toca i tal, no ho trobo que sigui mal fet. MIRIAM

No tengo hijos. Si tuviera lo enfocaría más de una manera natural, o sea, como me pasó a mí pienso que también le pudiera pasar a mis hijos, tengan información o como si no la tienen, a partir de ahí que decidan... Les daría la información y les explicaría que todo con su uso moderado vale, pero a no ser que viera una cosa excesiva... Yo también lo he hecho y yo no tenía información de nada, y de hecho no he caído en nada, ni me ha pasado nada, ni estoy mal porque he tomado drogas, por eso te he dicho de una forma natural.  
MÓNICA

Durante la última década, el tema del género se ha convertido en un ámbito fundamental de los debates relacionados con la salud y el desarrollo humano. Sin embargo, las consideraciones de género se han quedado mayoritariamente al margen de las políticas de drogas, las cuales no han profundizado en la complejidad del concepto. Debemos entender el género y las relaciones de género como un complejo proceso de construcción de una realidad sociocultural, es decir, como una institución cultural y no como un ente naturalizado. Si aceptamos esta apreciación no deberíamos volver a centrar nuestra atención e intervenciones únicamente en la mujer sino en la complejidad de las relaciones y del proceso de construcción del concepto.

### *Cocaína, erotismo y sexo*

En el imaginario colectivo se ha asociado históricamente a la cocaína con el *glamour*<sup>42</sup>, el erotismo y el sexo. La literatura<sup>43</sup>, el cine y otras expresiones artísticas, como la música *pop/rock*, el cómic o el *jazz*, han mitificado esta sustancia atribuyéndole poderes afrodisíacos y la capacidad facilitar la consecución y disfrute de paraísos prohibidos. En cambio, es muy difícil encontrar estudios sociales específicos sobre este tema. Existe literatura en todo el mundo acerca de la relación del consumo de cocaína base o inyectada y trabajo sexual asociado a la infección del VIH, por el riesgo inherente a la impulsividad del consumo y la necesidad de obtener dinero o

42 Para ilustrar este imaginario colectivo véase <<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/parafernalia-y-glamour/>> [consultado el 02/06/2016].

43 Véase la novela de Robert Sabbag *Snow Blind*, basada en la verdadera historia de Zachary Swan, uno de los contrabandistas más famosos de EE. UU.: <<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/snow-blind/>> [consultado el 02/06/2016].

cocaína a cambio de relaciones sexuales<sup>44</sup>. Mi idea aquí no es profundizar sobre este tema que me parece sumamente interesante pero sí apuntar algunas consideraciones a partir del relato etnográfico de mis informantes y quién sabe si quizá en el futuro podría interesar una línea de investigación centrada en el consumo de cocaína y sexo.

En aquella época me quedaba horas y horas encerrado en mi cuarto. Mi madre supongo que se hacía preguntas, no sé, pero nunca me dijo apenas nada. Yo trabajaba entre semana y el fin de semana tomaba cocaína; bueno, tomaba cocaína y veía películas porno, así de claro te lo digo, no es una cosa que se suele comentar con nadie. ÁLVARO

Lo prohibido es lo atractivo, vamos a comenzar por ahí. Si una persona tiene el conocimiento para eso, por supuesto que lo puede utilizar. Yo he pasado unas noches de sexo, vamos, maravillosas, vamos, gracias a la cocaína, ¿me entiendes? Pero claro, tomada con una moderación, porque tomada desmesuradamente no hubiera disfrutado de nada, todo va como va: si echas demasiado café al café va a salir muy amargo, si le echas demasiado azúcar te va a salir muy dulce... Todo es lo mismo, según el conocimiento de cada uno, y para eso, por supuesto, necesitamos una cultura también, hay que asociar una cultura a eso, hay que informar a la gente de cómo va... Lo mismo como ha habido una cultura para el vino, o... ¿Me entiendes? Habría que explicar a la gente cómo funciona, y que cada uno, a raíz de ahí... Poder tener, poder gozar, ¡por favor!, de esa libertad de que cada uno pueda hacer lo que quiera con su cuerpo. JOSÉ M.<sup>a</sup>

Ni bé ni malament, no sé. Si en prens pues el sexe està bé, amb o sense, així com amb l'speed és com que t'accelera molt més... A veure, totes les drogues, clar, com et desinhibeixen o t'inciten a... Potser... Perquè no és que necessitis desinhibir-te amb el sexe, però potser donar peu, totes les drogues, però no és la cocaína una de les drogues... A mi com m'agrada practicar el sexe sempre, doncs no especialment. MARTA

No me l'he pres mai per follar, no tinc problemes, igual que me'n foti com que no. Mai me l'he pres expressament per anar a fotre un clau, i si un dia coincideix, de puta mare, però no em costa, no és allò que dius «no trempes ni res», no he tingut cap problema. MIQUEL

44 Véanse, por ejemplo, Edlin, Irwin, Faruque *et alii* (1994), Sharpe, (2001), Grund, Coffin, Jauffret-Roustide *et alii* (2010) y Marandaa, Chenglong y Rainone (2011) para profundizar sobre las cuestiones sexuales relacionadas con el consumo de cocaína.



Aquell dia perdia el control i anava molt passat d'alcohol i no sabia ben bé el que feia, i situacions de risc, que no ets conscient realment del que estàs fent amb el tema sexual, vull dir, i bueno. I posteriorment, quan el consum va ser molt més continuat —això ja et parlo dels vint-i-pico d'anys— era una barreja de compulsió sexual i consum que al final no sabia què. Hi havia tal barreja que una cosa em portava a l'altre: no sabia si el sexe em portava a la coca o la coca em portava al sexe, i va ser quan vaig començar a tocar fons. TITO

Bueno és una cosa viciosa. És una cosa que, a més a més, s'ha d'anar molt al tanto perquè arriba un moment en què o et penses que arriba un moment que si no hi ha això, que si no hi ha la coca, després no hi ha el sexe. Arriba un moment que sembla que si no hi ha una cosa no hi ha l'altre, i després a d'haver la coca per tenir el sexe. A mi em sembla que és la impressió que dóna o l'excusa que tens per tindre més coca, no per tindre més sexe. Jo crec que ens agafem més al dir «si no hi ha coca, no hi ha sexe», quan no és veritat, és «anem a buscar coca...» És una excusa. Arriba un moment que dones el tomb a la realitat, et penses que és lo altre quan realment el sexe hi és igualment... El que passa és que quan estàs col·locat de coca les sensacions són... O tens una sensació molt més plaentera o molt més diferent que quan fas sexe i no en tens. A mi sí, el tema coca sí, amb altres drogues no, però amb lo que és la coca sí. Si vas empastillat és que és molt complicat... Depèn de la quantitat que t'hagis fotut es complica... A nivell de sexe, si em prenc moltes pastilles no puc tenir cap... Tens un sexe, però no és de penetració, és una altre tipus de sexe. JAUME

Con el sexo al principio me iba muy bien, me ponía muy cachonda y eso, pero ya las últimas veces, ya no, creo que me hacía el efecto contrario en todos los sentidos. Pero por eso, por el sentimiento de culpabilidad de consumir. Pero bueno, evidentemente sí que te ayuda también, te ayuda todo: las circunstancias, has salido, estás más eufórico, estás más predispuesto a todo. Al principio sí que flipaba, estaba como una moto. Pero luego ya te vas acostumbrando y tampoco no es... Es eso, que sales, llegas más desinhibida, más... Pues si toca polvazo, pues polvazo. Ahora como no consumo, pues no. ANA

Podemos observar cómo la percepción de la efectividad de la cocaína para conseguir un sexo mejor y más duradero depende de muchas variables que difieren según las circunstancias, control del consumo y la cantidad o la mezcla con otras sustancias. No existe un patrón de recomendación claro ni pautas seguras de éxito para ello. En cualquier caso, sí existen muchas campañas de prevención e información sobre la práctica de sexo seguro en todo el mundo, pero muy pocas hacen mención o tienen en cuenta el factor «consumo de sustancias» en el diseño de las mismas. Me

parece importante señalar aquí que, erróneamente y desde una perspectiva heteronormativa, se considera que son las mujeres las que contagian a los hombres de VIH en las relaciones sexuales. Este es un planteamiento erróneo. Biológicamente son los hombres los que tienen más probabilidades de infectar a las mujeres. Las mujeres son vulnerables en una proporción de 1 a 10 y los hombres, de 1 a 500 en prácticas heterosexuales<sup>45</sup>. Lo que sí creo que es importante es poder incidir en la idea de la necesidad de diseñar intervenciones e información basada en el consumo de cocaína y las prácticas sexuales de todo tipo fundamentada en la experiencia de personas consumidoras, tanto desde un punto de vista físico como de gestión de los placeres.

### *El potlatch blanco, el consumo como ritual*

El ritual del consumo esnifado de cocaína en la época dorada de los años setenta en Estados Unidos es descrito por Collins (2013: 145) confiriéndole el estatus que los antropólogos conocemos como *potlatch*<sup>46</sup>. El individuo que podría ofrecer rayas gratuitas a más gente recibiría en consecuencia el estatus social más alto. Los participantes en esta escena colectiva despreciaban el mero consumo final del comprador; aunque en realidad los comerciantes estaban comprando y vendiendo grandes cantidades de drogas, sus transacciones engalanadas por el ritual de intercambio de regalos honoríficos les hacían despreciar a los que usaban y compraban cocaína, en el eslabón más bajo de la cadena, sin participar de un ritual semejante.

Como Mauss (1925) afirmaba, si no se paga un regalo trae pérdida de la condición; no tomar parte en la ronda de entrega trae exclusión. Por extrapolación, podemos ver por qué las personas que se involucran en el consumo de drogas en solitario tienen un bajo estatus, incluso dentro de la comunidad para la cual la droga es un objeto sagrado (Collins, 2013: 146).

45 Véase el documental de elaboración propia *Más allá de la heteronormatividad*. Entrevista a Marcus Day, PhD. Caribbean Harm Reduction Coalition [consultado el 22/08/2016].

46 Sistema de intercambio redistributivo entre los nativos de la costa noroeste de Estados Unidos y Canadá. Estos rituales entrañaban proclamaciones públicas de que el anfitrión es una persona generosa y un gran proveedor (Harris, 1982: 244). En el ritual se observan las relaciones jerárquicas entre los grupos, que se refuerzan mediante el intercambio de regalos y otras ceremonias.

A mí un gramo me duraba dos semanas, invitando... ANA

Hi ha molta gent que sap cuinar i sobretot la gent veterana... I molta gent el que fa és agafar a una persona d'aquestes veterana i dir-li «mira jo t'invito i t'ho m'ho fas». MARTÍ

Vaig estar un any sense prendre res. Però vaig tornar a treballar i, després, per una cosa o l'altre, t'inviten, que si anem a pillar i no sé què, doncs hi caus de cap. CARLES

Ah, sí que había muchas veces que lo típico, pillaba un pollo, o lo pillaba con gente que no podía pagar y como te da el pedo... La mierda de «el pedo buen rollo» que dices: «Venga, no pasa nada, que yo te invito», pues te gastas lo tuyo, lo de al lado, las copas y la entrada a un garito, y al día siguiente dices: «Madre mía, me acabo de gastar 200 euros en una noche». Pero al otro día no pagamos ni una copa, todo el mundo nos invita a ponernos, la última vez que estuve allí fue hace dos semanas. CRIS

Son muchos conocidos, pues algún día... Un día invita uno, otro día invita otro, otro día pillas a medias... Entonces tampoco es tanto, como tanto dinero, ¿no? Igual es más... Como más factible, ¿no? El hecho de gestionar el dinero, ¿no? No te gastas, no te gastas tanto dinero, también te pasa la sustancia gente conocida, te lo pasa más... Más bien de precio... Incluso a veces pues es en plan ya de... De invitar, ¿no? O sea, el hecho de que te inviten llega un momento que dices «Hostia... Hoy, esta noche, paso de acoplarme a nadie, o sea, no tengo dinero, pero paso de acoplarme a nadie porque ya... Esta persona ya me ha invitado tres veces y no puedo ir gorroneando cada... Cada semana, porque no». ALFREDO

I llavors va ser un consum súper esporàdic, ni compres ni res... T'inviten quan et trobes amb gent i tal. Després que en comprés jo, no me'n recordo a quina edat, però amb 24 o 25, perquè en aquella època prenia més altres substàncies. Cocaïna va ser quan era més gran, potser, que en comprés jo. MIRIAM

El consumo de drogas cumple funciones simbólicas e instrumentales importantes, tanto para el individuo como para el grupo social. La mayoría de los consumidores muestra claramente patrones de consumo bien regulados. De esta manera podemos señalar según Collins (2013: 143) todos los elementos que Durkheim (1990) encontró en el ritual religioso, y que Goffman (1967) y otros han aplicado a los rituales de la vida cotidiana. La teoría del ritual explica cómo el consumo de determinadas sustancias

se convierte en legítimo y ampliamente aceptado (normalización). En el caso del alcohol, los rituales y las reglas que regulan su consumo están esencialmente determinados por procesos intergeneracionales y de socialización centrados en la familia y sus valores sociales, que ofrecen modelos socialmente aceptados de consumo moderado<sup>47</sup>. En paralelo, los rituales y las reglas relativos al consumo de drogas ilegales se producen en una subcultura y socialización, con reglas y redes propias a las que pertenecen. El consumidor de alcohol solitario es consecuentemente etiquetado, estigmatizado, y el consumo que realiza del alcohol es visto como desviado.

Sempre ho havia fet amb la colla, tot això. A mi el que sempre m'ha agradat és experimentar en grup... Ni l'alcohol me'l bec sol, ho trobo absurd, l'única droga que disfruto sol és el tabac, i bueno, l'època que fumava canuts, perquè me'n vaig cansar i ho vaig deixar, però lo demés ho trobo absurd, no m'ha agradat mai. JOAN

I, sobretot, una cosa que em molestava molt eren els «paseillos», aquests viatges, saps?, en el qual trenques potser un moment en què hi ha un cert ambient i algú marxa, i jo com que era... Bueno, ho veia, no? Això molestava, joder tio, sempre estan fent viatgets! Com jo no en participava, ho trobava exclusiu, no? Una mica, com... Sí, de la farlopa sempre he pensat que amb aquest tema, quan no tothom s'està fotent lo mateix, és molt antisocial, marques grups i això no m'agrada de la farlopa. La farlopa està bé disfrutar-la quan tothom se la fot, sinó també és una mica falta de respecte segons qui hi ha davant, més si són amics teus, perquè amics en tens de tota mena. De vegades ho trobo una mica... Però bueno... A vegades és que se n'enterin. Hi ha qui no ho relaciona... Jo ho relacionava perquè, en el fons, de mi no se n'amagaven, saps? Però tampoc se m'invitava, perquè jo m'havia oposat alguna vegada, llavors entenien que jo no me'n fotia, però tampoc no veia que se n'amagessin, però tampoc era explícit. LAIA

Un rasgo destacable de los rituales y reglas que estudiamos es que están orientados al control y a la regulación de la experiencia del consumo de drogas y que ese control se produce de las siguientes maneras: (1) maximizando el efecto deseado de la droga; (2) controlando los niveles de consumo de las drogas; (3) equilibrando los efectos negativos y positivos de las drogas consumidas; (4) previniendo de problemas secundarios (Grund, Kaplan y DeVries, 2004).

47 Véase, por ejemplo, Menéndez (1990, 1991) para un trabajo exhaustivo sobre alcohol, cultura y sociedad en México.

El control del consumo de las drogas está ampliamente establecido por sanciones sociales culturalmente definidas, que marcan el modo según el cual se usa una droga. Los propios consumidores regulan su consumo a través de un proceso de aprendizaje social entre iguales, en el que se desarrollan rituales y reglas específicas. Como hemos observado uno de los rituales sociales más frecuente es el de invitar a uno a un grupo reducido a esnifar. Este tipo de comensalismo o deferencia ritual es muy frecuente en fiestas multitudinarias donde se encuentran y reencuentran grupos de amigos que frecuentemente acuden a fiestas, ya sean de larga duración como *raves*, *afters* o fiestas privadas. De alguna manera es una buena práctica compartir la cocaína, el *speed*, el éxtasis, el tabaco o el cannabis entre comensales de una misma fiesta como signo de aceptación, de reafirmación del buen momento y para potenciar los efectos positivos de las mismas. Una vez, durante una fiesta, ya bien entrada la mañana, observé una situación paradigmática de comensalismo y descontrol. En un amplio comedor, mientras un *disc jockey* amenizaba los rayos de sol que ya hacía horas que entraban por la ventana, un libro con una decena de rayas circulaba entre los participantes. Esta es también una práctica común cuando el número de participantes de una fiesta es elevado y hay suficiente cohesión.

Sergi, uno de los informantes, cogió el libro y esnifó una de las rayas pensando que era cocaína o *speed*, cualquiera de las dos cosas entraba en sus planes para combatir el cansancio de muchas horas de fiesta y rayas. La sorpresa fue que resultaba ser ketamina, un potente disociativo. Sergi puso cara de sorpresa y se quedó sentado en el sofá, las conversaciones con él se empezaron a distorsionar, fue incapaz de mantener una conversación coherente durante cinco minutos, después empezó a reír a carcajadas y volvió a la normalidad. Normalmente, explicó, debería haber preguntado de qué eran las rayas y que por no hacerlo experimentó involuntariamente los potentes efectos de la ketamina. Por suerte las rayas eran pequeñas, añadió.

Otra situación de consumo en otro contexto muy distinto de ocio la observé en una barbacoa organizada por las redes de amigos de algunos de mis informantes. La comilona acontecía en un espacio rural, una casa de campo, con buen tiempo y muy buen ambiente. Debía de haber unas veinticinco personas y algunos niños. Creo que a la par asistían hombres y mujeres. Después de comer, entre cafés, carajillos, porros y copas, algunos de los presentes se levantaban de la mesa y realizaban viajes de unos cinco

minutos hacia la zona de la barbacoa, que estaba situada fuera del área de visibilidad de la mesa. Al lado de la barbacoa se encontraba un teléfono móvil con rayas de cocaína encima de la pantalla. Los hombres, y solo los hombres, iban levantándose y reincorporándose a la mesa después de esnifar alguna raya. Esta situación se iba orquestando sin alterar el ambiente de la fiesta y sin que nadie aparentemente se percatara de la situación.

En otro contexto, esta vez en la celebración de las fiestas mayores de la ciudad, participé en una cena también organizada por redes de amigos de algunos de mis informantes. Participaron unas cuarenta personas, todos hombres, que se reunían en un local alquilado para la ocasión. Aunque la comida era muy abundante, la bebida lo era más. Al marchar observé que había sobrado gran parte de la comida. Durante toda la cena se juntaba más gente en el lavabo que alrededor de la mesa. La mayoría de comensales pasó más tiempo esnifando rayas, compartiéndolas y hablando en el pequeño espacio que anticipaba el retrete. Un desfile de entradas y salidas del espacio mencionado caracterizó la dinámica de la fiesta. Festividad anual destacada en la que todo exceso es camuflado por la algarabía y la fiesta.

Compartir sustancias entre personas que no rompen las normas (consumir más de la cuenta en solitario, pedir fiado o pedir constantemente ser invitado, perder el control...) es una de las prácticas más destacadas entre consumidores de cocaína. Cuando la armonía de estos factores se rompe, la persona o personas que protagonizan comportamientos no aceptados por la mayoría son señaladas y desplazadas. Ya he subrayado que es en el consumo de drogas compartido o en rituales colectivos de consumo en los que puede darse un proceso de prestigio y legitimación; los usuarios solitarios son un blanco fácil para el etiquetado y el desprecio social.

Sí, yo nunca me he metido una raya sola, no. Bueno, sí, pero «pásame el gramo que me voy al lavabo» y tal sí, pero siempre es algo compartido. No me he comprado nunca un gramo para mí sola y me he metido yo. LLOIDA

Si del meu cercle no en prenguéis ningú, no en prendria... No li veig el què de prendre'm jo sol les coses. MIQUEL

En espacios de ocio nocturno, mayoritariamente *pubs* o pequeñas discotecas, las cuales he frecuentado durante el trabajo de campo, el espacio privilegiado para el consumo son los baños o lavabos. Es muy frecuente observar salir a dos o tres personas de un mismo retrete y al mismo

tiempo delante de la mirada no siempre estupefacta de otras personas que hacen cola para entrar. Parece un hecho subculturalmente aceptado en ciertos espacios de ocio. No es raro, si uno se fija, encontrar pequeñas rocas blancas encima del lavabo, rulos en el suelo o papelinas desechadas sin más en el sucio y mojado suelo del lavabo de un local de fiesta.

Solamente la intervención de guardias de seguridad puede sabotear un espacio tan ritualizado como el baño de una discoteca para consumir unas rayas. La consecuencia, todas las veces que esto ocurre, es la expulsión del local por esa noche o quizá indefinidamente. La alternativa a ello es el consumo en el coche antes de entrar o en distintas excursiones durante la noche. Parece que a veces apetece salir de los locales para fumar y respirar aire fresco. He observado que muchas de estas incursiones al coche o incluso en algún rincón discreto de la calle pueden durar más de lo pensado, pues las ganas imparables de hablar y «doblar la oreja a tus amigos», consecuencia de dosis elevadas de cocaína, pueden retrasar considerablemente el regreso al local de fiesta, levantando risas y/o a veces sospechas entre el grupo de relación. En los espacios de ocio nocturno de Reus, esta situación de vigilancia e intolerancia hacia el consumo ocurre principalmente en los locales que pertenecen a la zona norte de la ciudad, que podemos definir como comerciales, frecuentados por grupos de población heterogéneos, a diferencia de los locales del centro.

Otra modalidad de consumo encubierto en locales de baile o fiesta nocturna es el llamado «tarjetón». Con una tarjeta de crédito o una llave, se recoge de la bolsita de cocaína una cantidad suficiente, bastante menos que lo que equivale a una raya estándar, sin abandonar el lugar donde se está tomando alguna consumición o bailando. Discretamente se acerca la tarjeta o llave a la nariz y de una fuerte esnifada se introduce en las fosas nasales. He visto a personas realizar esta técnica con gran destreza y discreción, pero también he visto a personas que han sido sorprendidas por los agentes de seguridad de algún local, que han echado de malas maneras a los que se han atrevido a ello. Entre los mismos consumidores existe el que se denomina el discurso de la normalización/regulación (Martínez-Oró, 2015: 11), delimitando los consumos que se entienden como aceptables o normales, así como los potencialmente problemáticos.

Jo sempre he tingut molt clar que la festa no és això, que això ajuda, però la festa no és això, és molt trist tancar-se en un pis i consumir... Si ho fas i després te'n vas de parranda, perfecte, o te'n vas de parranda i t'escapes i te'n vas en un pis i després tornes, perfecte, però consumir per consumir... I en

aquesta època, sobretot als 30 —que era quan consumia més—, sí que haig de dir que si sorties amb altres companys que no en prenién i tal, quan portaves unes mitjanes o dos o tres cubates, deien: «hòstia noi, ara sí que me'l fotria, un turet», però bueno... Te'l preniés i punto. JOAN

Anteriormente estuve con un chico un año y, de hecho, lo dejé por eso... Porque yo la veía más de otra forma, y a ver, no, pensaba que no tenía por qué tomar todos los fines de semana, entonces yo salía con mis amigas y él se quedaba solo, se cogía 2 o 3 gramos y se lo metía él solo en casa, y claro, a mí eso no, no me gusta en una persona, y aparte ya lo veía yo que le influenciaba... Imagino que a todas las personas que llevan este consumo, el carácter es más nervioso, más irritable, tienen menos calma... Juan consume pero consume de otra forma... Y por eso yo creo que me he enganchado más, pero ahora si estoy con él consumo, si estoy en Tarragona, a lo mejor una vez al mes, que no es una cosa que diga: «¡Huy!, necesito tomarla». Si la tomo, bien, y si no la tomo, pues no pasa nada. MÓNICA

Esto depende del consumo de cada uno: es evidente que si te comes dos kilos de gambas te va entrar un cólico, ¡y las gambas son buenísimas! Y si te metes una rayita de coca, simplemente, si llevas una noche de cuatro o cinco cubatas y estás deseando irte a dormir, con una rayita de coca podrás aguantar un poco más y seguirás hablando con esa chica que tanto te gusta que está en la barra. Pero vamos, si te cebas, no podrás hablar con ella: vas a ponerte idiota, te vas a encontrar mal. Pues lo mismo: en un vermú te podrás comer cuatro o cinco gambas, pero como te comas dos kilos te tendrás que ir a urgencias. Es lo mismo. El abuso en todo es malo, en cocaína y en todo. O sea, depende del consumo de cada uno y del conocimiento que tenga cada uno. José M.<sup>a</sup>

El modelo que presentan Grund, Kaplan y DeVries (2004) para superar algunas limitaciones del modelo observado por Zinberg (1984) propone una interacción entre tres grupos de factores: los rituales y las reglas, la estructura de vida de la persona y la disponibilidad de drogas. Esos grupos componen un «circuito de retroalimentación» interactivo, adaptándose constantemente a las diversas influencias externas. Así pues, la capacidad para controlar o regular el consumo de sustancias no parece directamente asociada a la cantidad ni a las propiedades intrínsecas de las mismas, por lo tanto, una de las críticas importantes que deberíamos atribuir al modelo de adicción sería la de no considerar el proceso como un fenómeno multidimensional. Los consumidores regulan su consumo mediante un proceso de aprendizaje social entre iguales mediatizado por los hábitos culturales generalizados (consumo de masas) y los subculturales, donde la socialización se centra en el grupo de consumidores al que pertenecen.



### *Iniciación*

Uno de los momentos más importantes y simbólicos de la carrera o trayectoria de los consumidores de cocaína es el momento de la iniciación o ritual de la iniciación<sup>48</sup>. Para muchos pasar del consumo habitual de alcohol, tabaco y cannabis y esporádico de tripis y pastillas al consumo esnifado supone un paso importante en su carrera de consumidor. El consumo esnifado es considerado un método de consumo más agresivo y más cercano a la imagen de consumo problemático. Con el tiempo y el efecto normalizador del grupo de consumidores, esnifar se convierte en una técnica más para alcanzar estados psíquicos y físicos deseados con la cocaína. A veces los primeros consumos no gustan o no cumplen las expectativas previas, o no se aprecian los efectos. Aun así, los sujetos van aprendiendo progresivamente a usarla y disfrutarla.

Jo tenia 18 anys o 19 anys quan vaig provar-la per primera vegada, però a mi em feia molt de respecte el tema d'esnifar pel nas i abans no n'havia pres. Havia pres pastilles. El primer dia va ser... Doncs la parella que tenia, els seus amics eren una mica més grans que jo i ja en prenien, i a mi em feia bastant de respecte tot això. Un dia estàvem en una casa particular, no recordo on, i aquell dia em vaig decidir i me la vaig prendre. I va ser així, per la colla d'amics, de la meva parella d'aleshores. Era per la via d'administració, no era tan pels efectes que em podia fer, perquè ja havia provat altres drogues, sinó que era per la via d'administració. Més que res pensava que jo això no m'ho sabré posar, no sabré fer l'acte de l'esnifada, i si, va sortir i ja està. MIRIAM

Pues empecé con diecinueve años. Yo fui el último de todos mis amigos, porque siempre he sido más reticente a esto. Pues mis amigos de siempre, gente normal, desde que éramos pequeños. Empezamos con las pastillas cuando íbamos a Level y esto, yo nunca las he probado, he probado la cocaína, lo demás no lo quise probar. La cocaína es diferente en este sentido, parece que no, pero te da unas ganas de esto... Los efectos a lo mejor no son tan exagerados como lo otro, parece que lo controlas más, pero a medida que lo vas tomando te das cuenta de que no lo controlas, que te controla ella a ti... Y así, con diecinueve, saliendo una vez al mes cada dos meses, ambiente de discoteca de salir... Cuando salías los sábados, pues cogías algo, éramos cuatro o cinco y se cogía poco, poquita cosa... Yo empecé a tener pareja a los veintidós. RICARDO

48 Podríamos definir este tipo de paso ritual, según Harris (1983: 431), como ritual comunitario de solidaridad, destinado a reafirmar e intensificar el sentido de la identidad común del grupo. Como veremos más adelante, estos rituales conformarán el tejido de sanciones y patrones de conducta aceptados por cada subcultura.

Al començament de les drogues amb les pandilles, amb la penya que anava, eren tots heavys de Reus, i lo primer que fèiem era parar als barris del costat de Tarragona —Bonavista, La Canonja— a pillar haixix... Hi havien varios bars musicals i allí pillàvem. Abans es podia fumar i no et deien res: jugaves al futbolín, fumaves, bevies, xalaves. Allò va ser una etapa de la meva vida, als vint-i-pico, la penya. Pues si anàvem a alguna despedida o algo així pues es fotien cocaína, però jo no. A mi no em feia gràcia, no m'atrevia, el dia que vaig començar devia ser amb algun amic, allò: «venga, pren, va...». Un gram valia 10.000 pessetes i et passaves tota la nit de festa amb mig gram. Abans no estava tant tallada, tampoc, i com que freqüentaves els ambients aquells del *rock and roll* i «viva la fiesta», sempre anàvem preparats, o de costo o d'aquí (nas). Quan em vaig enganxar va ser quan vaig conèixer la dona. CARLES

Yo empecé a tomar cocaína, a esnifar, a los catorce años. Mi vida ha sido siempre con gente alrededor de consumidores, con mi padre, que vendía... Yo también he sido traficante... Pues entonces todo esto invita a que la familia te rechace, porque claro, saben que vendes, y vender y consumir es un delito, ¿no? Ya que ganas un dinero, te lo fundes, o te lo coges en porciones de cocaína. He fumado base, también he fumado caballo, pero ahora estoy todo limpio, no fumo. Alguna vez tengo el puntazo y me fumo alguna papelina, alguna... Yo ahora tengo treinta y nueve. ALFREDO

La primera raya me la metí con quince años, dejé de consumir y empecé con una relación, y ahí fue cuando empecé a tocar fondo con la cocaína. A los dieciséis o diecisiete empecé a consumir los fines de semana. No sé, gente joven, normal, que se fumaban sus porrillos... Empecemos con sus rayas, no sé, normal, no sé lo que es normal. Mis amigos ya habían consumido porque la primera raya que me metí la bufé, casi me matan... Ya eran consumidores. Yo creo que hoy en día todo el mundo sale de fiesta... Hoy te paras a pensar y de toda la que te rodea poca gente no sale... Gente con la que estudiaba, con los porros, cuando empecé con la coca, más que nada eran amigos, bueno, yo pensaba que eran amigos, eran gente de paso, porque los amigos realmente no te llevan al extremo que te hacen llegar... Porque esos la mayoría están en metadona hoy en día. Podíamos tomar un gramo para cuatro personas, bueno, cosas insignificantes. A partir de ahí estuve con un chico que era bastante estricto... Que tampoco tiene la culpa él, no quiero achacarle a él —ni mucho menos— que me ha influenciado a mí porque yo en este momento no estaba bien. Tuve esta pareja seis años: era muy radical con el tema del peso, gimnasio, etc. Yo había engordado y vi que las drogas, aparte de gustarme y darme buen rollo, me hacen adelgazar... Entonces ahí empecé ya casi cada día. Empecé a perder peso, me encontraba divina de la muerte, y claro, había que decirlo, una no tiene el mismo cuerpo con quince años que con... Empiezas a

consumir más, y también influenció mucho que tenía varios trabajos entonces y tenía que aguantar... Entonces empecé a consumir más, y unas cosas llevan a la otra y empecé a consumir cinco o seis gramos diarios. ROSA

Los motivos especiales, o lo que sea, no los sé, nunca seré capaz de recordar el primer día que me metí una raya o me fumé un porro, no lo sé... Una cosa puntual por aquel entonces. En aquella época el mercado de la heroína era mucho más importante que el de la cocaína. Mi barrio era uno de los centros más importantes de venta de heroína, pero estaba muy lejos de mí este tema. Y nosotros empezamos a consumir. En una fiesta decíamos: «¿Cuántos somos? ¿Diez? Pues venga, hacemos un bote. Pim, pam, pum. Cogemos y ya». Carnaval, Nochebuena, Nochevieja... Y empezamos a consumir en estos días clave, con mi pareja también. ¿Qué ocurre? Que al final se convertía en todos los días. Acabas de trabajar, te vas al bar y está el colega que te está esperando con un par de rayas, o empiezas a beber y tal y te apetece y dices: «¡Venga, va! ¡Hagamos una raya!». Tonterías de estas. Entonces mi consumo empieza así, progresivamente y proporcionalmente a la necesidad de estar, quizá, simulando un determinado momento o una determinada hora..., ¿no? JONY

Yo empecé... De joven yo bebía lo normal, de vez en cuando algo más de la cuenta, pero nada exagerado... El cannabis nunca me ha gustado, me sentaba mal, y realmente el tema de las drogas lo empecé con la cocaína, nunca había tomado pastillas ni nada... Empecé con los amigos, era poco, lo normal: sales de fiesta, te lo comentan, tú dices que no, después la pruebas, te gusta, pues toma, yo también y empecé así... Empecé un poco tarde, con veinticinco o veintiséis años. ÁLVARO

Las experiencias de iniciación de los distintos informantes ilustran bien, a mi entender, la importancia del contexto grupal y ritual descrito en el punto anterior. Los relatos describen situaciones de consumo normalizado, la mayoría de las veces entre personas de confianza, relaciones íntimas y círculos de amistad, rompiendo así el estereotipo de que son las malas compañías las que incitan al consumo de sustancias ilegales. Se evidencia también la complejidad del proceso de aprendizaje social del consumo que implica conocer las técnicas de consumo, discernir sus efectos y aprender a disfrutarlos. Pasar de ser un iniciado a un consumidor experimentado requiere de la adquisición de un gran abanico de conocimientos relacionados con el hecho de afrontar y superar con éxito una serie de controles sociales, formales e informales, ya descritos en capítulos anteriores, así como construir un nuevo campo de conocimiento reelaborado entre la información oficial recibida por los medios de comunicación, núcleo

familiar o dispositivos formales de educación y socialización. Con la experiencia aprendida del propio consumo y la del grupo o grupos vinculados al consumo, los sujetos elaboran un nuevo campo de conocimiento alternativo, seguramente más ajustado a la realidad que el aprendido anteriormente al consumo, pero que ya hemos visto que es considerado desviado o inexistente para el modelo de abordaje al que llamamos de la adicción o la enfermedad construido desde el modelo biomédico y el modelo jurídico-represivo que las actuales leyes prohibicionistas defienden.

*La búsqueda de los efectos deseados, la disponibilidad y la accesibilidad*

Factores de género, ritualización, frecuencia de uso, policonsumo, percepción y gestión del riesgo, regulación, controles formales o informales, accesibilidad, calidad, precio, etc., son algunas de las variables importantes para el estudio del consumo de cocaína, pero quizá una de las más significativas es la búsqueda de los efectos deseados. Probablemente puede ser una de las preguntas que más veces se ha realizado en relación con el consumo de drogas.

La cocaína es una droga de señorito, ¿no? No ensucia, no se nota, puede pasar desapercibida. JONY

Muchas cosas buenas, a nivel de experiencias... De experiencia subjetiva, de cómo te sientes en ese momento, de lucidez mental, de hostia, de sensaciones en el cuerpo, de repente abrir a un nuevo mundo y decir: «O sea, ¿qué me está pasando? Pero ¿qué me hace esto? Pero qué realidad tan diferente... Y mi mente, cómo piensa ahora... Y cómo lo ves todo...». O sea, yo lo he usado para muy bien en muchos momentos: he estudiado con cocaína, he hecho un montón de cosas con cocaína, muy buenas. Luego a nivel de diversión, evidentemente, de pasar una noche *ja ja*, y estar toda la noche y no sé qué y beber y tal, diversión con los amigos, del hecho de compartirlo con más gente, la experiencia, o sea, muy bueno, me lo he pasado muy bien y he sacado mucho partido. Sí que es verdad que esta droga es atrapante, ¿no? Que la tengo en cuenta, pero como también he reducido bastante mi consumo desde entonces hasta ahora, hoy en día puedo quedarme todavía con la balanza inclinada para lo bueno. MELI

Eufòria, de tranquil·litat, com una pau, de dir «uff». Què bé que estic en el moment, l'ara. Jo que sé, no necessites altres coses perquè en aquell moment tu estàs bé i no necessites cap altre cosa que et doni o que et faci sentir bé.

Eufòria, desinhibició, una pau serena però alterada a la vegada... I bueno, com amb ganes de més... No sé... Això de diversió, que tot et fa més gràcia, de benestar, però eufòric, bé. I bueno, colocón, que el colocón és un estat molt maco. MIRIAM

Per exemple, em serveix per aguantar en una festa que jo tinc ganes d'aguantar, però que jo físicament, per un a sèrie d'històries que tinc, no sempre aguanto, però sí que vull participar d'allò i sí que vull estar allí, i en un moment donat sí que fas això. Jo crec que utilitzo la droga en certa manera, i en canvi hi ha persones que crec que són les drogues que les utilitzen a elles, les tenen completament menjades perquè per elles ha representat, potser, algun tipus d'emoció o moments, sentiments, o una manera de relacionar-se amb les persones que, potser, per elles mateixes no tenen i els hi dóna aquest punt, i després ja no saben passar. De vegades m'ha donat aquesta sensació amb algun amic o amiga meva, que veus que està en aquest punt, o a vegades també per solitud... També tinc amics que no tenen res més que ells mateixos, la seva feina i el sortir cada cap de setmana... I en el fons es veuen sols. I no els veig feliços, tampoc, fent el que fan... No sé, és com un bitxo que es mossega la cua. LAIA

Gaudia del fet mecànic de fer-m'ho, de posar la substància, de fer la clenxa, de fer el bitllet... Era com tot un ritual, amb la música al costat. El fet d'ensnifar era com un ritual, era com el que es va a dutxar... Era com un, no sé... El fer-ho, no? Vaig a fer una ratlleta, aquí que ningú em molestarà, de guais, de tranquis. Era el moment que ningú ho sabia a casa, i per evadir-me una mica de tots els problemes a altres nivells. Era un moment que oblidava una mica tot. TITO

Existe una estrecha relación entre el consumo de cocaína y alcohol entre los consumidores de cocaína, en menor medida la encontramos entre inyectores y fumadores de *crack* que prefieren el efecto aislado y puro de la sustancia. Tanto en los rituales de iniciación, en los que la presencia de los efectos del alcohol es un factor dominante, así como para mitigar los efectos del mismo en fases más adelantadas, el binomio cocaína y alcohol debería tratarse desde la perspectiva de la prevención como desde la de reducción de daños y riesgos como un tema fundamental a la hora de adquirir conocimientos y desarrollar prácticas de gestión de consumo responsable. Al mismo tiempo el efecto inhibitor de la cocaína sobre el alcohol es uno de los efectos más buscados.

Cuando consumes alcohol quieres cocaína, y hoy en día también me pasa: si me tomo una birra se me pone el morro fino y ya relaciono el alcohol con las drogas. Aunque yo he consumido sin tomar alcohol. Yo, cuando trabajaba,

consumía cocaína sin tomar alcohol, todos los días, pero lo que pasa es que dices «hoy no voy a consumir», y te tomas una cerveza y ya se te pone el morro fino y ya. ROSA

Yo pienso que es el trampolín a todo, que cuando bebes, es eso: yo necesito beber para meterme una raya; si yo no bebiese... Pero como es algo que ya está en nuestras vidas tan normalizado, lo del alcohol, ya no te lo planteas, pero lo que a mí me ha llevado a consumir es el alcohol. Porque si no, yo creo que no hubiese consumido; si yo no bebiese, no hubiera llegado nunca a consumir nada. [...] La farlopa es una droga segura en este sentido, porque te ayuda a aguantar, te da palique, estás divertida, ¿no? Me veo más divertida en ese sentido y con el alcohol, pues bueno, te hace también... Yo bebo más que hablo, pues te hace mantener un poco el nivel de que no estés paposo, por eso que yo sin beber no soy capaz de meterme una raya. ANA

Estamos hablando de ir a cenar, beberte una botella de vino, ponerte contentillo, ir y coger, beberte tres cubatas y meterte de 3 a 4, 5 o 6, depende de cómo se tercie la noche. RICARDO

O sea, si tienes el pedo de alcohol y te pones un tiro, en ese momento yo creo que estás como en neutro: si sigues bebiendo, sigues con tu alcoholismo, pero estás despejado. Entonces no es un alcoholismo que te guste, no es... Es un pedo que encima te enteras de todo y tampoco llegas a estar del todo pedo. Pero si sigues consumiendo cocaína, ya llevas ese pedo de cocaína que ya con eso ya vas feliz, entonces algo neutro, ¿no? Yo por lo menos, ¿no? CRIS

Por otro lado, y como ya se ha definido en el marco teórico, el mercado de las drogas disponible en cada contexto social es una de las variables que influye en los estilos y modalidades de uso. El mercado de sustancias ilícitas está determinado, como cualquier otro, por la oferta y la demanda, y específicamente por el precio, la calidad y la accesibilidad de los productos. Como hemos visto en los resultados de la encuesta OEDT (2015), después del cannabis, la cocaína es una de las sustancias con una percepción de accesibilidad más alta.

Básicamente todo esto es un teléfono. No vas a bares ni nada. Tienes el teléfono de una persona, de un camello, que más o menos confías en él, tienes dos o tres puntos, y llamas, y vas a una casa o viene él, pero siempre es un teléfono, básicamente. Llamas y tal, te pones en contacto, compras... Y aquí, de hecho, yo estaba comprando a un magrebi en otra ciudad. Es otro chico magrebi, los moritos. Alguna vez también iba a algún bar, que es una chica que es colombiana, pero también es colombiana, es una relación muy personal, muy de tú a tú, no es que sean amigos, pero llegas a perder de vista que es tu camello. El

chico este de Reus, eran consumos tan bestias que te dejas muchísimo dinero... Entonces era un nivel de confianza absoluta: me iba a su casa, me hacía las rayas... Podía ir a las dos de la mañana, cuando me daba la gana. Mucha confianza, claro. ANTONIO

Como encontrar cocaína es muy fácil, porque uno ya tiene su red montada, tus amigos, tus puntos de venta. Los grupos de Whatsapp son un verdadero instrumento de movilización cuando quedamos con los amigos para salir, cenar o ir de fiesta. Solo hace falta que uno de nosotros ponga un emoticono con un pollo o algo así, no hace falta que sea nada explícito. Ahí se organiza la cosa. Uno dice: «Yo quiero medio», el otro, «Yo uno», y así... O «¿Alguien quiere pollos? Hoy voy a ir a la pollería...». Entonces se organiza el tema económico. Intentamos que cuando uno va a ir a pillar para todos, acompañar al que va a ir, y después, cuando ya está todo comprado, pones en el Whatsapp: «El pájaro está en el nido», y ya. Quedamos, repartimos y venga, ¡fiesta! SERGI

Es súper fácil coger cocaína y todo. Tú vas por la calle y no hace falta saber dónde está para cogerla. Y yo me voy a otra ciudad y te encuentro la coca sin conocer nada; yo me voy a Tarragona o Valencia y, aunque no conozca nada, la encuentras. Tenemos como un radar, no sé, somos como un sabueso, no sé cómo decírtelo, porque entre nosotros nos encontramos, no sé... Se enciende una lucecita, como un prostíbulo, no sé cómo explicarlo, es que la encuentras... La encuentras en cualquier sitio, es muy fácil. Tendrían que legalizarla. A lo mejor lo prohibido siempre llama la atención, no sé si tiene nada que ver, cuando te dicen esto no lo hagas, lo haces. ROSA

Hay en todos los sitios. Está lo de siempre. Está el San José Obrero, que es donde va todo el mundo, pero hay en todos los sitios, en todos los sitios... Estoy por decirte que, sin exagerar, en todos los bares hay alguien que mueve... O sea, no te lo imaginarias. Tú tienes tus amistades, esto es un círculo, y tú sabes quién consume, quién no consume, quién tiene muchos contactos o no, si tú un día quieres coger, si tú por lo que sea al que le llamas siempre no tiene o algo, llamas y dices: «Oye, tío, dame el teléfono... ¿Dónde hay de esto?». Y este te mueve para llevarse algo él, o te manda a él, mueve para decirte vete para allí que ahora va... Estamos hablando de que no eres un chaval de dieciocho años que sales del huevo y no sabes a dónde ir para coger algo... Eso sí que pasa, pero luego tú ya sabes todo. Y luego si vas... Yo nunca me he querido mezclar mucho con esa gente. Yo siempre he ido con mis amigos de siempre, yo quedar con gente que no conozco y eso, no, pero es que está en todos lados. RICARDO

Como resultado del contacto con los tres distribuidores de cocaína a pequeña escala he podido describir cuál es su *modus operandi*, cuáles son sus métodos, beneficios y la percepción de la actividad que realizan. Para Grund, Kaplan y DeVries (2004: 76), el éxito en la venta radica, en principio, en mantener en buen estado el negocio. Las demandas y reglas económicas que respetar son muy similares. La venta proporciona una actividad estructurada con relación a los clientes y proveedores. Esta actividad engendra exigentes relaciones, compromisos, obligaciones, responsabilidades y expectativas. Así, para mantener el éxito en las actividades de venta, el vendedor debe regular su propio consumo de forma que este no interfiera con «el cuidado del negocio».

A vegades és perquè també visc sol i podria fer el que volgués, no tinc que donar explicacions a ningú, però no cal, això, tu mateix ja ho veus... A mi sempre m'ho han dit, ni amb la beguda ni res no m'has vist mai tirat pel terra... Bueno, una vegada, potser, però no em passo, no necessito això... I ara doncs vaig anant fent, poc a poc, això m'ajuda, perquè si tinc un sou, he treballat sempre, això ho he tingut sempre de complement, no és el meu *modus vivendi*, si ho fos estaria al carrer o en un bar o així, o estaria al talego, és una cosa pels col·legues, i si no ho venc avui ho vendré demà, i sinó passat demà, i com que no consumeixo —consumeixo molt poc—, aquesta és l'avantatge. I a vegades em pregunto «fas mal a algú venent això?» M'ho he preguntat moltes vegades. A aquest pobre desgraciat potser li he fet jo, de desgraciat, però no, perquè podria anar a un altre puesto... A vegades t'ho preguntes, això. IVÁN

Jo no n'agafo gaire, mai. No m'agrada tindre gaire. Jo agafo 20 o 25 grams, no més. Ho vaig a buscar un dia a la setmana o cada 10 dies, quan s'acaba. Com que no em costa gaire reposar-ho, doncs quan menos tingui, millor. Sempre hi haurà un esgraó que en tindrà més, però jo ho faig així... Hi haurà qui tindrà 500. És més perillós tenir-ne més a casa que transportar-ho. Si em pillen seria per un consum compartit... Hauria de sortir la gent per dir que això era per una festa. Jo estic informat, d'això: són 5 grams de cocaína que pots portar. Jo estic informat d'això, tinc un amic advocat que m'ho ha explicat... 20 pastilles també. A mi m'agrada saber aquestes coses. Però si està gramejat, malament. Ha de ser en una bossa. Al que li pillo jo, pilla 100, 200 grams... L'altre ja no ho sé. Això és una escala, sempre hi ha el que agafa tant perquè li surti més barat i ho té allí guardat, però això és un risc. Jo, si s'acaba i si estic un dia o dos dies que no en tinc, no m'apreta. També tinc costo, i amb el costo faig igual. Ho faig per la gent que conec. Jo ja conec prou gent i no en vull conèixer més. És un cercle tancat, sinó em portarà problemes, això. Jo guanyo 10 euros per gram, no és gaire, és baix, no és tant. Home, jo, quan anàvem fa molt de temps,



ja n'agafava... Anava a Cambrils i n'agafava 25 o així, i aquella època era un desastre, perquè m'ho fotia jo i tal. Jo, de jovenet, vaig tenir una enganxada una mica *heavy*: sortia com un d'allò i el cap de setmana que no en venia m'ho fotia jo. Lo que vaig frenar i això... I ara és diferent. Em fotia molt de fato... Igual un cap de setmana em fotia 4 o 5 grams, convidant i així, i això ho has de pagar. Ara és diferent, si la portes tu a ella. DANI

En Canadá e Inglaterra, existen diferentes estrategias novedosas alrededor de la organización inteligente entre consumidores de heroína y *crack* para abastecerse, recopiladas por Southwell (2008), que nos dan ideas para una mejor gestión y resultado en la búsqueda del producto deseado, de calidad, en el mercado negro. El documento de trabajo de este autor, *Consumer Action & Drug Supply Network*, recoge este tipo de iniciativas que se basan en la idea de que los consumidores (de productos legales e ilegales) unidos pueden forzar cambios positivos en la iniciativa privada, como se ha demostrado en campañas de boicot contra empresas comerciales que realizan malas prácticas u ocultan la procedencia o composición de sus productos, sobre todo gracias a los medios de propagación que ofrecen las redes sociales más conocidas.

Este es el caso de la asociación de usuarios COUNTERfit de Toronto (Canadá), que está trabajando con una universidad de esta ciudad para validar y evaluar el impacto de sus intervenciones con los vendedores. Veamos aquí algunos detalles más como «la recomendación positiva»: espontáneamente los usuarios de drogas recomiendan o desaconsejan a determinados vendedores de drogas, según la calidad del producto que se ofrece, por lo que pueden evitar el consumo de sustancias no deseadas, mucho más nocivas, e intentan introducir y forzar a los vendedores a incurrir en buenas prácticas de venta. En este caso la opción de poder realizar *testing* y pesaje de las sustancias facilita mucho el control de los productos. «La gestión de la deuda» es otro factor importante de reducción de daños, pues muchos vendedores facilitan o incluso incitan a incurrir en deuda, restringen de esta manera, bajo presión, la posibilidad de actuar como consumidor responsable. Algunos vendedores pueden llegar incluso a ser hostiles y amenazantes cuando un usuario deja de comprarle la sustancia mientras este tiene deudas con él. El problema se incrementa cuando el usuario, por ejemplo, quiere dejar el consumo o deja de consumir de un día para otro. Cabe, pues, la posibilidad y la necesidad de renegociar la deuda con el vendedor. También está «la compra colectiva»: si un grupo de consumidores reúne suficiente dinero para poder abastecerse de las

sustancias a un nivel más alto de la cadena de compra-venta, se pueden adquirir drogas de mayor calidad evitando cortes y manipulaciones de las sustancias.

«El patrocinio de vendedores» es una práctica establecida cuando los consumidores pueden facilitar contactos de vendedores con compromiso de servicio y buena calidad de sus productos. Esto es posible poniendo en contacto a los nuevos consumidores con vendedores de confianza e incluso facilitando que vendedores se abastezcan en el mercado mayorista de productos de mayor calidad. En Ámsterdam, por ejemplo, en relación con el trabajo y talleres realizados con vendedores, se ha propuesto la *Charter for social dealer*, que consta de los siguientes puntos: no vender a jóvenes, limitar la deuda de cada consumidor a 100 euros, mantener una calidad, cantidades y horarios estables, solo vender sustancias por dinero, no aceptando objetos robados a cambio de dosis, no violencia, establecer un máximo de clientes por vendedor, no merodear por la zona innecesariamente.

En España todavía no se han estandarizado este tipo de iniciativas formalmente, pero sí se han empezado a analizar muestras de heroína en restos de filtros, por ejemplo, en salas de consumo higiénico en Barcelona (Llord, 2013: 204).

### *Control-descontrol. Las prácticas de autorregulación y regulación grupal*

En casi todas las trayectorias el aumento progresivo de consumo es un denominador común, con el tiempo todos los informantes presentan patrones de consumo más elevado, de los cuales la gran mayoría evolucionarán hacia un descenso del mismo y moderación de los consumos. Aun así, no se observa ni deberían contemplarse patrones similares o pautas paralelas entre los informantes, sino que cada individuo puede experimentar fases de repunte para volver a disminuir en varias ocasiones de su carrera de consumo. Podríamos afirmar que existen tantas trayectorias y carreras de consumo diferentes como número de individuos consumidores. Podemos observar en el siguiente apartado sobre el control y regulación de uso cómo la mayoría ejerce un control sobre su evolución, y cómo mediante su red informal de control consigue gestionar positivamente el consumo.

Fue progresivo. A ver, no era una consumidora de cada día, ¿eh? Progresivamente, sin darte cuenta... Pues viene un colega y dice: «Venga, va, una rayita». Pues venga, va, una rayita. Y luego, cuando conocí a mi pareja actual, pasó a ser un consumo... Hubo una época que era un consumo casi a diario, poquito, pequeñas cantidades, pero casi a diario. Yo no compraba nunca. No consumía conscientemente, con consciencia de que estoy consumiendo esto... Era más: «Venga, va, una rayita». Pues venga, va, una rayita. Entonces, luego, en la discoteca donde trabajaba el finde, con la otra pareja —que él tomaba *speed*—, pues yo compraba farlopa. Allí sí. ANA

Amb la ruptura d'aquesta parella sí que començo el consum una miqueta més fort... Les amistats són les mateixes que hi havien, el que és el grup de gent que ens movem sempre som els mateixos, però aquí sí que comença una miqueta el consum més sistemàtic. JAUME

Esto es como todo: llega un momento que al principio coges cuando sales al principio, una vez; otra vez no coges, y a medida que va pasando el tiempo se vuelve siempre. O sea, si vas a salir, antes de salir ya vas a buscar... Al principio, cuando eres más joven no lo necesitas tanto. Decías: «Cogeremos de esto...», y si un día no lo coges no pasa nada... Cuando eres más mayor, yo no he sido de esta gente que te metes en un infierno y no sales, pero siempre ha estado allí, y a medida que va pasando el tiempo, pues te acostumbras... Yo he visto que te acostumbras a salir. Si vas a ir un jueves o un viernes a ver el fútbol, pues según con quien vayas ya sabes que habrá, y cuentas con él, y pues, antes de ir, pues claro, previenes. RICARDO

Acabas de trabajar, te vas al bar y está el colega que te está esperando con un par de rayas, o empiezas a beber y tal y te apetece y dices: «Venga, ¡va! ¡Hagamos una raya!». Tonterías de estas. Entonces mi consumo empieza así. Progresivamente y proporcionalmente a la necesidad de estar, quizá, simulando un determinado momento o una determinada hora..., ¿no? Pero luego... ¿El motivo? Sencillamente... Nadie se da cuenta de la cocaína. La cocaína tiene un problema de adicción, que es la adicción psicológica, ¿no? Tú estás cansado. Y necesitas meterte una raya sin pensar que luego... Sabes que estás cansado por una sensación poscocaína. Es un círculo que se va haciendo, se va haciendo... Así pues, mi consumo se incrementó a proporciones brutales: cuatro o cinco gramos a diario... Entonces empiezas a juntarte con unas personas, siempre con la finalidad de consumo. JONY

Continuaré ejemplificando algunos de esos mecanismos informales de regulación inherentes en los rituales de drogas considerando en el consumo de cocaína la importancia de la interacción de las variables farma-

cológicas, psicológicas y sociales en el control de los efectos. Los principales aspectos manejados por los usuarios son el entorno y las situaciones de uso, con quién consumen y controlar el consumo solitario, el número máximo de veces que se debe consumir cocaína en un periodo de tiempo determinado, la frecuencia de uso, gozar del estado de ánimo apropiado cuando se usa, mezclas, la vía de administración, la dosis adecuada, la forma de gestionar el gasto máximo de dinero invertido en cocaína, o evitar problemas con la policía.

Los rituales del consumo de drogas regularizan esas variables estandarizando y dando forma a los procedimientos utilizados en la experiencia del consumo de drogas. Evidentemente se busca que la experiencia de consumo sea positiva, y para eso se debe al mismo tiempo aprender a reconocer y disfrutar de los efectos deseados.

El consumo de cualquier droga involucra valores y normas de conducta, conformados por sanciones sociales y patrones de la conducta. Las sanciones sociales deben definir cómo y cuándo una sustancia en particular debe ser utilizada. Los rituales sociales son el comportamiento prescrito, los patrones y métodos de administración de una sustancia, así como las formas de prevenir efectos adversos, que pueden referirse a los métodos para adquirirla o cómo decidir sobre su pureza. Los rituales están influenciados por variables culturales, sociales y ambientales, el usuario no está aislado y el entorno sociocultural es un factor crucial para un aprendizaje social de consumo de cocaína. Pueden existir cambios de un nivel a otro a través del tiempo, tanto al alza como a la baja, pero los niveles medios y altos de consumo no perduran en el tiempo (Grund, Ronconi y Zuffa, 2013: 9).

Aixecar-se cada dia i fer-ho per anar a treballar, per estar bé, com si fos un Gelocatil, varia gent sí conec que ho fa... I ho accepten com una cosa normal. Però no ho és. I per mi això és no. No és un toque d'atenció, sinó és un «Ei! Que potser sí que hauries de demanar ajuda, o potser sí que hauries de fer alguna cosa», perquè això jo crec que no pot ser. MIRIAM

Para mí se complica mucho el consumo de coca cuando consumes en solitario. Si tú vas con personas y estás en un ambiente, digamos, de fiesta y demás, es una cosa, y tomar o consumir solo no tiene nada que ver, es un mundo aparte. Consumir solo es una barbaridad... Solo metido en casa, o solo o cuando estaba al cargo de una empresa... Yo me veía salir del lavabo, y supongo que ellos lo veían, pero eran mis trabajadores, qué me iban a decir... Uno de ellos sí se atrevía más y me decía: «No tomes, no tomes», pero poco más, poco más. ANTONIO

Sempre era els caps de setmana. No et dic que algun dijous s'avancés una mica la història, però no, això ho vaig fer molt més gran, això, ja hi arribarem. Jo he anat una mica al revés del món, ho he anat provant una mica més tard tot. Però en aquesta època sí, de cap de setmana, però entre setmana era impensable en certa manera, també perquè tenia una feina bastant... Que encara que només fos d'oficina, de dilluns a divendres, era bastant intensa i també bastant estressant, i llavors... Tenia molt marcat les dos coses... com que treballava amb la meva parella anàvem a una amb això. Sí, era fàcil en aquest sentit. LAIA

Jo, quan he anat a fer una ratlla, he anat a fer una ratlla, i me n'he tornat. Ara, anar-me'n a un lloc, fer una ratlla, fer una altra ratlla, fer un cigarro, fer-ne una altra i passar-te una hora i mitja només esnifant, dius: «home, noi, que la festa major està allí». Si vas així et quedes a casa teva un dimecres, et tanques i ho fas. I és exagerat. Algú de la colla també veus que cada cap de setmana, que cada divendres, i dius: «Home, tio, joder, noi, pensa que tens una hipoteca, no? Que tens un lloguer, tio, que estàs cobrant 2000 euros i a final de mes vas pelat», però bueno, també suposo que és gent que si no ho fes amb això ho faria amb una altra cosa, no ho sé, però tinc aquesta sensació, perquè si ha pres això i ho ha deixat de prendre, doncs s'ha fotut cerveses a tope. Però casos així d'anar a centres i tal. JOAN

Solo me acuerdo una vez, que luego me sentí fatal, que venía de hacer el vermu, que había estado con mis amigas y a lo mejor nos habíamos tomado alguna raya, creo que un viernes, y cuando llegué a casa me hice un chino. También fumaba muchísimos, antes, de chinos. No sé, supongo que me resultaba menos violento sola, hacerme un chino que hacerme una raya, porque estaba el niño por ahí, no sé. No me hacía mucho efecto, pero supongo que como ya estaba... Esta fue la única vez que he consumido sola, que yo recuerde. En la disco también, pero ahí entiendo que no estás sola porque estás en un ambiente festivo, pero así en casa, así sola, no. El hecho de estar trabajando en una discoteca fue determinante, total. Si no hubiera trabajado ahí no hubiera consumido lo que he consumido. Sí que a lo mejor habría consumido el finde, un día así puntual, pero no... Es que ya se hizo como un hábito de estar allí, o sea, ya necesitaba eso para estar allí. ANA

El cumplimiento de estas reglas informales sirve como mecanismo de protección, y muchas veces se aplican de manera inconsciente. Mantienen a los consumidores para no pasarse de la raya o para aflojar cuando se están pasando. Su finalidad: evitar desintonizar con el ritmo y la calidad de la de la vida cotidiana (trabajo, familia, estudios, identidad...).

Mantener un consumo controlado es más sencillo cuando la persona dispone de buenas condiciones socioeconómicas en general, de una buena realización personal y una óptima realidad psicosocial, adaptada personalmente, y adecuados factores culturales que organizan la estructura de vida.

Eso no quiere decir que el consumo de cocaína, aunque sea controlado, no pueda causar problemas, si los hay pueden ser menores, y siempre cabe la posibilidad de desarrollarlos a largo plazo. Por ejemplo, en un estudio sobre la cocaína realizado por Cohen y Sas (1989), la mayoría de los sujetos relataba experiencias de *craving* y otros efectos negativos debidos a la cocaína (Grund, Kaplan y DeVries, 2004: 77).

Després tens un desgastament, et costa tot més, et costa més aixecar-te i tot... Un cansament físic molt gran, i això es nota. Si t'én fots molt pots tenir vida normal, pots estar bé, però no pots parar de prendre'n per estar bé, i això es nota. S'ha de saber parar. Si consumeixes i volies fer una cosa, doncs a lo millor ho deixes de fer per haver consumit. És difícil. TITO

Jo amb les drogues m'ha passat dues vegades. Una amb els tripis també em va passar, que em vaig quedar mig pájaro, i ma germana m'ho va dir, però el diumenge a la tarda vaig tornar... Perquè naltros de bitxades, n'hem fet de sèries, no ens han passat més coses perquè... Jo em fotia un tripi i mig, que és una burrada segons la puresa que té, i micropuntos d'aquells sencers. A mi m'agraden molt les drogues. Si et passa algo li agafes por. Jo les tolero molt, i la coca lo mateix, que em fotia tanta que em vaig donar compte quan vaig fer la mili, que estava a Saragossa, i em vaig donar compte que no anava a cap puesto, i vaig estar temps sense sortir. A la mili encara em fotia festes, això va ser després de la mili, però abans de la mili ja em fotia festes. Jo, la mili, la vaig fer amb 19 anys. La vaig fer tard, però dels 18 als 21 anys em vaig fotre molt de fato. I amb la coca em va passar algo... Que me'n vaig fotre tanta que vaig tenir una temporada que vaig descansar, que vaig dir prou, que el cos ja m'ho deia, i amb els tripis també... Em vaig espanatar i vaig agafar un respecte molt serio, i he vist coses que han passat que no en pots abusar. L'àcid és xungo. Si tu no ho veus que no és una cosa per cada cap de setmana... Igual que l'èxtasi, una vegada al mes vale, però si t'ho prens cada cap de setmana els efectes no són iguals... Èxtasi i farlopa és lo mateix, els medicaments és lo mateix i l'alcohol, també. DANI

Mals de cap, problemes més de sinusitis, mucositat... Després, això, com que sempre va lligat a l'alcohol, el mal de cap va a més, els mals de gola també, les angines... Tot això. Més enlentiment, perds concentració, peresa també, més peresa a l'hora de fer coses intel·lectuals, un planxazo de dir «tot el que és

intel·lectual em fa tanta peresa que no començo a rutllar, em fa peresa...», i sobretot els efectes... Sobretot quan no estàs consumint, el dia següent i tal... Enlentiment mental, falta de memòria, potser. Jo crec que et fa peresa pensar, saps? Alts i baixos d'humor, molt de gasto de dopamina i després, el bajón... Per exemple, jo, quan vaig deixar de consumir, lo que em va reafirmar molt en què estava millor sense prendre'n era perquè deies «sóc capaç de riure i de divertir-me amb coses, i d'emocionar-me i de ser feliç amb coses que no tenen res a veure». Per exemple, sortir un dia amb els amics i riure que te cagas sense haver pres alcohol ni res... I sóc capaç de riure amb unes carcajades increïbles, que abans no... O sigui, quan consumies reies, eufòria, no sé què, no sé quantos, però si no consumies era un bajón. I això em va reafirmar de dir que hi ha altres coses al món que no només és això. Igualment, jo sé que és molt placentero, i ja et dic que quan aquests siguin més grans, d'aquí dos o tres anys, espero saber fer-ho de manera ocasional. Espero. MIRIAM

Estos efectos desagradables están generalmente relacionados con periodos de alto nivel de consumo. El entusiasmo inicial de los consumidores por una sustancia suele acabar en patrones de consumo sujetos a controles sociales. Acaban disminuyendo el consumo o bien cesándolo.

Quan eres més jove et foties més. Va haver una època que vas evolucionant i t'en fots cada dia, perquè treballant en un pub, si no t'invita un, t'invita un altre. Hi ha hagut èpoques que me n'he fotut cada dia. I èpoques que estaves de festa i en necessitaves mig... Ara, amb mig no en tenies prou, però tampoc he sigut d'aquests de 3, 4 i 5. Un o dos, com a molt. I repartit. No sol. Jo no he sigut mai de consumir jo sol, ni això, ni les pastilles. En aquella època n'hi havia que se'n fotien 10. Jo me'n fotia mitja a les dotze i mitja a les 3, sinó... Sempre pot haver un dia que et passes. Ara fa temps que ja... Poc a poc. És que amb l'edat et tornes molt... I cada dia tampoc. Fins els trenta-i-pico i això... Ja tens 10 anys de bogeria i així, i després ja t'assentes una mica i la maduresa et va posant a puesto, com en totes les coses. Ara de tant en tant, no molt, menys cada dia. I me'n podria fotre cada dia, però hi ha gent que això no ho pot fer, hi ha gent que no ho pot fer, això, que no serveix per això. Hi ha gent que abans d'arribar a casa, sigui per la dona o pel que sigui, s'ho ha d'acabar, sigui com sigui, i a mi això no m'ha passat mai. IVÁN

El primer que penses és que creus que ho pots fer tu sol, no? Sobretot perquè em vaig sentir una mica espantada en un moment donat... «No me n'he donat,estic aquí», i de fet va ser «què m'està passant? Estic aquí?». I de fet, va ser que com que amb la persona que estava acostumada a consumir i a negociar què havíem de fer o deixàvem de fer, em digués: «que no ho veus?» I si t'ho diu ell... I al final tu ho veus, clar, que tot el dia... Bueno, tot el dia no, però arribat

a un determinat moment, que sortim o fem unes cerveses... Fins i tot, al final, esperava quedar alliberada dels nens per poder fumar! I no sé... Em vaig trobar una mica fotuda, també. Va ser com, no sé, una qüestió de pulmó i això, que no em trobava bé... Em vaig trobar fotuda i vaig estar un temps que allò que tusses i et fa mal el pit, i estava una mica així, i pensava que estava fotuda, però estava demanant consumir més. I va ser veure, potser, aquesta cosa una mica des de fora i pensar: «joder, estic aquí enganxant-me amb això». LAIA

A partir dels 35 creus que ja no. Bueno, deixes de sortir més i... Bueno, llavors també, collons; ja no surts, ja no et fots el cubata, saps? O t'én prens 2, o surts i en fas 4, o si et fots 6 o 7 cerveses mirant el futbol... Però no surts tant de nit, les discoteques no t'atrauen, etc. Potser fas un dinar amb la colla i dius: «vinga, els postres!», i fas una mica el ruc. I sí que ve més de gust que anar a tombar. Ja has tombat prou, ja has vist moltes coses i ja penses «joder, no aniré allí i pagaré 30 euros d'entrada perquè ja sé què hi ha dins, per tant, passo». Llavors és un consum més moderat, també. A veure, també són molts diners, i llavors t'ho penses, clar. JOAN

Entre los mismos consumidores se penaliza al que se salta las reglas o consume de manera problemática, según las normas informales establecidas. Los consumidores problemáticos, según Martínez-Oró (2015: 191), son estigmatizados porque sus consumos son incompatibles con la normalidad. Estos son los consumos instrumentales desvinculados de los contextos de fiesta porque se ubican en la tenue frontera entre los consumos normalizados y problemáticos.

Sempre m'he preguntat per què hi ha persones així, i d'una altra manera, i no ho sé. Jo sempre ho he dit: jo veig l'evolució de la gent. A mi em ve una persona i amb el temps primer te n'agafa mig, a la setmana després un, a la setmana després mig cada dia... I veus l'evolució. Jo sempre els hi he dit: «Escolta, no, perquè acabaràs malament, acabaràs que no tindràs quartos, perdràs la feina i ho perdràs tot», i em diuen: «No, no, que ho controlo...», i jo els hi dic: «No cal que vinguis més, perquè ja veuràs el que et passarà». No em ve a veure a mi i pot anar a veure a un altre, i saps com han acabat, no? Sense dona, sense feina i sense res. IVÁN

Tinc una amiga que té certs problemes, perquè no està bé de salut i no es cuida i arriba un punt que ja... I que, a més a més, s'ajunta amb una gent a la nit, a vegades... Potser és veritat que tot el cercle que tenia d'amistats es va reduint en aquests moments, i ella, en canvi, continua amb el seu dia a dia. De fet, no viu aquí, ara; viu a fora, però pel que sé una mica està en el mateix lloc. Llavors no és un problema, és que s'ha encallat en un lloc que no li deixa ni tirar



endavant ni endarrere, fins que potser un dia, en sec, la balança se li decantarà i farà passar algun disgust. Però s'està jugant la feina per això, i està fent coses que dius: «Ves al tanto que t'enxamparan, estàs malament, vas a la feina drogada, després d'un dia sencer de festa, sense haver descansat...sense haver menjat...». És el que diem: les drogues? Fantàstiques, tio. Però en el moment en què t'afecten en tot el teu dia a dia i en el que tu tens, què estàs fent? Si això ja no està guai, ja no t'ho passes bé. LAIA

Generalment, on ens hem mogut no hi ha hagut mai la necessitat de necessitar ajuda per deixar el consum. Com el fill de la senyora que netejava a casa de mon pare, que se'n van adonar perquè en sec, un dimecres o dimarts a les 4 del matí, tenia que sortir a buscar-n'hi... Entre setmana, un 3 de març, cap data senyalada, no? Que aquest, evidentment, també va acabar en un centre, però en el nostre grup o en el nostre ambient això no ha passat. Tampoc és gent que s'hagi posat a traficant, que això també ajuda... Sí que n'hi ha un que s'hi va posar, però és un cas estrany perquè té el cap molt moblat... O sigui, ho feia per objectius, o sigui, es volia comprar una moto? Doncs es posava a vendre, i quan tenia els diners, sense consumir ell, pagava i es comprava la moto. Però això és un cas entre un milió, però a la colla, en general, no. Sí que hem tingut els contactes per un tema de preu, però no per... No hem tingut la necessitat. Vull dir que si un dia no en teníem, no en teníem. JOAN

Jo conec gent que ha tingut problemes de pasta, sobretot, de robar i de fotre pufos... Gent amb problemes de pasta, de fotre's festes i haver d'acabar robant, i gent que li han anat darrera i li han xafat la cara. Aquest tenia pasta i es movava de la gent. La gent d'aquest món és dolenta, tiu... Jo tinc un entorn millor i sempre he tingut feina i he tingut uns coneixements, que segons qui, si ets fluix... Això és així. Aquell, la seva família, son pare no el conec tant, però ja era un fenomen. No sé res perquè érem molt amics i quan va passar això vaig deixar de parlar amb ell... I aquest era molt xungo... Ell sempre ho tenia, això, i va acabar malament, perquè tot és la pasta, i te la fan una rere de l'altra... Si fots la mà i te la foten fins aquí... Les coses cauen pel seu pes... Fins que no ho veus tu... Tots ens equivoquem, i ens equivocarem, se n'aprèn de viure, i hi ha molta gent que no té sort. DANI

El control del consumo de la cocaína se desarrolla mediante un proceso de aprendizaje lento de la experiencia, de forma similar a los procesos de aprendizaje para cualquier otra actividad humana. Es un proceso de ensayo y error y durante las diferentes etapas y fases los usuarios aprenden de sus propias experiencias y se vuelven capaces de producir cambios en sus comportamientos (Grund, Ronconi y Zuffa, 2013: 9). Desde otro punto

de vista, Duff (2004) presenta una de las aproximaciones más interesantes para una renovada conceptualización del consumo de drogas, referenciando el pensamiento de Foucault (1985) sobre la ética, la moderación y el placer, el cual da lugar a la crítica de las políticas de drogas, «que han privilegiado el problema de los daños mientras que eluden la consideración del placer» (Duff, 2004: 386). El concepto de «*practices of the self*» como las «acciones intencionales y voluntarias por las que las personas no solo se erigen en las reglas de conducta, sino que también buscan transformarse a sí mismas, cambiarse a sí mismas como un ser singular» (Foucault, 1985: 10-11) aplicado al derecho de tomar drogas como búsqueda del placer (en sentido amplio) debería tomarse en seria consideración para reivindicar un cambio de políticas más respetuosas con las libertades individuales y garantes de la salud colectiva.

Pensar que las personas que utilizan drogas no son capaces de gestionar su relación con las sustancias forma parte de un discurso conservador ya obsoleto, el origen del cual ya hemos tratado en esta investigación. Las políticas de drogas, tanto de prevención del mal uso como de reducción de daños y riesgos, deben basarse en el conocimiento por la experiencia de los mismos consumidores para acomodar los objetivos de estas a la realidad.

La investigación cuantitativa y cualitativa sobre los patrones de consumo en entornos «naturales» no institucionalizados ha demostrado que la mayoría de personas que utilizan cocaína no están en contacto con el sistema de servicios de tratamiento, a pesar de que utilizan regularmente la cocaína y otras drogas (Treloar y Holt, 2006: 367) y de que algunos de ellos puedan tener problemas con esos consumos.

Aquellos más normalizados, para los cuales la asistencia a estos servicios implicará la mayoría de las veces un «descubrirse» ante la sociedad, pasando a formar parte de la categoría estigmatizada de «drogadictos» con todos los problemas que conlleva desde el punto de vista familiar, laboral, etcétera, cuando, en realidad, si algún sentido tienen estos servicios, es (o debería ser) precisamente el de ayudar a resolver problemas en estos campos citados y en otros (Romani, 1999: 178).

Esta situación paradójica y excluyente debería hacernos reflexionar sobre aspectos como pueden ser el de la accesibilidad a los servicios o el estigma que ejercen sobre sus usuarios.

Pero al mismo tiempo, la mayoría de estudios se ocupan de lo que por lo general es una minoría de usuarios de drogas, aquellos que han desarrollado serios problemas en su relación con las sustancias en algún momento de su vida. Este sector de la población, debido a sus características individuales, pero también al fracaso e irresponsabilidad de las políticas prohibicionistas y a una estructura social intrínsecamente desigualitaria (en relación con el acceso a la salud, la educación y los recursos), ha quedado en situaciones de marginalidad, enfermedad, estigmatización y exclusión social, circunstancias que también están relacionadas con el desarrollo de mecanismos de control social.

Ubicarse o permanecer en este tipo de escenario facilita y aumenta el nivel de posibilidad de acceso a formas de consumo más arriesgadas y marginales como fumar heroína o cocaína base (*crack*), o la inyección de ambas, así como de benzodiacepinas y alcohol, principalmente. Debemos tener en cuenta que los procesos de exclusión social en la sociedad actual no responden a los modelos clásicos de marginalización de la época posindustrial, sino que se manifiestan de manera compleja, heterogénea, dinámica y estructural, lo que incluye también un factor individual fuertemente influenciado por niveles educacionales formativos inexistentes o insuficientes (Llort, 2013: 197). La crisis económica experimentada en España desde 2008 ha visibilizado estos procesos de exclusión, que ya no forman parte de minorías de extrarradio, sino que se han instalado en el seno de la sociedad.

### *La incorporación del discurso de la adicción como enfermedad*

Hemos podido constatar que, fuera de la gran mayoría de consumidores que consiguen regular su consumo mediante su interacción social, una pequeña parte de los mismos desarrolla graves problemas y pierde el control tanto sobre su consumo como sobre otros aspectos de sus vidas. El factor control/descontrol del consumo de drogas y las variables que diferencian a consumidores que han gestionado positivamente su consumo y a los que no son una cuestión clave para entender el complejo fenómeno de la adicción como construcción cultural de las sociedades contemporáneas, como paradigma de la enfermedad y de cómo ha funcionado en la práctica el tremendista discurso de «la droga» favoreciendo sin duda a la profecía del «autocumplimiento». Romaní (1999) presenta una definición sobre dro-

godependencia o adicción inspirada en Cancrini (1982) que puede sernos muy útil para visualizar este tipo de comportamiento etiquetado como «desviado»:

Consiste en un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas (Romaní, 1999: 55).

En este último apartado vamos a ilustrar tanto las prácticas como los discursos que pertenecen a este grupo de consumidores, así como las condiciones de contexto en que esto ocurre. Paradójicamente, o consecuentemente, muchos de estos consumidores reproducen el discurso prohibicionista y el discurso de la adicción como enfermedad. Es la consecuencia de haber interiorizado o incorporado (*embodiment*) la cultura de «la droga» desde la perspectiva prohibicionista, reproduciendo patrones y prácticas ligadas a ella. Estos responden a una simbología determinada, la del «yonqui».

Resulta que el que ha sigut toxicòman, no sé com explicar-me, tenim molt dispartat el punt de controlar. Hi ha persones normals que poden fer un ca-rajillo i una copa i prou, però naltros no, naltros volem i volem fins que veiem que... Saps?, que perdem lo control. Això és el que nos passa. Per què? Perquè hem provat la droga dura... Aquesta és la meva opinió i sé que no m'equivoco.  
MARTÍ

Si ja ho has provat tot, alguna vegada tens alguna recaiguda, la té tothom, a mi que no em diguin que no. Diuen que són 7 anys que necessites per a desintoxicar-te totalment. A mi va ser la família: «O lo tomas o lo dejas», i sinó, al carrer. I jo estava sol i només privava i m'empastillava, i la família no em veia bé.  
CARLES

No lo podía dejar, era adicta completamente, y soy consciente completamente de que estoy enganchada a la coca completamente, que tengo una enfermedad, y jodida, porque... Y ahora me doy cuenta más que nada porque el mono... No sé si es el mono o son nervios, porque esto no lo sé yo distinguir exactamente, pero yo sé que estoy enganchada a la coca, tengo una adicción muy jodida. Son muchos años de consumo, y ahora cualquier cosa te cambia el chip. Ahora mismo estoy nerviosa y estoy pensando en una raya de coca.  
ROSA

Romaní (1999: 131) señala las contradicciones entre determinados discursos y prácticas en las sociedades contemporáneas: «El discurso de “la droga” se ha utilizado para atribuir al “otro” la responsabilidad de todas las desgracias, racionalizando una cierta sobreestigmatización». Pero lo más paradójico de todo es que el supuesto «otro», el consumidor de drogas estigmatizado, muchas veces responsabiliza a la sustancia, a «la droga», de todos sus males, cerrando así la sutil y maligna cuadratura del círculo del sistema drogas y sus complejos y calculadísimos mecanismos de control social.

Cuando tú tienes un bajón en pareja o en familia, ahí te vuelves débil, y si ya la has probado y ya la has toqueteado, es difícil de parar, es una bajada difícil de parar, porque te agarras cuando tú estás en casa comiéndote la cabeza y no puedes dejar de pensar en eso, algo malo en este sentido... Cuando es algo de pareja o de familia fuerte, tu padre o tu madre, ahí es cuando te vienes abajo, te vuelves débil, y eso es como si fuera un demonio, que te viene y ¡boom!, te lleva por delante. RICARDO

Pero he estado enganchado catorce años y dices siempre que no a la familia, que no, y que no lo sabía, pues claro... Llega un momento que se pone en tu contra y dices: «¡La sociedad no me acepta!». No, eres tú que no te aceptas, no que no te acepta la sociedad, porque estás metido en un tema de sustancias, de drogas. Esta es mi vida, mi pasado. Ahora, en mi vida actual, no fumo nada, de vez en cuando, cuando tengo el mono, muy poca cosita. No es como antes que cogía seis u ocho bolsas... Ahora pillo una y a veces ni me la fumo, la dejo ahí en casa; la veo delante y digo: «Va, me la fumo luego, por la noche». Que no estoy ahora ya enganchado habitualmente a la droga, a la cocaína, a las pastillas y tal, como mucha gente. Ahora estoy de maravilla. Me ha costado siete años, pero bueno, ahí estamos luchando y aguantando. Por culpa de la cocaína y por culpa de juntarme con quien no me tenía que juntar. Esto es un trabajo, es una droga, y hay que luchar contra ella, tanto si lo quieres ver como si no, y sino estarás siempre en la cuneta. ALFREDO

Estos relatos son a mi parecer un buen contrapunto para reflexionar sobre la complejidad de este sistema (aun más cuando lo podemos contrarrestar con el tipo de discursos emanado de los consumidores normalizados) y la importancia del contexto y su influencia sobre lo meramente farmacológico y conductual. También se observan las consecuencias de cuándo los mecanismos y redes de protección y de control informal sobre la gestión del consumo se quiebran dejando a los individuos en situaciones de vulnerabilidad y marginalidad.

Yo, por lo que he ido viendo, es el resultado de tener problemas y la forma de solucionarlos. A veces pensaba que como no me gustaba mi vida, me metía medio gramo o un gramo y me iba de vacaciones de mi vida. Para mí no es una enfermedad, sino una manera de afrontar los problemas, pero pasan los años, las ilusiones no se cumplen, nunca sales adelante, vas viendo el paso del tiempo y tú te quedas atrás. Al principio dices «bueno, ya se verá, no pasa nada, de vez en cuando un poquito de coca ya está bien». ÁLVARO

Em van dir que era politoxicòman, i que prengués pastilles. Deprax, que era molt barata, i no sé què més, no me'n recordo. Després, quan vaig anar a la comunitat terapèutica, em van fer analítiques, vaig fer de tot, i em van dir, bueno, que per parar el consum tenia que medicar-me. Al principi jo anava al metge de capçalera i li deia que estava molt ansiós i això... I em receptava Diazepam. No li deia que era per consum i ho barrejava tot i em vaig enganxar també al Diazepam. Després tenia problemes per aconseguir-ne, però mica en mica n'he anat prenent més, amb els porros he anat passant l'ansietat, la valeriana i ginseng pel matí. PEP

En principio siempre consumía en zonas cercanas en donde compras: en un descampadito, en las vías... Para no ir con el material encima, porque así no te pillan la policía. Y a veces también lo he hecho en casa, cuando mi madre no estaba. A veces ha llegado y me ha pillado *in fraganti*... En casa de gente, no. Siempre he preferido hacerlo en algún descampado al aire libre, porque siempre te vuelves más resabiado y no te fías mucho... Y ya de últimas, siempre en casa, nunca por ahí. Yo soy muy inconsciente, he ido a sitios sola, y me ha dado igual, y siempre con una navajita o algo para tener algo para defenderme, pero nunca me he visto en una situación de... Digo: «Bueno, si pasara algo le daría algo a él para que se quede tranquilo y no me haga nada...». Sin embargo, me han contado personas de esperar a gente que saben que vienen con dinero y material y esperarlos para quitárselo. Yo a veces he ido por ahí... Solo con que eches un vistazo ya ves que es un sitio donde viene gente así, porque lo ves, todo al lado de las vías, donde quieras tienes una... Y ves gente pasando por ahí... Incluso, y a mí me ha pasado muy pocas veces, pero yo sé de gente que pasa por allí que no consumen y les tiran piedras, insultos... Porque pasa gente normal. JOANA

Lo normal és portar màniga llarga. Jo, quan em punxava al principi, ara no, que tinc el callo aquí. Ara no estic treballant i ja ho tinc assumit. Jo puc portar una samarreta llarga d'estiu si tinc que anar a algun lloc que hi ha gent; a algú li pots dir: «mira és una cremada, una esgarrinxada...». Però hi ha gent que ho sap, perquè després se t'enfonsa la vena i et queda aquesta marca. Es pot recuperar, però ja no marxa ni ficant-t'hi cicatral. Però no, no he tingut

problemes amb la gent. Sempre amb la jaqueta. Si vaig a la piscina doncs vaig amb la meva parella, però si hagués d'anar amb la meva família, simplement ja no hi vaig. JORDI

Entre los informantes que no han desarrollado problemáticas graves relacionadas con el consumo se utilizan términos como «politoxicómano», «recaída» o «enganche», que remiten al uso del lenguaje y discurso de la adicción como enfermedad.

Eren uns pijos tots aquests, gent bé, súper normal i molt bé, cadascú amb lo seu, amb la seva feina, també. Tots súper mega politoxicòmans, però gent molt sana. Així com et deia allò de la cocaïna que veies que allò ja no era sa, aquí no. Allò era un altre ambient. MARTA

Haixix i alcohol sempre. Bueno, cervesa era quan sortia, l'speed no m'agrada massa, la sensació que et crea... Que et crea com una ansietat. A veure, sóc un politoxicòmanu, prenc de tot, però si n'hagués d'agafar, d'speed, no n'agafaré. Si algú me'n dona, doncs em faig una clenxa; sinó, no. MIQUEL

Expresiones como «yonqui», «mono», politoxicómano, sobredosis, etc., han trascendido por un efecto mimético al lenguaje de los consumidores normalizados y también al lenguaje de la población general, al tratar el tema de las drogas. Esto no es problemático, puede incluso leerse con ironía y como superación de un modelo y una época muy oscura relacionada con el pasado del consumo de drogas. Ahora bien, tal y como he explicado en la nota introductoria sobre la elección del tema, es muy grave que muchos profesionales del sector salud y del sector de los servicios sociales no lo hayan superado y ni tan solo se hayan esforzado en superar/cambiar el viejo paradigma relacionado con el consumo de drogas. El desconocimiento del saber científico ya acumulado hasta la actualidad en materia de drogas representa una negligencia y un problema que ya es urgente superar y trascender en estos momentos.

No es menos grave el rechazo que sufren algunas personas que han sido injusta y negativamente identificadas como consumidoras o «drogadictas» por el sistema y el paradigma que defiende el consumo de drogas como una enfermedad o comportamiento delincuente o desviado (instituciones, familias y redes de amistades y de convivencia) y que sufren o han sufrido un rechazo o una estigmatización desproporcionada por el hecho de haber sido descubiertas como «consumidoras» de drogas ilegales al haberse encontrado en algún tipo de situación indeseada o accidental. A

todos ellas, pero sobre todo a las personas e instituciones responsables de estos agravios, quería hacerles llegar especialmente el siguiente apartado dedicado a las consideraciones finales.

Espero haber trazado un claro ejemplo del sutil juego epistemológico que sitúa las diferentes tensiones teóricas entre sujeto y estructura, estas van desde la recuperación del sujeto en su intencionalidad en el marco de la vida cotidiana y lo estructural, construido fuera de esta, pero que al mismo tiempo podemos encontrar en el sujeto (Menéndez, 2000: 78). Son las tres dimensiones del cuerpo (físico, social y político) en acción y dialéctica continua. Las estructuras dominantes del modelo biomédico en su versión dedicada a las drogas (modelo de adicción y/o drogodependencia y/o toxicomanía) y el prohibicionismo en sí mismo interactúan, moldean e influyen claramente mediante sus múltiples tentáculos (político) en la salud (físico), los idearios, las relaciones, los itinerarios y la toma de decisiones (social) de los que participan en menor o mayor medida en el fenómeno del consumo de sustancias ilícitas, lo que nos plantea una realidad tan compleja como subordinada a los intereses de determinadas instancias de poder.



## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

«*Dime dónde consumes y te diré quién eres...*»

El objetivo de esta investigación ha consistido en describir las diferentes modalidades de consumo de la cocaína y las variables socioculturales que influyen en la salud de las personas consumidoras, así como en el mantenimiento de sus funciones y relaciones sociales. Desde la perspectiva teórica de la antropología médica crítica con la que trabajo, he enfatizado y focalizado los aspectos culturales y políticos del fenómeno, dejando en segundo y tercer plano —pero sin omitirlos— otros modelos interpretativos como el conductual o el biológico/farmacológico. Creo haber aportado suficientes elementos para comprender que la dimensión *salud* juega un papel muy importante en el consumo de cocaína, pero principalmente por los riesgos que implican la ilegalidad y la estigmatización de esta práctica. Coincido con la mayoría de estudios etnográficos y cualitativos citados en este texto en que la mayoría de las personas que han usado cocaína o la usan durante largos periodos de tiempo no desarrolla problemáticas relacionadas, y si lo ha hecho, ha podido gestionarlas sin ayuda profesional.

En primer lugar, basaré este apartado de conclusiones en un esbozo de dos modelos de análisis sociocultural del consumo de cocaína: el primero, desde la perspectiva fenomenológica y las teorías del cuerpo como objeto social y político; y el segundo, a partir de los espacios de consumo identificados como espacios que mediatizan las condiciones en que estos consumos se realizan.

En segundo término, y a partir de los relatos, discursos y la observación participante, se distinguirán los tres modelos de administración de la sustancia más comunes —pauta metodológica que me ha servido para estructurar inicialmente la investigación—, describiendo las técnicas de uso, el contexto en que se dan y la interpretación que los sujetos realizan de los mismos, en lugar de diferenciar entre tipos de consumidores problemáticos o normalizados. Creo que esta distinción no sería fiel al modelo

que presento, ya que para el mismo solo existen situaciones que van de la normalización a la no normalización no de sujetos, sino de tendencias.

En un primer nivel de análisis, podemos discernir entre diferentes aspectos descritos del consumo de cocaína en el contexto sociocultural estudiado y articular, así, un esquema de análisis sobre las variables que afectan a la vida de los consumidores.

- **Cuerpo físico:** placer/sufrimiento, automedicación, analgesia/vigorización-estimulación, marcas físicas/desviación encarnada, experiencias terapéuticas, experiencias de expansión mental y/o enteogénicas, envenenamiento, libertad sobre el cuerpo, infecciones, pérdida/mejora de la salud, muerte.
- **Cuerpo social:** socialización positiva, símbolo ritual, marginación/estigmatización, pérdida de empleo/familia/relaciones sociales y estatus social, desviación/enfermedad/etiquetamiento/psiquiatrización.
- **Cuerpo político:** encarcelamiento, persecución, castigo, pena de muerte, corrupción, libertad de elección, desarrollo sostenible/contaminación.

Podemos observar que, en realidad, y a pesar de las políticas actuales sobre consumo de sustancias, los efectos positivos son invariables y/o únicamente mejorables desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños. Solo modificando el marco legal desde un modelo de adicción hacia un modelo de regulación podríamos revertir los aspectos negativos de esta situación que —como podemos observar tanto en el esquema anterior como en la etnografía presentada— se dan mayoritariamente en la esfera social y política.

Desde un nivel etnográfico he pretendido, también, poner de relieve el sentido de «la acción social» (consumo de cocaína) en el contexto de la vida cotidiana de cada persona sin atender a diagnósticos o etiquetamientos que de los individuos o su contexto se puedan desprender, aunque en algunos casos hemos visto consecuencias de este etiquetamiento. Este enfoque ha permitido, al mismo tiempo, analizar los «significados compartidos» de la población estudiada y así entender la naturaleza de determinados roles y el funcionamiento del entramado de controles informales para regular el consumo.

Respecto a la idiosincrasia de los actores de esta etnografía, me gustaría subrayar que la variedad de tipos de personas que consumen cocaína

está condicionada por una multitud de variables, tales como la cantidad, la frecuencia, la intensidad, las razones para el uso, los contextos donde se dan y los problemas asociados, sin poder ni querer caracterizar a un usuario medio o estandarizado de cocaína. Las distintas formas de consumo de cocaína, por su diversa naturaleza, entrañan diferentes tipos de riesgo. Estos pueden graduarse desde el riesgo moderado del consumo esnifado hasta el riesgo potencial de inyectársela o fumársela en forma de base. La potencialidad de los distintos riesgos se verá, como ya he avanzado, actualizada por los procesos biográficos, socioculturales y demás en los que se inscriban estas prácticas.

En el apartado metodológico apuntábamos que la etnografía y la etnometodología nos podían acercar al conocimiento de los «hechos sociales» a partir de la experiencia inmediata de las interacciones cotidianas. Por tanto, la construcción que han realizado los sujetos del mundo en que viven y su consumo de cocaína constituye el objeto central, «el texto», «la visión de los nativos» o el «mundo moral local», definidos como las maneras de explicar el comportamiento —el «modelo explicativo»—, entendido, en definitiva, como un producto histórico y sociopolítico. Por otro lado, se ha indagado sobre los «etnométodos» —herramientas, habilidades, aprendizajes— que los consumidores de cocaína utilizan para posibilitar la vida en común, gestionando y regulando las relaciones sociales en un determinado contexto social.

En un segundo nivel de análisis, los espacios físicos y psicosociales —entendiendo que estos están social y culturalmente configurados y delimitados— descritos y utilizados por los distintos consumidores permiten establecer, especialmente, un sistema de análisis cultural que aglutina, en mi opinión, el máximo de variables socioculturales asociadas, como por ejemplo el estilo de vida, el estilo de consumo, la asunción de riesgos o la posición en la estructura sociocultural. A esta propuesta analítica la voy a llamar «Dime dónde consumes y te diré quién eres...». Así pues, los espacios donde ocurren los distintos consumos pueden revelar mediante sus características y condiciones la naturaleza de dicho consumo y de la persona o personas que lo realizan.

**Chutaderos.** Representan y simbolizan los efectos perniciosos de la prohibición en sí mismos: marginalidad, falta de higiene, acumulación de parafernalia e instrumentos usados, asunción de riesgos y degradación de la condición humana. Las personas que acuden a este tipo de espacios para realizar sus consumos, como hemos podido observar en muchos de

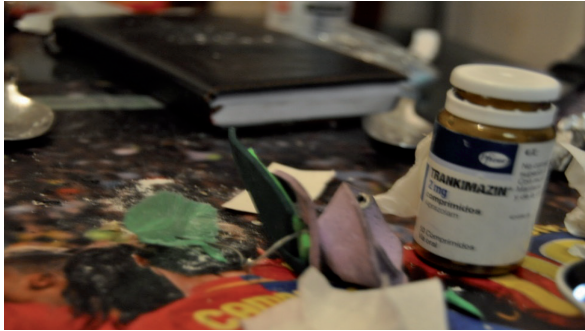
los consumidores, son las auténticas víctimas de la perversidad del sistema actual. El consumo en otras zonas de la vía pública, aparte de la ilegalidad a la que está sujeto, denota también comportamientos no normalizados que pueden conllevar problemas añadidos a las personas que necesitan usar estos espacios.



Chutadero con grafiti realizado por Arsu.

#### ESPACIOS DOMÉSTICOS

«**Diógenes**». Corresponden a espacios privados, domésticos y marginales. Los tipos de vivienda que incluyen son las habitaciones realquiladas, los pisos de patada en la puerta o casas okupadas, que, por otro lado, son los más habituales en personas que realizan consumos de riesgo en circunstancias de marginalidad. Básicamente están caracterizados por un espacio central en el hábitat (una mesa, normalmente), y acostumbran a estar repletos de parafernalia usada, ceniza, basura, papelinas vacías, botes de amoníaco, papel de plata, cuchillos o navajas, cucharas, botellas de plástico vacías... Simbolizan el espacio vital central basado en el consumo vía inyectado o fumado en el caso del *vasuco*. La mayoría de veces, la acumulación de objetos, desechos y útiles destinados al consumo representa, al mismo tiempo, tanto la escasez como la oportunidad de un posible consumo inminente.



Mesa de consumo espacio Diógenes.

**Espacios domésticos normalizados.** Debemos tener en cuenta que los espacios privados, principalmente domicilios, son los únicos contextos de permisividad legal de consumo de sustancias psicoactivas. Ni la Ley 1/92 de 21 de febrero, conocida como la Ley Corcuera, ni la actual Ley «Mordaza» contemplan, incongruentemente, sanciones o represalias por el consumo en estos espacios, dejando el acceso a la sustancia y su transporte en una franja de ilegalidad sin sentido. A diferencia de los espacios que he denominado «Diógenes», los espacios domésticos normalizados no alertan de la presencia de un espacio ni de utensilios permanentemente establecidos para el consumo de sustancias, sino que, una vez realizados los consumos, los espacios utilizados son rápidamente manipulados para volver a la normalidad.

**Salas de consumo supervisado o higiénico**<sup>49</sup>. Representan, allá donde las haya, una buena oportunidad educativa, sobre todo para evitar infecciones innecesarias. Llevan un control de las transiciones de vías de consumo y son una puerta de entrada a los servicios sociosanitarios para usuarios que permanecen fuera de las redes de atención y que, mayoritariamente, acuden a los chutaderos para consumir. Estos espacios deberían poder complementarse con programas de dispensación de sustancias psicoactivas (como la heroína o la cocaína) hospitalarias/sociosanitarias, pero si la presencia de las salas en todo el territorio todavía deja muchísimo que desear, por no decir que es anecdótica, todavía más lejos se prevé

<sup>49</sup> Véase Clua (2016) para una buena revisión y estado de la cuestión sobre salas de consumo higiénico en Barcelona.

esta segunda recomendación. Para el potencial usuario de este tipo de dispositivos, representan una modalidad poco atractiva por su poca «naturalidad», y por la incomfortabilidad y el anonimato que representa el contexto clínico. En países como Holanda podemos encontrar dispositivos bien adaptados al ideal de un espacio de consumo naturalizado.

**Espacios de reivindicación de privacidad o de furtividad.** El espacio paradigmático de esta modalidad en la presente investigación está representado por los aseos públicos, ya sean de bares, discotecas o cafeterías, o los ubicados en *parkings*, gasolineras, centros comerciales, bibliotecas u otros espacios de acceso público, así como el propio coche, entendido como un espacio privado móvil. La privacidad que ofrecen estos tipos de espacios en el contexto público atrae a los consumidores a la vez que, indirectamente, son la expresión de la falta de regulación y de espacios adecuados para un consumo no etiquetado como estigmatizado, marginal o desviado.



Papelina de cocaína en un lavabo de un bar de Reus.

**Espacios de tolerancia/legitimación.** Este tipo de contextos son, en su mayoría, espacios de relación caracterizados muchas veces por la permisividad del consumo grupal/ritual o individual. Mayoritariamente son espacios de ocio, fiesta o celebración, y también podemos incluir los espacios de compraventa.

Al considerarse desde el discurso biologicista como una práctica de autoatención desviada y susceptible de ser modificada —por no considerar que la población por sí misma tenga la capacidad de autorregularse—, los actores esconden y no explicitan abiertamente en el contexto de la vida cotidiana su relación con el consumo de drogas. El método etnográfico ha

permitido acceder y profundizar en este tipo de prácticas ocultas. Significar el consumo de cocaína como un «símbolo ritual» me ha permitido deconstruir el concepto de «adicción como enfermedad», desnaturalizándolo, al considerarlo una construcción desde el ámbito de lo cultural<sup>50</sup>.

Antes de adentrarnos en el resumen de los resultados deberíamos considerar que el alto grado de complejidad de este fenómeno social no deja otra alternativa que rehuir de todo discurso y apreciación reduccionista sobre la percepción social del consumo de sustancias psicoactivas.

### *Efectividad versus riesgo*

La modalidad de inyección de cocaína es la vía de administración farmacológicamente más efectiva, pero al mismo tiempo la más estigmatizada y la que entraña más riesgos. El abordaje prohibicionista represivo ha contribuido en parte a la expansión de esta modalidad en todo el mundo, especialmente en las zonas más oprimidas. En gran medida son las personas más vulnerables las que pueden sufrir con más contundencia los efectos colaterales de esta práctica bajo las actuales leyes prohibicionistas, que no afectan solamente a la salud, sino también a aspectos legales, relacionales, sociales y estructurales.

Aunque existan resistencias culturales entre los consumidores de cocaína para no identificarse con lo que conocemos despectivamente como cultura «yonqui», podemos constatar que los estilos de vida en condiciones sociales marginales o desde posiciones de subalternidad pueden acercar y posibilitar la vía de acceso hacia esa modalidad de consumo. La práctica de la inyección es concebida como la línea divisoria entre drogas duras y blandas, y también como el vehículo para transitar de la posición de usuario/consumidor a drogadicto.

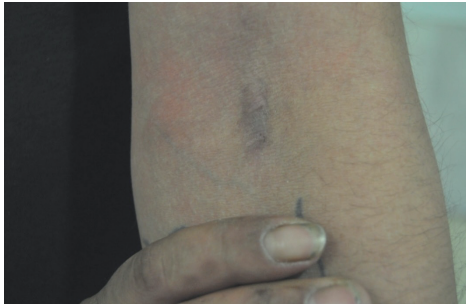
La iniciación y aprendizaje de esta técnica de consumo requiere, como todo consumo de sustancias psicoactivas, un proceso bastante complejo, ya que desde el punto de vista corporal es una práctica bastante agresiva

50 Propongo, en consecuencia, y a modo de discusión, la siguiente redefinición del concepto «droga» o «drogarse» por su obsolescencia y gran carga negativa construida sobre el modelo de adicción: biotecnología psicoactiva socioculturalmente estructurada. Creo que este concepto introduce y representa con más matices la complejidad del fenómeno de uso de sustancias psicoactivas, poniendo énfasis en el cómo y en por qué se usan determinadas sustancias, y no tanto en los efectos farmacológicos.

e invasiva que entraña riesgo en sí misma y, que, al mismo tiempo, deja inevitablemente marcas y signos que pueden identificar al consumidor y, por lo tanto, estigmatizarlo. Es lo que hemos conocido como «desviación encarnada».



Marcas en los brazos después de una carrera de más de quince años de inyección. Arsu.



Marca en el brazo de inyectarse repetidas veces en un mismo punto.

Los usuarios de drogas con un perfil de consumo de riesgo y que desarrollan patrones de dependencia experimentan cambios en su relación con las sustancias: establecen progresos no lineales ni uniformes en su «carrera» como consumidor, y también con la vía de consumo elegida. Es el resultado de las consecuencias físicas y sociales que experimentan los consumidores, como pueden ser las atribuidas a un consumo intensivo y sostenido en el tiempo, el encarcelamiento, el cambio de estructuras de convivencia o el estilo de vida marcado por el ámbito familiar o laboral.



La capacidad o los motivos de transitar de una técnica de consumo a otra vienen determinados, inicialmente, por el modelo dominante de socialización en el mundo del consumo o subcultura, así como por el tipo de sustancias disponibles en el ecosistema de pertenencia; posteriormente, están determinados por las variables socioestructurales que presentan las actuales políticas sobre drogas.

En general, la iniciación o la perseverancia en la técnica de inyección para consumir cocaína se asocia a la participación en esta modalidad de consumo de sustancias psicoactivas en una edad muy temprana, y se introduce con mayor frecuencia en aquellos que experimentan una serie de problemas socioeconómicos tales como la falta de vivienda, el desempleo, la prisión, los bajos niveles de educación, las desigualdades de acceso a servicios públicos y las dificultades personales y relacionales en el desarrollo vital. Sin embargo, todo esto también viene marcado y condicionado por la disponibilidad de la sustancia en el mercado negro local.

Todos estos factores y variables permiten la asociación entre la inyección y el consumo problemático de drogas, y pueden influir en los usuarios en el momento de iniciarse al consumo. Mientras que muchos inyectores pueden simplemente desear una mayor potencia de los efectos, otros pueden ser atraídos por el deseo de suprimir sentimientos negativos o malestares existenciales, ejemplificando así el modelo de «automedicación» o «sociopharmacology», que asocia el consumo problemático de drogas a la búsqueda colectiva de una analgesia para mitigar las consecuencias de la pobreza, las privaciones y las oportunidades restringidas.

La efectividad y la economización que ofrece el consumo inyectado pueden ser otro de los factores de elección. Las connotaciones negativas del consumo de drogas vía intravenosa son relativamente modernas, pues en el siglo XIX y a principios del XX era considerado como «una moderna tecnología» solo al alcance de determinadas élites. Existe un perfil «sibarita» y de connotaciones psiconáuticas que también utiliza el método de la inyección como un modo efectivo para alcanzar estados alterados de conciencia, aunque, en general, es de forma esporádica o experimental. Este perfil de consumidores puede inyectarse cocaína y otras sustancias psicoactivas como ketamina, anfetaminas o heroína. Por último, también hemos podido observar que el hecho de haberse inyectado ocasionalmente no conlleva necesariamente una reiteración o una conducta adictiva, y que, al mismo tiempo, es posible deshabituar o abandonar esta práctica una vez se ha consumido con cierta asiduidad. Es importantísimo com-

prender todos estos factores subculturales y mecanismos que conllevan la transición al consumo de drogas inyectables a fin de poder realizar intervenciones eficaces y eficientes de promoción de la salud colectiva adaptadas a la complejidad del fenómeno.

Lo deseable para evitar problemáticas asociadas a este tipo de consumo sería poder aislar, controlar o revertir todos los factores que tienen que ver con la ilegalidad, la marginalidad y las situaciones de insalubridad, exclusión y sufrimiento —en consecuencia, de estigmatización—, y al mismo tiempo poder controlar la calidad de la sustancia y mantener un nivel óptimo de seguimiento médico en personas que realicen esta práctica. Lamentablemente, esto solo sería posible transformando la situación actualmente existente hacia un modelo de regulación no represivo de las sustancias psicoactivas.

### *¿Todo es cuestión de química?*

El consumo de cocaína base fumada o *crack*, desde la perspectiva de reducción de daños y riesgos, sería una buena alternativa al consumo inyectado. Hablamos siempre entendiendo que continuamos en un escenario prohibicionista y represivo, y siempre y cuando el consumo se diese en condiciones de seguridad e higiene. Debemos distinguir, en consonancia con lo observado en el texto, entre consumidores socialmente integrados de cocaína en polvo, los cuales pueden estar usando la modalidad de cocaína base en un contexto recreativo, y, por otro lado, los usuarios de sustancias sumidos en una problemática social o de salud, que consumen cocaína o cocaína base como parte de un problema complejo de adaptación al modelo de vida estandarizado que imponen las sociedades actuales. En España, mayoritariamente se asocia esta modalidad de consumo a un modelo marginal y desviado.

Igual que ocurre con la técnica de inyección, también se requiere un aprendizaje complejo de las técnicas de elaboración y consumo. En función de las características del grupo o subcultura de iniciación, la evolución del consumo derivará hacia un patrón experimental positivamente gestionado o hacia modelos de replicación de estructuras marginales y de mayor riesgo para la salud. La cocaína base o *crack* goza de una simbología asociada marcadamente alarmista y estigmatizada debido, en su mayor parte, a su historia en Norteamérica y a su difusión en los distintos canales,

tanto informativos como culturales. El caso del *crack* en Estados Unidos fue uno de los episodios destacados y paradigmáticos de las consecuencias del prohibicionismo: una de las más perversas fue que se fomentó la creación y el uso de fármacos más potentes —o preparaciones de fármacos concentrados—, que, además, eran más rentables, como por ejemplo la metanfetamina. Esto es directamente comparable a la forma en que, en virtud de la prohibición del alcohol, el comercio de la cerveza y los vinos dio paso a las ventas de bebidas espirituosas más concentradas, rentables y peligrosas durante la Ley Seca.

Las estrategias de reducción de daños y riesgos en nuestro territorio destinadas a paliar las consecuencias negativas de este consumo no se han desarrollado de la misma manera que las desplegadas para atajar los problemas relacionados con la inyección, y esto es un descuido o una negligencia que debería solventarse con la mayor rapidez posible. Las asociaciones de usuarios —o de exusuarios de sustancias— organizados han jugado un papel importantísimo a la hora de implementar modelos efectivos de reducción de daños, y han aportado un gran capital humano con sus conocimientos técnicos y servicios prestados a las instancias y dispositivos encargados de mitigar las consecuencias negativas de este tipo de consumos, especialmente por su conocimiento en primera persona de la subcultura del consumo, de los contextos y de los aspectos vivenciales que este tipo de consumidores experimenta. Las estrategias basadas en las intervenciones con pares y la función de acogida y acercamiento a usuarios en activo realizadas por este tipo de organizaciones deberían potenciarse y dotarse de más recursos mientras no se alcancen mejoras o cambios sustanciales en las políticas de drogas. Estas organizaciones son, al mismo tiempo, los agentes de la sociedad civil más reivindicativos y activos en este último aspecto, especialmente en países del norte de Europa o en Norteamérica.

El estatus ilegal del consumo y del comercio de sustancias psicoactivas dificulta enormemente la tarea de promover políticas de salud colectiva. Es una realidad suficientemente amplia y significativa como para no dejarla de lado o dejar que ocupe la última posición en las agendas políticas, como ha sucedido hasta el momento. Los posibles intereses políticos para continuar afrontando este fenómeno desde la vía legal represiva y el control sanitario han demostrado que dejan mucho que desear y que son ineficaces e ineficientes puesto que, además, promueven el mercado ilícito, facilitan el enriquecimiento de grupos ilegales organizados, produ-

cen daños gravísimos a la población consumidora —especialmente a los más vulnerables— y, por último, pulverizan uno de los derechos humanos fundamentales: el derecho a la salud y a las libertades individuales. No deberíamos olvidar que la condición humana ha buscado la relación con las sustancias psicoactivas desde el inicio de los tiempos y que, en consecuencia, deberíamos considerarla, desde un punto de vista antropológico, como una actividad o una tecnología más, como un constituyente de la vida en sociedad. Tenemos que asumir que el tabú hacia las drogas es un tema básicamente moral, por lo tanto, requiere de nuevas formulaciones y propuestas que emanen desde una perspectiva ética.

### *La normalización del consumo*

Hemos podido observar y contrastar que la gran mayoría de personas que utilizan cocaína por vía intranasal no desarrolla problemas para su crecimiento individual y social, esto quiere decir que, cuando hablamos del problema de la cocaína, probablemente estamos focalizando el tema en las áreas más problemáticas y generalizando el problema al resto de la población. Esta ha sido una buena estrategia de control social que ha funcionado muy bien a las clases sociales dominantes desde principios del siglo xx, justo cuando se empezó a ilegalizar la mayoría de drogas y se inició la persecución a todos sus consumidores.

El complejo tejido social es capaz de modificar, transformar, regular y controlar todas aquellas actividades que, por sí mismas, son vistas como peligrosas o que conllevan cierto riesgo: conducir vehículos a motor quizá sea uno de los mejores ejemplos que existen para darnos cuenta de que cualquier persona es potencialmente capaz de conducir contra dirección y de arrollarnos fatalmente, pero raramente ocurre, y si ocurre es por circunstancias que escapan a cualquier tipo de consenso social.



Grafiti situado en los alrededores del Hospital de Reus y en muchas otras ciudades catalanes.

Ya he señalado que el miedo al descontrol es una de las características de las sociedades actuales. El cuerpo —entendido aquí como la unidad mente/cuerpo— ha sido tratado en esta investigación como el vehículo para construir determinados estilos de vida, como medio para la expresión personal y parte esencial de nuestra identidad. En la cultura del consumo o en la sociedad consumista, el consumo de sustancias ilegales está asociado intrínsecamente a las nociones de riesgo y a las posibilidades de daño, peligro y «contaminación». Los peligros y riesgos que amenazan a los individuos o a la naturaleza siempre serán conceptualizados como armas utilizables en la lucha ideológica, o dicho con otras palabras, sería inconcebible imaginar una sociedad en la que el discurso sobre el riesgo no estuviera politizado. La lógica del tabú, desde el conocimiento antropológico, es interpretada como un mecanismo para proteger a la sociedad contra las conductas consideradas como dañinas o que representan amenazas, y no como un hecho incomprensible o irracional.

El concepto tabú está estrechamente relacionado con el riesgo, el miedo a la «contaminación», a la pérdida de control y al miedo frente al posible descontrol. La percepción compartida del riesgo es la mejor herramienta para elaborar mecanismos de control social —tanto formal (desde las instituciones) como informal— cuando los mismos participantes de una determinada subcultura se controlan recíprocamente. De esta manera se ha construido social y culturalmente la percepción de riesgo hacia el consumo de sustancias psicoactivas y hacia sus usuarios, y se fundamenta

al mismo tiempo, en las políticas prohibicionistas. Así pues, hemos interpretado el riesgo como una construcción sociocultural subjetiva, individual y colectiva, moldeada en el contexto de la vida cotidiana. Saber de qué manera negocian los individuos estos «riesgos vividos» implica considerar las prácticas que inician como reacción a sus propias percepciones para evitar riesgos y reducir, así, los daños derivados del consumo para mantenerse normalizados.

De este modo, la cuestión del riesgo se convierte en un campo de conocimiento y de poder sobre el que se articulan los dispositivos de control social. Ya hemos señalado que los controles informales están imbricados en las relaciones sociales cotidianas, produciendo formas de respuesta subjetiva muy efectivas, aunque muchas veces inconscientes, y que los controles formales están profesionalizados, institucionalizados y especializados. Al mismo tiempo, los controles sociales delimitan los roles de los individuos con respecto a las distintas instituciones sociales (formales/informales), por lo tanto, el conocimiento previo de estos roles será lo que definirá y delimitará las «buenas» y las «malas» prácticas. De ahí se desprende lo que anteriormente hemos cuestionado con respecto a la «desviación social»: una conducta desviada es objetivable solo para quienes definen las normas, pero no necesariamente para quien realiza algún tipo de práctica catalogada como tal.

El «universo simbólico» que hemos podido ejemplificar a través de los relatos de los informantes es el que legitima o deslegitima, y el que ordena o desata el caos en estos roles. Esto ha conllevado una progresiva responsabilización hacia los ciudadanos sobre las prácticas relacionadas con el cuidado de su salud, siendo proporcionalmente inversa al rol de responsabilidad del Estado en materia de salud colectiva. A estas alturas del análisis es ineludible reflexionar sobre la compleja interacción que hay entre las variables farmacológicas, las características individuales y las características socioculturales respecto al control de los efectos de las sustancias psicoactivas.

En este sentido, una de las principales constataciones que he podido demostrar en esta investigación ha sido que los efectos y la percepción de la calidad de la cocaína no vienen condicionados totalmente por sus propiedades farmacológicas, evidenciando el alto poder de la eficacia simbólica en estos casos. Hemos visto cómo sucedáneos o cocaína de muy poca calidad y pureza pueden tener un efecto placentero sobre sus consumidores y, además, cumplir sus expectativas. También hemos tratado de de-

mostrar que el contexto y la ritualización del consumo son más efectivos y potentes que la sustancia en sí misma, tanto para quien consigue efectos positivos y hace una buena gestión de su consumo como para quien ha acarreado problemas graves como consecuencia de un consumo descontrolado o inapropiado.

Las principales variables que pueden modificar o minimizar los efectos desde un punto de vista químico-farmacológico y evitar, así, los efectos secundarios o los posibles daños colaterales son las que siguen: la no identificación con la cultura de la adicción; la delimitación del número máximo de veces que, dentro de un grupo de iguales, se debe consumir cocaína en un periodo de tiempo determinado; gozar del estado de ánimo apropiado cuando se usa; evitar mezclas con otras sustancias que podrían distorsionar o abortar la experiencia; la elección de la vía de administración; el control de las dosis adecuadas, así como de la calidad de la sustancia; la forma de gestionar el gasto máximo de dinero invertido en cocaína; evitar problemas legales; no alterar la estructura familiar, laboral, formativa y relacional.

Por otro lado, la cuestión de género en contextos normalizados de consumo alcanza niveles de equiparación entre sexos hasta ahora inexistentes, especialmente en el ámbito del consumo de drogas recreativo, siendo en el colectivo de mujeres donde se ha podido observar más claramente la capacidad de autogestión, agencia, control y cese del consumo, sobre todo ante la posibilidad de afrontar momentos de la vida tan importantes como la maternidad, una etapa en la cual el consumo de sustancias psicoactivas está especialmente contraindicado y penalizado. Los padres y madres que han consumido y/o consumen gestionando positivamente los riesgos asociados deberían ser una pieza clave en la construcción de un nuevo modelo de políticas de drogas, y posiblemente conformen un indicador de que este cambio es posible. Creo que en la ruptura del modelo tradicional sexo-género que ha protagonizado un notable sector de mujeres en las sociedades occidentales contemporáneas encontramos una oportunidad y modelo a seguir, por lo menos en lo que, educativamente hablando, necesitamos para que se produzca un cambio estructural de las políticas sobre drogas.

Los estatus de ilegalidad y de furtividad en los que se dan gran parte de los consumos de cocaína son algunos de los principales factores de riesgo. O lo que es lo mismo: las posiciones de subalternidad y de desigualdad que ocupan muchas personas en la estructura social descrita en esta

investigación determinan absolutamente la posibilidad de mantener una relación problemática con el consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Cuando estas condiciones no se dan por distintos motivos es, precisamente, cuando deberían entrar en acción los servicios o dispositivos encargados de atender, acompañar, informar y dotar de recursos personales y sociales a las personas que no han conseguido mantenerse normalizadas; la existencia de estos servicios sería, por tanto, legitimada. Desde mi punto de vista existen dos tipos de servicios asistenciales: por un lado, están los que, con su práctica, contribuyen a forzar cambios en las políticas y en la percepción de la ciudadanía, compartiendo y extendiendo sus conocimientos e intervenciones a la red comunitaria; y, por otro lado, tenemos los que perpetúan el modelo prohibicionista represivo y el de consumo de drogas como desviación social, y por lo tanto ayudan a reproducir el modelo de enfermedad/adicción y exclusión social estructural.

Antes de acabar con este punto me gustaría abordar otro matiz metodológico, manifestando el nivel de conciencia o de «reflexividad» empleado para el desarrollo de esta investigación, la cual presupone y hace observable un fenómeno social. Con ello quiero argumentar que lo hasta aquí expuesto es producto de una «investigación situada» que también forma parte de mi posición como investigador, de mi ideología teórica al respecto —la cual he expuesto reiteradas veces a lo largo del trabajo— y de la observación participante, y pretendo, por lo tanto, que el resultado del análisis presentado responda lo mejor posible a la complejidad de la realidad social. La modesta «descripción de un cuadro social» que he elaborado persigue la esperanza de aportar algún elemento significativo para la transformación de las políticas de drogas hacia un modelo más pragmático, efectivo y basado en los derechos humanos, la convivencia y las libertades individuales. En este sentido insisto en que el derecho a la búsqueda del placer debería incorporarse como un elemento más de la política pública y no quedar simplemente relegado al terreno de la reivindicación.

Pero no solamente quiero limitar los objetivos de este trabajo al estricto hecho de aportar propuestas fundamentadas a nivel académico y político, sino que me gustaría poder llegar a la ciudadanía en general, a las generaciones futuras, a las familias que han sufrido y/o sufren las consecuencias del prohibicionismo y a las personas que han sufrido y/o muerto a consecuencia de él.



*Propuestas desde un modelo de salud colectiva*

Mientras quedamos a la espera de que, algún día, consigamos políticas de drogas más justas y eficaces —basadas en la regulación y no en la prohibición del consumo de la cocaína u otras sustancias psicoactivas—, he aquí algunas propuestas, a nivel de salud colectiva, que podrían ponerse en práctica.

1. Deberíamos poder conocer con la máxima exactitud posible el alcance del consumo de cocaína y otras sustancias en cada contexto, región o Estado. Se lograría invirtiendo más recursos en estudios, tanto cualitativos como cuantitativos, para complementar los impulsados actualmente por las instituciones gubernamentales que, hasta al momento presente, resultan insuficientes para reflejar la complejidad y magnitud de esta realidad. Un escenario de regulación facilitaría mucho la tarea.

2. Ofrecer y garantizar una formación holística en materia de sustancias psicoactivas de calidad técnica a agentes de seguridad, gestores de políticas y recursos sociales, a profesionales del ámbito judicial y de la salud, a educadores, profesores y profesionales de los medios de comunicación y, en general, a todos los actores sociales con responsabilidades públicas. En la misma línea, sería interesante introducir en los currículos escolares y de secundaria contenidos transversales relacionados con la historia de las drogas (legales e ilegales), así como aspectos educativos sobre la gestión de su uso.

3. Habría que crear, normalizar, extender y establecer puntos de información y análisis de sustancias para poder verificar el contenido y pureza antes de su consumo —al menos hasta que no exista un mercado regulado—, así como proveer de espacios de consumo supervisado y materiales higiénicos y seguros a sus usuarios. Todos los servicios públicos de atención a los problemas derivados del consumo de drogas deberían estar dotados de estos servicios, y se deberían complementar con las oficinas de farmacia.

4. Se tendría que potenciar la asociación de consumidores de cocaína y otras sustancias en organizaciones de defensa de sus derechos, fomentando prácticas de autoatención, como por ejemplo elaborar materiales de sensibilización y mejorar la calidad del acceso al mercado, para protegerse, así, de los riesgos del mercado negro, y reivindicar cambios en las políticas de drogas.

5. Por último, sería fundamental mejorar el sistema de despenalización del consumo y tenencia de cocaína y otras sustancias psicoactivas que no estén destinadas al tráfico, y regular su producción, distribución y accesibilidad, acompañándolo de un mejor sistema de información y prevención de riesgos y daños. Solo de esta manera nos sería posible trabajar con los problemas reales de los consumos de sustancias y no con las consecuencias de un sistema perverso y materialista.

Existen ya propuestas rigurosas a debate que plantean un posible escenario de regulación de estimulantes<sup>51</sup>. Me pareció una buena idea acabar esta investigación esbozando un escenario diferente, posible, sugerente y que, posiblemente, pudiera acabar con algunos de los problemas y muchas de las desigualdades que el prohibicionismo ha generado. La salud colectiva implica, a mi entender, libertad de elección, ética, participación y respeto a la vida. Un modelo de regulación debe basarse, por antonomasia, en estos conceptos, y no en el miedo, en la desinformación y en la hipocresía. Quede claro que este u otros posibles modelos sensatos de regulación no persiguen, ni banalizan, un posible aumento de la demanda, sino que se limitarían a controlarla, hecho que, en gran medida, evitaría muchas de las problemáticas que pueden derivarse del consumo de sustancias psicoactivas.

<sup>51</sup> Véase *Después de la guerra contra las drogas. Un borrador para la regulación* (Rolles, 2009), una propuesta detallada de un hipotético mercado regulado de estimulantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGAR, Michael (2003). «The Story of crack: towards a theory of illicit drug trends». *Addiction Research and Theory*, 11 (1): 3-29.
- ALBERT, Elliot (2011). «Are you experienced?». Druglink, julio/agosto. <[http://www.academia.edu/1174161/\\_Are\\_You\\_Experienced\\_The\\_rise\\_of\\_the\\_International\\_Network\\_of\\_People\\_who\\_Use\\_Drugs\\_](http://www.academia.edu/1174161/_Are_You_Experienced_The_rise_of_the_International_Network_of_People_who_Use_Drugs_)> [consultado el 29/9/2016].
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; KUPFER, David J.; REGIER, Darrel A., ARANGO LÓPEZ, Celso; AYUSO-MATEOS, J. Luís; VIETA PASCUAL, Eduard y BAGNEY LIFANTE, Alexandra (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- APUD, Ismael y ROMANÍ, Oriol (2016). «La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia». *Health and Addictions*, 16 (2): 115-125.
- ARANA, Xabier (2003). «La globalización de las políticas de drogas en materia de drogas como obstáculo para la profundización en democracia». En: ARANA, Xabier, HUSAK, Douglas y SCHEERER, Sebastian (coords.). *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. Madrid: Dykinson, 117-144.
- ARANA, Xabier y GERMÁN, Isabel (2004). *Delimitación del "status" jurídico del ciudadano 'consumidor de drogas'*. Propuesta de carta de derechos de los consumidores de drogas. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- BARRIUSO, Martín (2011). «Los Clubes Sociales de Cannabis en España. Una alternativa normalizadora en marcha». Transnational Institute. Serie reforma legislativa en materia de drogas, n.º 9. <<http://www.tni.org/es/briefing/los-clubes-sociales-de-cannabis-en-espana>> [consultado el 29/9/2016].
- BECK, Ulrich (2006). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- BECKER, Howard (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press of Glencoe.

- BECOÑA, Elisardo (2014). «Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos». *C.Med.Psicosom*, n.º 110: 58-61.
- BERGER, Peter L. y LUCKMANN, Thomas (2011). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu [original: 1966].
- BIELEMAN, Bert y DEBIE, Edgar (1992). *In grote lijnen. Een onderzoek naar aard en omvang van cocaïnegebruik in Róterdam*. Groningen-Rotterdam: Intraval.
- BIELEMAN, Bert; Díaz, Aurelio; MERLO, G. y KAPLAN Charles D. (1993). *Lines across Europe. Nature and extent of Cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin*. Amsterdam: Swts & Zeitlinger.
- BIERNACKI, Patrick (1986). *Pathways from heroin addiction: recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
- BORRÀS, Tre; CARBONELL, José; DE ANDRÉS, Miguel; KJAER, Jurgen; KEMPFER, Jimmy; MAGRÍ, Núria y OLIVET, Fabrice (2000). *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: Fundación CREFAT.
- BOURDIEU, Pierre (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BOURDIEU, Pierre (2002). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. México DF: Taurus.
- BOURGOIS, Phillipe (1995). *In search of respect. Selling crack in el Barrio*. Nueva York: Cambridge University Press.
- BOURGOIS, Phillipe (2004). «Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica». *Monografías Humanitas*, 5: 95-103.
- BULLINGTON, Bruce (1977). *Heroin use in the barrio*. Lexington: Lexington Books, D.C. Heath.
- CAMPERO, J. Carlos; VARGAS, Ricardo y VERGARA, Eduardo (2013). «De la represión a la regulación: Una propuesta latinoamericana para la reforma de las políticas de drogas». *Perspectivas*, n.º 2/2013.
- CANALS, Josep (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar*. Tesis doctoral no publicada. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- CANCERINI, Luigi (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Roma: Nuova Italia Scientífica.
- CAREY, James T. y MANDEL, Jerry A. (1968). «A San Francisco Bay area speed scene». *Journal of Health and Social Behavior*, 9: 164-174.
- CASTEL, Robert (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.

- CAVAN, Sherri (1972). *Hippies on the Haight*. St. Louis: New Critics Press.
- CHITWOOD, Dale D. y MORNINGSTAR, Patricia C. (1985). «Factors which differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users». *International Journal of the Addictions* 20(3): 449-459.
- CLECKNER, Patricia J. (1976). «Blowing some lines: Intracultural variation among Miami cocaine users». *Journal of psychedelic drugs*, 8: 37-42.
- CLECKNER, Patricia J. (1977). «Cognitive and rituals aspects of drug use among young black urban males». En: DU TOIT, Brian M. (ed.). *Drugs, Rituals and altered states of consciousness*. Rotterdam: A.A: Balkema, 149-168.
- CLUA, Rafael (2016). *¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Antropologia Social i de Prehistòria. <<http://hdl.handle.net/10803/392671>> [consultado el 15/03/2018].
- COHEN, Peter y SAS, Arjan (1989). *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*. <<http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.cocaine.pdf>> [consultado el 29/9/2016].
- COHEN, Peter y SAS, Arjan (1993). *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- COHEN, Peter y SAS, Arjan (1995). *Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986*. Amsterdam: Instituut voor sociale geografie, Universiteit van Amsterdam.
- COLLINS, Randall (2013). «Drug consumption: a social ritual? The examples of tobacco and cocaine». En: HUNT, Geoffrey; MILHET, Maitena y BERGERON, Henry (eds.). *Drugs and culture. Knowledge, consumption and policy*. Farnham: Ashgate Publishing Ltd, 138-150.
- COMAS, Domingo (1985). *El uso de las drogas en la juventud*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- COMELLES, Josep M. (1992). «El proceso de automedicación y la prevención de las drogodependencias». En: COMAS, Domingo; ESPÍN MARTÍN, Manuel; RAMÍREZ GOICOECHEA, Eugenia (comps.). *Fundamentos teóricos en prevención*. Madrid: GID Fundamentos, 139-178.
- COMELLES, Josep M. y MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.

- CSORDAS, Thomas J. (1990). «Embodiment as a paradigm for anthropology». *Ethos*, vol. 18, 1, 5-47.
- DAI, Bingham (1937). *Opium addiction in Chicago*. Montclair, NJ: Patterson Smith.
- DECORTE, Tom (2000). *The Taming of Cocaine*. Brussels: VUB University Press.
- DECORTE, Tom & MUYS, Marjolein (2010). «Tipping the balance. A longitudinal study of perceived 'pleasures' and 'pains' of cocaine use». En: DECORTE, Tom & FOUNTAIN, Jane, (eds.) *Pleasure, Pain and Profit*. Lengerich: Pabst, Wolfgang Science, 35-54.
- DÍAZ, Aurelio (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la UAB.
- DÍAZ, Aurelio; BARRUTI, MILA Y DONCEL, Concha (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, FAD y Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona.
- DOUGLAS, Mary (1973). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de pureza y contaminación*. Madrid: Siglo XXI.
- DOUGLAS, Mary & WILDAVSKY, Aaron (1982). *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley, CA: University of California Press.
- DUFF, Cameron (2004). «Drug use as a 'Practice of the self': is there any place for an 'ethics of moderation' in contemporary drug policy?» *International Journal of Drug Policy*, 15 (5), 385-393.
- DURKHEIM, Émile (1990). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: Presses Universitaires de France [original, 1912]
- EDLIN, Brian; IRWIN, Kathleen; FARUQUE, Sairus; MCCOY, Clyde; WORD, Carl; SERRANO, Yolanda; INCIARDI, James; BOWSER, Benjamin; SCHILLING, Robert; HOLMBERG, Scott & THE MULTICENTER CRACK COCAINE AND HIV INFECTION STUDY TEAM (1994). «Intersecting Epidemics. Crack Cocaine Use and HIV Infection among Inner-City Young Adults». *New England Journal of Medicine*; 331:122-142.
- EPELE, Maria (2007). «La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras del acceso al sistema de salud». *Cuadernos de Antropología Social*, 25: 151-168.
- EPELE, Maria (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

- ERIKSON, Patricia G.; ADALF, Eduard M.; SMART, Reginal G. & MURRAY, Glen F. (1994). *The Steel Drug. Cocaine and crack in perspective*. New York: Lexington Books.
- ERICKSON, Patricia G.; WATSON, V. & WEBER, Timothy (1995). «Percepciones de los usuarios de cocaína sobre su estado de salud y los riesgos del consumo de drogas». En: O'HARE, Pat, NEWCOMBE, Rusell; MATTHEWS, Allen; BUNING Ernst; Y DRUCKER Ernest, (eds.) *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia, 121-131.
- ESTEBAN, M. Luz (2004). «Antropología encarnada. Antropología desde una misma». *Papeles del CEIC# 12 junio 2004*. <[http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0416/12\\_04.pdf](http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0416/12_04.pdf)> [consultado el 29/9/2016].
- ESTEVE, Jaume (2013). La dependencia del alcohol: una comparación crítica sobre los tratamientos de dicha dependencia desde modelos biomédicos y espiritualistas. Tesis doctoral no publicada. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- ETTORE, Elizabeth (1992). *Women and Substance Use*. London: Macmillan.
- ETORRE, Elizabeth (2004). «Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm». *International Journal of Drug Policy* 15: 327–335.
- FABREGA, Horacio Jr. (1972). «The study of disease in relation to culture» *Behavioral Science*, Volume 17: 183-203.
- FARQUHAR, Judith & LOCK, Margaret (2007). *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life*. London: Duke University Press.
- FATTINGER, Karin; BENOWITZ, Neal L.; JONES, Resse T. & VEROTTA, Davide (2000). «Nasal mucosal versus gastrointestinal absorption of nasally administered cocaine». *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 56 (4): 305–10.
- FELDMAN, Harvey W. (1968). «Ideological supports to becoming and remaining a heroin addict». *Journal of Health and Social Behavior* 9(2):131-139.
- FERNÁNDES, Luis (1990). *Os pós modernos ou cidade, o sector juvenil e as drogas*. Porto: Faculdade Psicologia e Ciências Educação Univ. Porto.
- FERNÁNDES, Luis (1998). *O sítio das drogas. Etnografia das drogas Numa periferia urbana*. Lisboa: Notícias Ed.
- FERNÁNDES, Luis (2000). «Los territorios urbanos de las drogas. Un concepto operativo». En: GRUP IGIA y COLABORADORES, (eds.) *Contexto*

- tos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD, 53-60.
- FINESTONE, Harold (1957). «Cats, kicks and color». *Social Problems* 5 (I): 3-13.
- FORD, Chris (2004). «Guidance for working with cocaine and crack users in primary care. UK: Royal College of General Practitioners». <<http://www.rcgp.org.uk/professional-development/~media/Files/SMAH/RCGP-Guidance-for-working-with%20cocaine-and-crack-users-in-primary-care-2004.ashx>> [consultado el 29/9/2016].
- FOUCAULT, Michel (1981). *La gubernamentalidad en los espacios de poder*. Madrid: La Piqueta.
- FOUCAULT, Michel (1985). *The history of sexuality, volume two: The use of pleasure*. London: Penguin.
- FRIEDMAN, Samuel (2002). «Sociopharmacology of drug use: initial thoughts». *International Journal of Drug Policy*, 13 (2002): 341-347.
- FUNES, Jaume y ROMANÍ, Oriol (1985). *Dejar la heroína*. Madrid: Cruz Roja.
- GAMELLA, Juan (1990). *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Editorial Popular.
- GAMELLA, Juan (1991). «La lógica de lo endovenoso». *Claves para la razón práctica*, n.º 118: 72-78.
- GAMELLA, Juan (1994). «The spread of intravenous Drug Use and AIDS in a neighborhood, Spain». *Medical Anthropology Quarterly*, 8, 2: 131-160.
- GAMELLA, Juan y MENESES, Carmen (1993). «Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: censo intensivo de los heroínomanos de cuatro barrios de Madrid». En: VV. AA. *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, 293-323.
- GARFINKEL, Harold (2006). *Estudios en Etnometodología*. Madrid: Anthropolos.
- GEERTZ, Clifford (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GIDDENS, Anthony (1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- GIDDENS, Anthony (1997). «Vivir en una sociedad postradicional». En: BECK, U., GUIDDENS, Anthony y LASH, Scott (eds.). *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza, 77-136.



- GOFFMAN, Erving (1967). *Interaction rituals*. New York: Doubleday.
- GOFFMAN, Erving (1974). *Frame Analysis. An essay on the organization of experience*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- GONZÁLEZ, Carlos; FUNES, Jaume; GONZÁLEZ, Sergi; MAYOL, Imma y ROMANÍ, Oriol (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Barcelona: Grup Igia. <[http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar\\_las\\_drogas.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar_las_drogas.pdf)> [consultado el 29/9/2016].
- GOOD, Byron J. (1977). «The heart of what's the matter: the semantics of illness in iran». *Culture Medicine and Psychiatry*, 1: 25.
- GOOD, Byron J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- GOULD, Leroy; WALTER, Andrew L.; LANSING, Craine y LIDZ, Charles E. (1974). *Connections: Notes from the heroine world*. New Heaven: Yale University Press.
- GRUND, Jean Paul (1993). *Drug use as a social ritual. Functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- GRUND, Jean Paul (2005). «The eye of the needle: an ethno-epidemiological analysis of injecting drug use». En: PATES, Richard; MCBRIDE, Andrew y ARNOLD, Karin (eds.) *Injecting Illicit Drugs*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 11-32.
- GRUND, Jean Paul; KAPLAN, Charles H. y DEVRIES, Nanne (2004). «Rituales de Regulación: El consumo controlado e incontrolado de las drogas en el marco natural». En: HEATHER, Nick; WODAK, Alex; NADELMAN, Ethan; O'HARE, Pat (eds.). *La cultura de drogas en la sociedad del riesgo*. Barcelona: Publicaciones Grup Igia, 67-77.
- GRUND, Jean Paul; COFFIN, Phillip; JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie; DIJKSTRA, Minke; BRUIN, Dick y BLANDEN, Peter (2010). «The fast and furious — cocaine, amphetamines and harm reduction». En: RHODES, Tim y HEDRICH, Dagmar, (eds.). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburg: EMCDDA. Publications Office of European Union, 101-104.
- GRUND, Jean Paul; RONCONI, Susanna y ZUFFA, Grazia (2013). *Operating Guidelines: Beyond the disease model, new perspectives in HR, towards a self regulation and control model*. EU: NADPI project, New approaches in drug policy & interventions. <[225](http://formazione.fuoriluogo.it/wp-</a></p></div><div data-bbox=)

- content/uploads/2014/01/NADPI-ws1-operational-guidelines-fv.pdf> [consultado el 29/9/2016].
- GRUP IGIA (1996). *Programas de reducción de riesgo: Grupos de usuarios, Tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas*. Barcelona: Publicacions del Grup Igia. <[http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/revival\\_igia95.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/revival_igia95.pdf)> [consultado el 29/9/2016].
- GRUPO DE ESTUDIOS POLÍTICA CRIMINAL (1989). *Una alternativa a la actual política criminal sobre droga*. Málaga: GEPC.
- HALLOWELL, Irving (1955). *The Self in Its Behavioral Environment. Culture and Experience*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- HANSON, Bill; BESCHNER, George; WALTERS, James y BOVELLE, Elliot (1985). *Life with heroin*. Lexington: Lexington Books.
- HARO, Armando (2000). «Cuidados profanos una dimensión ambigua en la atención de la salud». En: PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.). *Medicina y cultura: Estudios entre la Medicina y la antropología*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 101-161.
- HARRIS, Marvin (1982). *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza Editorial.
- HUGHES MCGILL, Helen (1961). *The fantastic lodge. The autobiography of a girl drug addict*. Greenwich: Fawcett Publications.
- HUGHES, Patrick H. (1977). *Behind the Wall of Respect: Community Experiments in Heroin Addiction Control*. Chicago: University of Chicago Press.
- HUGHES, Patrick H. y CRAWFORD, Gail A. (1972). «A contagious Disease Model for researching and intervening in heroin epidemics». *Archives of General Psychiatry*, vol. 27, 1: 66-73.
- HUNT, Neil; STILLWELL, Garry; TAYLOR, Colin y GRIFFITHS, Paul (1998). «Evaluation of a brief intervention to reduce initiation to injecting». *Drugs Education Prevention Policy*, 5: 185-194.
- HUNT, Neil; ALBERT, Elliot y MONTAÑÉS Sánchez, Virginia (2010). «User involvement and user organising in harm reduction». En: RHODES, Tim y HEDRICH, Dagmar (eds.). *EMCDDA Monograph. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*, 333-354.
- HUSSERL, Edmund (1993). Ideas. Madrid: FCE [original: 1913].
- JAMES, Jack (1976). «Prostitution and addiction: An interdisciplinary approach». *Addictive Diseases*, 2: 601-618.

- JAMES, Jack (1977). «Ethnography and social problems». En: WEPPNER, Robert S. (ed.). *Street Ethnography*. Los Angeles: Sage.
- KLEINMAN, Arthur (1978). «Concepts and Model for the comparison of medical systems as a cultural model». *Soc. Sci. and Med.*, vol 12: 85-93.
- KLEINMAN, Arthur (1997). *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- LA BARRE, Weston (1975). *The peyote cult*. Handen, CT: Archon Books [original: 1938]
- LÉVI-STRAUSS, CLAUDE (1995). *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós [original: 1958].
- LINDESMITH, ALFRED R. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- LLORT, Antoniu (2010). *Antropología Médica y Epidemiología: hacia una mayor comprensión y normalización del fenómeno social de consumo de drogas*. Tesina de Máster. Antropología Médica y Salud Internacional. DAFITS URV. <[http://www.encod.org/info/IMG/pdf/ANTROPOLOGIA\\_MEDICA.pdf](http://www.encod.org/info/IMG/pdf/ANTROPOLOGIA_MEDICA.pdf)> [consultado el 29/9/2016].
- LLORT, Antoniu (2013). «La organización de los usuarios» En: MARTÍNEZ-ORÓ, David P. y PALLARÉS, Joan (eds.) *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, 195-207.
- LOWIE, Robert H. (2004). *The Crow Indians*. Lincoln and London: University of Nebraska Press.
- LUHMANN, Niklas (2013). «A combined social prevention». En: DEBAULIEU, Céline; LUHMANN, Niklas y MAGUET, Olivier (eds.). *The history & principles of harm reduction, between public health & social change*. France: Médecins du monde, 91-97.
- LUPTON, Deborah (2013). *Risk*. New Cork: Routledge.
- MARANDAA, Michael H.; CHENGLONG, Han y RAINONE, Gregory (2011). «Crack cocaine and sex». *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 36, 3: 315-322.
- MARLATT, G. Alan (1998). «Basic principles and strategies of harm reduction». En: MARLATT, G. Alan (ed.). *Harm Reduction, pragmatic strategies for managing high-risk behavior*. New York-London: The Guilford Press, 49-68.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MARTÍNEZ-ORÓ, David Pere (2014). *Sense passar-se de la ratlla. La normalització del consums de drogues*. Barcelona: Ed. Bellaterra.

- MARTÍNEZ-ORÓ, David Pere (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona: Ed. Bellaterra.
- MAUSS, Marcel (1925). «Essai sur le don: Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques». *L'année sociologique*, nouvelle série, 1.
- MAUSS, Marcel (1950). *Une Catégorie de L'Esprit Humain: La Notion du Personne, Celle du "Moi"*. *Sociologique et Anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France. [original: 1938].
- MEAD, George H. (1993). *Espíritu, persona y sociedad*. México: Paidós [original: 1934].
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, D.F: Editorial Alianza Mexicana. Consejo nacional para la Cultura y las Artes.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1991). *Antropología el alcoholismo en Méjico. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México: Cuadernos de la Casa Chata, 179.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1998). «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes». *Estudios Sociológicos*, vol. 16, 46: 37-67.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2000). «La dimensión antropológica». En: GRUPIA Y COLABORADORES (eds.). *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD, 79-98.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Revista Salud Colectiva*, 1(1): 9-32.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. y DI PARDO, René B. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- MENESES, Carmen (2001). *Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Granada: Universidad de Granada.
- MENESES, Carmen (2002). «De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres». *Miscelánea Comillas*, 60: 217-43.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (1942). *La Structure du Comportement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (2007). «Phenomenology of perception». En: FARQUHAR, Judith y LOCK, Margaret (eds.). *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life*. London: Duke University Press, 133-149.

- MERLO, Giorgo, BORAZZO, Francesco; MOREGGIA, Uberto y TERZI, M. Grazia (1992). *Network of powder. Research report on the cocaine use in Turin*. Turin: Ufficio Coordinamento degli interventi per le Tossicodipendenze.
- MOORE, Joan; CEREJA, L.; GARCIA, C.; GARCIA, Robert y VALENCIA, F. (1974). *Homeboys*. Philadelphia: Temple University Press.
- MUGFORD, Stephen (1994). «Recreational cocaine use in three Australian cities». *Addiction Research*, 2: 95-108.
- MUGFORD, Stephen K. y COHEN, Peter (1989). *Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sidney, Camberra and Melbourne*. Report to research into Drug Abuse Advisory Committee, National campaign against drug abuse.
- NACIONES UNIDAS (1961). *Convención única sobre estupefacientes. Enmendada por el protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961*. <[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf)> [consultado el 1/3/2018].
- NICHTER, Mark (2006). «Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica». *Desacatos*, n.º 20: 109-132.
- O'HARE, Pat (1995). «Introducción: Apuntes sobre el concierto de reducción de daños». En: O'HARE, Pat, NEWCOMBE, Rusell; MATTHEWS, Allen; BUNING Ernst y DRUCKER, Ernest (eds.). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- O'MALLEY, Pat y VALVERDE, Mariana (2004). «Pleasure, Freedom and Drugs: The uses of "pleasure" in liberal governance of drugs and alcohol consumption». *Sociology*, vol. 38 (1): 25-42.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2015). *Informe 2013*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- ORETTI, Rosana y GREGORY, Pim (2005). «Women and injecting». En: PATES, Richard, MCBRIDE, Andrew y ARNOLD, Karin (eds.). *Injecting Illicit Drugs*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 59-68.
- PAGE, Bryan & SINGER, Merrill (2010). *Comprehending Drug Use. Ethnographic research at the social margins*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press.
- PALLARÉS, JOAN (1995). *La dolça punxada de l'escorpi*. Lleida: Pagès Editors.
- PARÉS, Òscar (2013). «La génesis de la reducción de riesgos». En: MARTÍNEZ-ORÓ, DAVID P. y PALLARÉS, JOAN (eds.). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, 71-88.

- PATES, Richard y WITCHER, Jan (2005). «History of injecting». En: PATES, Richard, MCBRIDE, Andrew y ARNOLD, Karin (eds.). *Injecting Illicit Drugs*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 1-10.
- PEELE, Stanton (1985). *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington: Mass D. C. Heath.
- PEELE, Stanton (2010). «The meaning of addiction: DSM-V. Gives the lie to addiction as a chronic brain disease». *Psychiatric Times*, agosto, 24.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; MARTINEZ-HERNÁEZ, Ángel y COMELLES, Josep M. (2014). «Medical Anthropology in Spain: A historical perspective». *Jahrbuch fur Europäische Ethnologie*, 2014; 216-249.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2012). «National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Spain». *New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. EMCDDA.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2013). «National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Spain». *New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. EMCDDA.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2015). «National report (2014 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Spain». *New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. EMCDDA.
- PLANT, Martin (1974). «Assessing drugtaking as a problem: An English observation study». *British Journal of Addiction*, 71: 155-159.
- PLANT, Martin (1975). *Drugtakers in an English Town*. London: Tavistock Publication.
- PREBLE, Edward y CASEY, John J. (1969). «Taking care of business. The heroin addicts life on the street». *International Journal of the Addictions* 4(1): 1-24.
- PREBLE, Edward & MILLER, Thomas (1977). «Methadone, Wine and Welfare» En: WEPPNER, ROBERT S. (ed.). *Street ethnography: selected studies of crime and drug use in natural settings*. Beverly Hills, California: Sage Publications, 229-248.
- PUERTA, Carmen y PEDRERO, Eduardo (2017). «La falacia de la adicción como enfermedad cerebral». <<http://www.lasdrogas.info/opiniones/452/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>> [consultado el 1/3/2018].

- REINARMAN, Craig (2005). «Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease». *Addiction Research and Theory*, 13, 307-320.
- REINARMAN, Craig y LEVINE, Harry G. (2004). «Crack in the rear-view mirror: Deconstructing drug war Mythology». *Social Justice*, 311(2): 182-199.
- REYNAUD-MAURUPT, Catherine y HOAREAU, Emmanuelle (2010). *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés"*. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (1988). *La integración social de los drogo-dependientes*. Madrid: PNSD.
- ROLLES, Steve (2009). *After the war on drugs: Blueprint for regulation*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation.
- ROLLES, Steve; MURKIN, George; POWELL, Martin; KUSHLICK, Dani y SLATER, Jane (2012). *The alternative world drug report. Counting the costs of the war on drugs*. Executive summary. Bristol: Transform Drug Policy Foundation.
- ROMANÍ, Oriol (1978). *Droga y consensus social. Tesina de licenciatura no publicada*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- ROMANÍ, Oriol (1983). *Droga y subcultura: una historia cultural del «haix» a Barcelona, 1960-1980*. Tesis doctoral, resumen publicado por Edicions Universitat de Barcelona.
- ROMANÍ, Oriol (1983). *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. Barcelona: Anagrama.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- ROMANÍ, Oriol (2010). «De jóvenes y riesgos, algunas propuestas teóricas». En: Romaní, Oriol (coord.). *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones incluídibles?* Barcelona: Bellaterra, 15-32.
- ROMANÍ, Oriol (2013). «Reducción de daños y control social. ¿De qué estamos hablando?». En: MARTÍNEZ-ORÓ, David Pere y PALLARÉS, Joan (eds.). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, 103-116.
- ROMANÍ, Oriol (2017). «La experiencia de Grup Igja: Etnografía, educación para la Salud, Comunicación (1984-2014)». En: COMELLES, Josep M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (coord.). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV, 139-160.

- ROMANÍ, Oriol; ESPINAL, Núria y ROVIRA, Josep M. (1989). *Presa de contacte amb els drogodepenents d'alt risc. (PCDAR)*. Barcelona: Institut Municipal de Salut.
- ROMANÍ, Oriol y RIMBAU, Cristina (1992). *Drogodependientes: circuitos informales y procesos de integración social*. Barcelona: IRES.
- ROMANÍ, Oriol; BAULENAS, Gemma; BORRÀS, Tre; FERNÁNDEZ, Laura y SÁNCHEZ, Ernesta (1995). *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup Igia. <[http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/revival\\_igia95.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/revival_igia95.pdf)> [consultado el 29/9/2016].
- ROMANÍ, Oriol y COMELLES, Josep M. (1999). «Automedicación y dependencia. Las contradicciones ligadas al uso de psicotrópicos en las sociedades contemporáneas». *LiberAddictus*, núm. 33. <[https://www.researchgate.net/publication/269409529\\_Automedicacion\\_y\\_dependencia\\_Las\\_contradicciones\\_ligadas\\_al\\_uso\\_de\\_psicotropicos\\_en\\_las\\_sociedades\\_contemporaneas\\_primera\\_parte](https://www.researchgate.net/publication/269409529_Automedicacion_y_dependencia_Las_contradicciones_ligadas_al_uso_de_psicotropicos_en_las_sociedades_contemporaneas_primera_parte)> [consultado el 29/9/2016].
- ROMO, Nuria (2001). *Mujeres y drogas de síntesi. Género, riesgo en la cultura del baile*. Donostia: Gakoa.
- ROMO, Nuria (2010). «La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas». *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3): 269-272.
- ROMO, Nuria y PÉREZ, Natalia (2013). «Las chicas también se arriesgan». En: MARTÍNEZ-ORÓ, David Pere y PALLARÉS, Joan (eds.). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, 239-250.
- ROSENBAUM, Marsha (1973). *The World and career of the woman heroin addict*. San Francisco: Institute for scientific analysis.
- ROSENBAUM, Marsha (1981). *Women on heroine*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- ROSO, Adriane; ROMANINI, Moises; MACEDO, Fernanda; ANGONESE, Monica; MONAIAR, Alex y BIANCHI, Marilia (2013). «Discourses about crack in the printed mass media». *Estudios de Psicología*. Campinas. 30(3): 455-465.
- RUBIN, Vera y COMITAS, Lambros (1975). *Ganja in Jamaica: A Medical Anthropology study of chronic Marijuana use*. Scotch Plains: Mounton/MacFarland.
- SABBAG, Robert (2002). *Snow Blind. A brief career in cocaine trade*. Edinburgh: Canongate.



- SACKMAN, Bertram S. (1976). *Angela's Band: An ethnography of disciplined heroin users. Unpublished*. Los Angeles: Bertram, S., Sackman Associates.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret (1987). «The Mindful Body: A Prolegomenon to future work in Medical Anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 6-41.
- SCHULTES, Richard E. (1941). *Economic aspects of the flora of northeastern Oaxaca*. Cambridge, Mass.: Laboratories of Economic Botany, Botanical Museum of Harvard University.
- SCHULTES, Richard E. y VON REIS, Siri (1995). *Ethnobotany: Evolution of a Discipline*. Portland, Or.: Dioscorides Press.
- SCHUTZ, Alfred (2008). *El problema de la realidad social*. Escritos I. Buenos Aires: Amorrortu [original: 1962].
- SCOTTISH COCAINE RESEARCH GROUP (1993). «A Very Greedy Sort of Drug: Portraits of Scottish Cocaine Users». En: BEAN, Philip (ed.). *Cocaine and Crack: Supply and use*. UK: Palgrave Macmillan, 76-98.
- SEPÚLVEDA, Mauricio (1997). «El silencio de los angustiados: contextos discursivos en el consumo de Pasta Base de Cocaína». En: HOPENHAYN, Martin (comp.). *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 103-112.
- SEPÚLVEDA, Mauricio (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad*. Tesis doctoral no publicada. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- SHARPE, Tanya T. (2001). «Sex-for-Crack-Cocaine Exchange, Poor Black Women, and Pregnancy». *Qualitative Health Research*, vol. 11, n.º 5, septiembre 2001: 612-630
- SINGER, Merrill y BAER, Hans (1995). *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood.
- SINGER, Merrill y BAER, Hans (2011). *Introducing Medical Anthropology. A discipline in action*. Maryland: Altamira Press.
- SOUTHWELL, Mat (2005). «Transition to and from injecting». En: PATES, Richard, MCBRIDE, Andrew y ARNOLD, Karin (eds.). *Injecting Illicit Drugs*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 118-134.
- SOUTHWELL, Mat (2008). *Consumer action and drug supply networks, unpublished report*. <<http://tinyurl.com/consumeractiondealers>> [consultado el 29/9/2016].

- SOUTHWELL, Mat (2010). «People who use drugs and their role in harm reduction». En: RHODES, Tim y HEDRICH, Dagmar (eds.). *EMCDDA Monograph. Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburg: EMCDDA. Publications Office of European Union, 101-103.
- SOUTHWELL, Mat y DURJAVA, Lana (2013). «Viviendo en sueños, gestionando las realidades. Ketamina». En: LLORT, Antoni y BORRÀS, Tre (eds.). *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*. Reus: Grup Igia, 295-318.
- SOUTHWELL, Mat y DURJAVA, Lana (2016). *A Brief History of Drug User Self-Organisations*. Bath: COACT. En prensa.
- STRANG, John; GRIFFITHS, Paul y GOSSOP, Michael (1997). «Heroin smoking by ‘chasing the dragon’: origins and history». *Addiction*, 92(6), 673-683.
- SUTHERLAND, Edwin H. (1937). *The professional thief*. Chicago: University of Chicago Press.
- TAYLOR, Avril (1993). *Woman Drug Users. An ethnography of a female injecting community*. New York: Oxford.
- TERRY, Jacqueline y URLA, Jennifer (1995). *Deviant bodies: Critical perspectives on difference in science and popular culture*. Indiana: Indiana University Press.
- TORONTO HARM REDUCTION TASK FORCE (2003). *Peer Manual, A guide for peer workers and agencies*. <<http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/2013/03/PeerManual2003.pdf>> [consultado el 29/9/2016].
- TRAUTMANN, Franz y BARENDREGT, Cas (1994). *The European Peer Support Manual*. Amsterdam: Trimbos Institute.
- TRELOAR, Carla y HOLT, Martin (2006). «Deficit models and divergent philosophies: Service providers perspectives on barriers and incentives to drug treatment». *Drugs: education, prevention and policy*, agosto 2006, 13(4): 367-382.
- TURNER, Victor (1980). *La selva de los symbols*. México: Siglo XXI.
- UNODC (2014). *Informe Mundial sobre las drogas 2014. Resumen Ejecutivo*. Ginebra: UNODC.
- UNODC (2015). *Informe Mundial sobre las drogas 2015. Resumen Ejecutivo*. Ginebra: UNODC.

- VALVERDE, Clara (2015). *De la necropolítica neoliberal a la empatía radical. Violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización*. Barcelona: Icaria, Más madera.
- VAN DAM, Theo (2008). «A brief overview about the drug user movement». En: BRÖRING, George y SCHATZ, Eberhart (eds.). *Empowerment and Self-Organisations of Drug Users*. Amsterdam: Correlation Network, 57-61. <<http://www.correlation-net.org/images/stories/pdfs/products/empowerment.pdf>> [consultado el 29/9/2016].
- VANCOUVER DECLARATION (2006). *Why the world needs an international network of activists who use drugs*. <<http://www.inpud.net/en/vancouver-declaration>> [consultado el 29/9/2016].
- WALDORF, Dan; MURPHY, Sheigla; REINARMAN, Craig y JOYCE, Bridget (1977). *Doing Coke: An ethnography of cocaine users and sellers*. Monograph. Washington, D.C.: Drug Abuse Council.
- WALDORF, Dan (1980). *A brief History of illicit-drug ethnographies. Ethnography: A research tool for policymakers in the drug and alcohol fields*. Rockville Maryland: NIDA.
- WALDORF, Dan; REINARMAN, Craig y MURPHY, Sheigla (1991). *Cocaine Changes*. Philadelphia: Temple University Press.
- YOUNG, Allan (1982). «The anthropologies of illness and sickness». *Ann. Rev. Anthropol*, 1982, 11: 257-285.
- ZINBERG, Norman (1984). *Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University.
- ZUFFA, Grazia (2014). *Cocaína. Hacia un modelo basado en la autorregulación. Nuevas tendencias en la reducción de daños*. Serie reforma legislativa en materia de drogas. Amsterdam: Transnacional Institute.





Este libro presenta un modelo de análisis sociocultural sobre el uso de cocaína a partir de la identificación de distintos espacios y formas de consumo desde la perspectiva de la Antropología Médica Crítica y la filosofía de Reducción de Daños y Riesgos. Se deconstruyen diferentes variables culturales y estructurales que influyen en la salud de las personas consumidoras, así como en el mantenimiento de sus funciones y relaciones sociales. El texto está basado en un trabajo de campo etnográfico, guiado por las teorías fenomenológicas y del interaccionismo simbólico, llevado a cabo durante año y medio y complementado con 36 entrevistas en profundidad a consumidores. Los principales resultados han sido comprender cómo los espacios de consumo moldean la experiencia y las condiciones de riesgo donde estas prácticas se llevan a cabo y visibilizan al mismo tiempo cómo los factores socio-estructurales impactan sobre la salud y el posicionamiento social de los consumidores. Para finalizar, se presentan cinco propuestas concretas de medidas de salud colectiva, basadas en la formación en materia de sustancias psicoactivas, la creación de espacios de autoorganización y la implementación de servicios para disminuir riesgos y daños.

