

Acompañar a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios*

Ana Laura Candil**

Universidad de Buenos Aires, Argentina

DOI: <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda26.2016.08>

Artículo recibido: 26 de noviembre de 2015; aceptado: 17 de marzo de 2016; modificado: 10 de mayo de 2016

Resumen: A partir de los resultados de una investigación guiada por el enfoque etnográfico sobre los tratamientos ambulatorios públicos ofrecidos a los/as usuarios/as intensivos/as de drogas (principalmente de cocaínas) en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina), este artículo se centra en el papel de las redes de proximidad en la tarea de *acompañar* a los usuarios en su cotidianidad en contextos de escasez. En tal sentido, se delimita la noción de *acompañamiento*, se le diferencia de la categoría analítica de *cuidado*, se documentan las prácticas que convergen en dicha noción y que son efectuadas por las redes de proximidad en la cotidianidad y se exponen algunas de las revisiones terapéuticas a las que son sometidas tales prácticas.

El trabajo de campo que sustenta este artículo fue desarrollado durante 2012-2013 en una institución especializada, interdisciplinaria, pública, ambulatoria y basada en psicoterapias; localizada en un barrio marginal del Área Metropolitana de Buenos Aires. Las técnicas de producción de datos fueron la observación participante y las entrevistas semiestructuradas.

Palabras clave: Cuidado (Thesaurus); redes de proximidad, usos intensivos de drogas, tratamientos ambulatorios, acompañamiento (palabras clave del autor).

* Este artículo se circunscribe a la investigación doctoral titulada "Inter-versiones. Un estudio sobre los tratamientos ambulatorios orientados a los consumos problemáticos de drogas en el sistema público de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires", asentada en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires y financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas entre el 2010 y 2015.

** Doctora en Ciencias Sociales. Licenciada en Trabajo Social. Docente de la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Entre sus últimas publicaciones está: "La delgadez de los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas". *RELACES-Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 19: 58-69. ✉ anacandil@yahoo.com.ar

Support intensive drug users: the role of local family networks in outpatient treatments

Abstract: From the results of an investigation led by the ethnographic approach on public outpatient treatments that address intensive drugs users (mainly cocaine's) in the Metropolitan Area of Buenos Aires (Argentina), this article focuses on the role of local networks in the task of *support* the users in everyday life in contexts of scarcity. Specifically, the notion of *supporting* is define –the difference in the analytical category care–, practices converging on this notion are documented –made by proximity networks in everyday life–, and are exposed some of the therapeutic revisions of that practices. The field work underpinning this article was conducted for two years (2012-2013) in a specialized, interdisciplinary, public, outpatient-based psychotherapies institution, located in a segregated neighborhood of the Metropolitan Area of Buenos Aires. Production techniques data were participant observations and semi-structured interviews.

Keywords: Care (Thesaurus); local family networks, intensive drug use, outpatient treatments, support (author's keywords).

Acompanhar usuários intensivos de drogas: o papel das redes de proximidade nos tratamentos ambulatoriais

180

■ **Resumo:** a partir dos resultados de uma pesquisa orientada pela abordagem etnográfica sobre os tratamentos ambulatoriais públicos oferecidos aos usuários intensivos de drogas (principalmente de cocaína) na região metropolitana de Buenos Aires (Argentina), este artigo se centraliza no papel das redes de proximidade na tarefa de acompanhar os usuários em sua continuidade em contextos de escassez. Nesse sentido, delimita-se a noção de acompanhamento e faz-se a diferença desta com a categoria analítica de cuidado, documentam-se as práticas que convergem nessa noção e que são efetuadas pelas redes de proximidade na cotidianidade, além de se exporem algumas das revisões terapêuticas às quais essas práticas são submetidas.

O trabalho de campo que sustenta este artigo foi desenvolvido durante 2012 e 2013, numa instituição especializada, interdisciplinar, pública, ambulatória e baseada em psicoterapias; ela está localizada num bairro marginal da região metropolitana de Buenos Aires. As técnicas de produção de dados foram a observação participante e as entrevistas semiestruturadas.

Palavras-chave: Cuidado (Thesaurus); redes de proximidade, uso frequente de drogas, tratamentos ambulatoriais, acompanhamento (palavras-chave do autor).

Poco o mucho, con apoyo total o a medio conflicto, solo se deja el caballo ante alguien y con alguien. Hay personas que empujan, personas que ayudan, personas que recogen del total desamparo, personas...

Funes Artiaga y Romaní (1985, 125)

En las últimas décadas, tanto en las Américas como en Europa, ha proliferado la producción analítica en torno a los tratamientos de salud sobre los usos de diversas sustancias psicoactivas (Menéndez 1983; Funes Artiaga y Romaní 1985; Bejarano y Obando 2002; Ning 2005; García 2010; Goltzman y Amorín 2013; Colectivo de Estudios Drogas y Derecho 2014). En Argentina la heterogénea oferta disponible de tratamientos de salud sobre los usos intensivos de drogas (Touzé 2006) ha sido estipulada como parte del dispositivo policial-judicial-sanitario que une los procesos de criminalización y psicomedicalización (Epele 2010). La producción socioantropológica argentina ha abordado prioritariamente los procesos terapéuticos que implican aislamiento —comunidades terapéuticas e internaciones en nosocomios— o que son semiresidenciales —hospitales de día— (Renoldi 1998; Kornblit 2004; Garbi, Touris y Epele 2012; Lorenzo 2012; Bianchi y Lorenzo 2013; Garbi 2013).

Por el contrario, los tratamientos ambulatorios que incluyen psicoterapias en su desarrollo han sido escasamente problematizados. Estos tratamientos llevan décadas en el país, son ponderados por las recientes normativas jurídicas en la materia (Congreso de la República Argentina 2010)¹ y son, además, los más expandidos (Sedronar 2009). Al no implicar residencia o permanencia institucional prolongada, los tratamientos ambulatorios promueven la continuidad de la vida en el espacio habitado y el sostenimiento de los vínculos próximos. Con el propósito de aportar a su problematización, este artículo ronda sobre los dominios en los que despliega la tarea de *acompañar*² a usuarios intensivos de drogas —en específico de cocaínas de baja calidad— que se encuentran realizando tratamientos ambulatorios.

En las poblaciones desfavorecidas del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), las redes de proximidad de los usuarios son quienes principalmente los *acompañan* en la cotidianidad. El rol que estas redes desempeñan en las terapéuticas que intentan disminuir, suspender o descartar el consumo ha sido poco atendido analíticamente (Castilla, Olsen y Epele 2012). Al reparar en este vacío, las páginas que siguen apuestan a ampliar la lente hacia otros sujetos afectados directa o indirectamente por los usos de drogas (en especial de cocaínas), cuando estas problematizan y organizan la cotidianidad.

1 La Ley 26 657, llamada *Nueva Ley de Salud Mental*, se sanciona en el 2010 y se reglamenta en el 2013. La misma ha sido celebrada como un hito significativo en lo que respecta a los derechos de los *pacientes* en salud mental en general. Esta ley prohíbe la creación de nuevas instituciones manicomiales, incluye a las *adiciones* como parte de la esfera de salud mental, postula a los usuarios/as de drogas como *pacientes*, promueve las intervenciones ambulatorias y estipula que las internaciones de usuarios/as sean de seis meses de duración como máximo —consideradas el último recurso terapéutico— y con posterioridad a la evaluación de un equipo interdisciplinario.

2 A lo largo del texto utilizaré *itálicas* para referir a nociones locales e “*itálicas y comillas*” para referir a frases textuales documentadas en espacios en los que desarrollé observación participante.

Perspectiva metodológica

La investigación en la que se circunscribe este artículo fue guiada por el enfoque etnográfico (Achilli 2005; Guber 2012) y tuvo el objetivo general de analizar los tratamientos públicos ambulatorios de salud sobre los/as usuarios/as intensivos/as de drogas en el AMBA, contemplando tanto la dinámica terapéutica como la cotidianidad de la vida en la que la se despliega. Desarrollé el trabajo de campo durante dos años (2012-2013), principalmente en una institución pública de salud, ambulatoria, profesionalizada, interdisciplinaria y especializada en consumos problemáticos; localizada en un barrio empobrecido del AMBA y con casi dos décadas de trayectoria de intervención, a la que llamaré El Punto³.

Las técnicas de producción de datos fueron en mayor medida las observaciones participantes, en El Punto, de: grupos terapéuticos, grupos de *familiares*, sala de espera, entrevistas institucionales, vereda de la institución, reuniones de equipo, jornadas de capacitación, jornadas hospitalarias y mesas de gestión barrial; además, visité tres barrios en los que habitan parte de los/as jóvenes y adultos/as que recurren a tratamientos en El Punto —en algunos casos, cuando fui invitada, estuve en sus viviendas—.

Así mismo, llevé a cabo casi una treintena de entrevistas semiestructuradas y en profundidad a sujetos mayores de 18 años: once a profesionales de la salud —psicólogos/as, trabajadoras sociales y operadores/as socioterapéuticos/as—; trece a jóvenes y adultos/as, con una media de edad de 30 años, que usan intensivamente drogas de mala calidad y que reciben tratamientos ambulatorios; cuatro a sus redes de proximidad —madres y parejas—; y una a un referente social. Los contextos de las entrevistas variaron según los entrevistados, la amplia mayoría prefirió efectuarlas en El Punto o en bares y veredas cercanas y una minoría en sus viviendas⁴.

Las entrevistas fueron grabadas por medios magnetofónicos, transcritas y analizadas sin la utilización de software. Las observaciones participantes y las entrevistas fueron a su vez registradas en notas de campo. Por medio de ambas técnicas analicé cuarenta y tres casos. Resulta importante señalar que solo dos de los/as usuarios/as contactados/as fueron mujeres y que cuarenta y uno fueron hombres⁵.

3 La selección de El Punto como espacio para desarrollar el trabajo de campo se debió a mi conocimiento previo de la red de instituciones orientadas a tratar a usuarios de drogas en el AMBA. Con anterioridad al inicio de la investigación, me desempeñé como trabajadora social durante tres años en otro centro de tratamiento y durante este tiempo establecí vínculos con profesionales que facilitaron la inserción.

4 En el primer momento del trabajo de campo, de aproximadamente cuatro meses, la técnica preeminente de producción de datos fue la observación participante en El Punto. El acceso a los diversos espacios de observación estuvo posibilitado por las relaciones establecidas, prioritariamente, con los profesionales de la salud. Luego de este tiempo comencé a pautar las entrevistas, que constaron por lo general de dos encuentros: uno para la presentación del consentimiento informado y otro para el diálogo. También mantuve un sinnúmero de conversaciones informales. El período intensivo de trabajo de campo duró un año, en el que asistí entre dos y cuatro veces por semana varias horas a El Punto; también, durante algunos pocos meses, visité quincenalmente tres barrios donde se localizan instituciones sanitarias y asistenciales de abordaje territorial y donde habitan parte de los usuarios que recurren a El Punto.

5 Según las investigaciones que estudian las relaciones de género y el sistema de salud, esto podría vincularse a que las mujeres cuentan (contamos) con mayores barreras de acceso en cuanto a la atención en general

La investigación fue evaluada y avalada por un Comité de Ética que se adecuó a las normas que regulan las investigaciones en salud tanto para la apertura del trabajo de campo como para el despliegue de las técnicas de producción de datos. A fin de resguardar la identidad de los participantes modifiqué sus nombres.

La mayoría de los/as jóvenes y adultos/as que usan sustancias y con quienes me vinculé en El Punto, según han manifestado, consumen intensivamente cocaínas fumables, inhalables e inyectables (solo uno) de mala calidad. Casi en su totalidad habitan en sectores empobrecidos de la ciudad (barrios precarios, villas y/o asentamientos), no han terminado la escolaridad media, se sustentan mediante empleos informales (que van desde pintura y albañilería hasta limpieza de vidrios de autos y la mendicidad) y han habitado espacios de encierro (cárceles, comisarías, institutos de menores, hogares de niños, etcétera). No obstante, cuentan con recursos para acceder a las terapéuticas: saben que existen y que son gratuitas, están situados en tiempo y espacio (es decir, saben dónde están, qué día es y cómo trasladarse de donde están hasta el centro de tratamiento), recuerdan que deben ir o tienen alguien que se los recuerde, poseen dinero para trasladarse, entre otros. Las redes de proximidad que *acompañan* el tratamiento ambulatorio de los/as usuarios/as comparten las precarias condiciones de vida y son en muchas ocasiones sus redes de sostén.

El papel de los familiares en los tratamientos ambulatorios

Los tratamientos ambulatorios de salud sobre los usos de drogas se sustentan en la permanencia en el espacio habitado y la continuidad de los vínculos próximos (de parentesco, amistad y enemistad). En El Punto la dinámica terapéutica se despliega a partir del acercamiento de los sujetos, usuarios/as o *familiares*, a la institución y prosigue —en caso de que continúen yendo— en diversas entrevistas con profesionales de la salud. En su dimensión material y a grandes rasgos el proceso terapéutico consta de entrevistas semanales individuales o grupales de los/as *pacientes* con psicólogos/as (las individuales duran entre media y una hora y las grupales entre dos horas) y en menor medida talleres, orientaciones sociales e interconsultas psiquiátricas. Además de estas entrevistas se desarrolla un *grupo de familiares* en el que, durante dos horas semanales los miércoles por la tarde, se encuentran una psicóloga y una operadora socioterapéutica con *los familiares* para hablar sobre lo que a estos les sucede (sienten, hacen, dejan de hacer) con *los pacientes*.

La importancia de la participación de *la familia* en el tratamiento, desde las perspectivas de la mayoría de los/as profesionales de la salud, es sumamente relevante. Sin embargo, una minoría considera que trabajar con *lo familiar*, esto es, lo que los pacientes dicen de sus parientes, ya implica un trabajo con *la familia*. Desde las perspectivas locales profesionales todo el tiempo se encuentran trabajando con lo familiar y en algunos casos con *la familia* —cuando las redes de proximidad asisten a El Punto.

A partir de la observación participante en el *grupo de familiares* se ha documentado que, en su amplia mayoría, *los familiares* son mujeres vinculadas a los/as

y a los servicios que abordan los usos de drogas en particular. En las documentaciones que sustentan este artículo no se han registrado diferenciaciones en las modalidades de *acompañar* dependiendo de si se trataba de hombres o mujeres.

usuarios/as por relaciones de parentesco: mujeres-madres y mujeres-parejas heterosexuales no usuarias de drogas. Por ello, es posible afirmar que las nominaciones de *familia* o *familiares* funcionan como sinécdoque dado que son mayoritariamente las mujeres quienes *acompañan* a los/as usuarios/as y asisten a El Punto para revisar ese acompañamiento.

Si bien la noción local de *acompañamiento* no es plenamente homologable a la categoría analítica del cuidado, resulta relevante señalar las producciones que han analizado los procesos de cuidado a otros cuando la cotidianidad se ve problematizada y organizada en torno a las drogas en el AMBA, esté o no atravesada por tratamientos ambulatorios.

Pobreza, cuidados y pasta base/paco

Las producciones analíticas acerca del cuidado enfatizan que sus modalidades son social, política y económicamente producidas, no pudiéndose reducirlas a relaciones diádicas ni personalistas ya que el proceso de cuidar excede estas relaciones a la vez que en ellas se concretiza (Tronto 1993; Ayres 2004; Pinheiro 2007; Mol 2008; Pautassi y Zibecchi 2013). Distintas perspectivas han señalado que las tareas vinculadas al cuidado son desvalorizadas porque son ligadas al mundo de las necesidades, lo afectivo, lo privado y que prioritariamente quienes cuidan —en Occidente— son mujeres, migrantes o pobres (Tronto 1993; Mol 2008; Jelín 2010). También han señalado que los procesos de cuidado requieren de recursos (materiales, temporales, vinculares, afectivos), disposición, práctica, cuerpos y emociones para su desarrollo situado (Tronto 1993; Mol 2008; Epele 2013). A partir de estas coordenadas, tanto los procesos del cuidar como las personas que cuidan y que son cuidadas son modelados por la contextualidad que los y las constituyen (Grimberg 2009).

Diversos estudios han mostrado que las políticas económicas de las últimas décadas han calado las dinámicas locales, vinculares, corporales y emocionales que adquieren particularidades cuando las drogas median la cotidianidad (Connors 1994; Romero-Daza, Weeks y Singer 2003; Bourgois 2010). En los sectores desfavorecidos del AMBA se ha registrado: un progresivo encierro barrial; la modificación de los códigos que antaño tenían carácter regulador; la precarización laboral; la perpetración policial en los barrios; el deterioro del sistema de salud y educación; y la patologización de la pobreza, entre otras dimensiones (Epele 2010; Kessler 2010; Murillo 2013). En paralelo a estas transformaciones, se han expandido cocaínas de baja calidad (específicamente pasta base/paco) desde finales de la década del noventa (Touzé 2006).

Además de los rápidos efectos y del pronunciado deterioro corporal, la pasta base/paco modificó ciertas modalidades de vinculación. Epele (2008 y 2010) ha sostenido que las políticas económicas neoliberales tuvieron como uno de sus efectos la privatización del cuidado: el desplazamiento hacia la intimidad —que afecta incluso los patrones de conformación de parejas— de una amplia variedad de tensiones, conflictos, anhelos de reparación y alivio que antes se encontraban diseminados en otras áreas (políticas asistenciales, servicios de salud, empleo, movilidad social y territorial, etcétera). También ha señalado que la expansión de este tipo de cocaína en la poscrisis del 2001 modificó las prácticas de cuidado a otros, específicamente, las

mujeres-madres compraban y elaboraban alimentos para acercárselos a los jóvenes mientras estos consumían a fin de que pudieran alimentarse (Epele 2012).

Por su parte, Castilla, Olsen y Epele (2012) han reparado en las transformaciones de las dinámicas familiares cuando se ven afectadas por este tipo de cocaína. Las autoras han identificado como prácticas locales orientadas hacia el cuidado de los usuarios a: los retos, las prohibiciones de salir de las viviendas habitadas, la búsqueda de instituciones de aislamiento, las solicitudes de ayuda a referentes comunitarios y a instituciones de salud y la expulsión —transitoria— de los usuarios de los grupos domésticos.

Estas documentaciones han emergido a partir de etnografías barriales con poblaciones usuarias de pasta base/paco que no se encontraban realizando tratamientos. Sin embargo, guardan correspondencia con lo referido a las prácticas de las mujeres-madres y parejas de los/as jóvenes que sí se encuentran realizando tratamientos y que consumen diversas cocaínas de mala calidad (no solo pasta base/paco sino también clorohidratos inhalables e inyectables). En el trabajo de campo he registrado dichas prácticas con la única excepción de llevar alimentos a los espacios en los que los/as jóvenes se juntan, es decir, el tratamiento ambulatorio institucional no excluye al cuidado, pero no todo lo que hacen y dejan de hacer quienes *acompañan* se puede encuadrar en la categoría del cuidado.

Un acercamiento a la noción de *acompañamiento*

La noción de *acompañar*, por lo que se ha podido delimitar, refiere al proceso mediante el cual se hace *algo* —por lo general valorado positivamente— por otra persona que se encuentra en una condición de necesidad/padecimiento, en este caso, los/as usuarios/as de drogas. *Acompañar* implica cuerpos/emociones, la contemplación de tiempos disímiles y la realización de tareas donde el otro es quien marca el ritmo: en este estricto sentido se puede establecer un puente entre *acompañar* y cuidar a otros (Tronto 1993; Epele 2012).

Pero *acompañar* no es plenamente equiparable al cuidar ya que no siempre rigen las necesidades de quienes son destinatarios de las acciones —que es una de las piedras de toque de la categoría de cuidado (Tronto 1993)— y *acompañar* combina el cuidado con prácticas y disposiciones de la protección y del control, en la mayoría de los casos registrados. La protección puede solaparse con el cuidado pero no con frecuencia este anudamiento es pertinente dado que, siguiendo a Tronto (1993, 105), la protección presupone “la mala intención de un daño que el otro es posible de ejercer contra sí mismo o contra un grupo e implica una respuesta a un daño potencial”. Además, la protección refiere “al amparo en situaciones extraordinarias de violencia u otras formas de disrupción [en la vida cotidiana]” (Tronto 1993, 104). Lejos de ser una excepcionalidad en contextos de escasez y violencia, las situaciones extraordinarias se rutinizan y los sufrimientos tienden a perpetuarse (Farmer 2003): los usos de drogas constituyen un tópico que profundiza estas situaciones y malestares (Connors 1994; Epele 2010; Bourgois 2010).

Las versiones de los/as profesionales psi consideran que el *acompañamiento* se delinea como una relación que se establece entre *los familiares* y *los pacientes*. Si bien se trata de una relación entre personas de carne y hueso, esta se desenvuelve en los procesos sociales, culturales, económicos y políticos en los que el *acompañamiento*

se despliega en las poblaciones desfavorecidas: precariedad laboral, malas condiciones habitacionales, escasez de recursos, malos tratos institucionales, distancias geográficas y culturales con las instituciones a las que acceden, desconfianza y lógica de la sospecha que atraviesa el sistema de salud, escasez de otros con quienes contar, etc. Es decir, el *acompañamiento* está situado espaciotemporalmente y excede a lo que desde las versiones y registros de los/as profesionales debiera ser un *buen acompañamiento* (que se asemejaría al cuidado).

El *acompañamiento* no es monolítico. Por el contrario, las prácticas de *acompañamiento* son polisémicas, ambivalentes y condensan caleidoscópicamente distintos sentidos: una persona puede estar desarrollando una acción orientada al cuidado, pero la destinataria puede percibirlo como persecución y quién escucha acerca del desarrollo de esa acción puede decodificarla como control. Es decir, *acompañar* es un complejo en el que convergen múltiples sentidos, significaciones y técnicas de registro. Además, según lo que se ha podido establecer, el *acompañamiento* es abrasivo ya que la cotidianidad de la vida mediada, organizada y problematizada por las drogas —sea por su consumo o porque alguien querido las consuma— adquiere una textura ríspida, densa. En otras palabras, *acompañar* a quienes usan drogas de manera intensiva implica desgaste, corrosión y, en ocasiones, malestar para quienes despliegan este papel.

186

■ **La abrasiva densidad del acompañamiento**

Acompañar a usuarios/as intensivos/as de drogas presenta particularidades que exceden a las tareas desplazadas hacia las mujeres en el orden patriarcal: los dominios de anclaje son aún más amplios que los delimitados en las intersecciones entre cuidado y mujer/maternidad. Preparar la comida, cuidar a los hijos y “*hacerse cargo de la casa*” se da por sentado: es la base normalizada y oculta de la cual se parte. Dentro de “*esas cosas que se hacen*”, pueden distinguirse fracciones diferenciables enlazadas en un mismo proceso y en las mismas personas.

Conocí a Estela en el *grupo de familiares* y luego de varias semanas nos encontramos a conversar. Al poco tiempo de iniciar la entrevista y refiriéndose a cómo había estado últimamente, dijo:

— Estos días estábamos medio enojados con Jaime porque... tengo deudas... y yo le había dicho a él el mes pasado, somos dos adultos viviendo en la casa, vos tenés que colaborar. Él tiene un subsidio de 1500 pesos⁶... Y se hace el boludo... y va... busca y saca la plata por adelantado... entonces el día de cobrar no tiene un mango⁷. Entonces le dije: “Bueno... acá somos dos, yo cigarrillos y Coca-cola no te compro. Comida no te va faltar... pero vicios no. Si tenés para tu otro vicio tenés para... este vicio que también que es el cigarrillo y la Coca-cola”. “Sí, bueno, no te hagas problema...” Machito... Y bueno, ayer y antes de ayer comió con jugo... este... y bueno que se la banque⁸. Que se la banque porque si no me pongo firme...

6 Aproximadamente USD 150.

7 Tanto “*plata*” como “*mango*” refieren al dinero.

8 “*Que se la banque*” refiere a que lo soporte, que lo aguante.

es el cuento de nunca acabar. Entonces mamá me da, mamá se enoja... mamá putea⁹, pero... siempre termina aflojando¹⁰... y no es así, no se puede vivir así. Es un hombre... tiene que tomar responsabilidades, ¡tiene casi 40 años! ¿Viste? Y eso es lo que me da bronca... porque después... con todo lo de los hospitales, viste cómo es. Tenés que ir a todos lados, esperar, buscar lugares... yo vengo con esto desde hace un montón, imaginate que me los conozco todos...

— ¿Cómo es lo de los hospitales?

— Así es. Siempre buscándole lo mejor para su bienestar... Eh, qué sé yo, cuando le hicieron la punción de hígado... lo insuflaron, le dieron tanto aire que estuvo insuflado todo el cuerpo... durmiendo con él cinco días en el hospital... en el suelo. Yo terminé con un estrés, con taquicardia, casi me internan... ¿Viste? Decís... la puta madre, ¿qué más?, ¿qué más? (Estela, madre de Jaime).

En el relato de Estela el padecimiento provocado por las condiciones macroestructurales profundamente desiguales queda localizado —casi con exclusividad— en Jaime. La desigualdad estructural se manifiesta en: la privación económica, la precarización laboral, el sistema de pensiones no contributivas que imposibilitan sostener la reproducción social y el deficitario sistema de salud que no contempla más que a quien se encuentra institucionalizado.

Las acciones y estrategias desplegadas por las redes de proximidad distan de no ser registradas por los/as jóvenes y adultos/as, con la excepción de los períodos de consumo intenso. Los/as usuarios/as cuando registran este *acompañamiento* —que nada tiene que ver con la conversación idealizada en la que las redes de proximidad dicen “*estoy cansada*”, otro/a escucha y responde: “*te ayudo entonces*”—, las *acompañan* (siguiendo la lógica de hacer-algo-por-el-otro) principalmente en algunas tareas domésticas (ir al supermercado y llevar alimentos al hogar). En combinación con lo antes mencionado, en situaciones más hostiles, para los usuarios *acompañar* o “*empezar a llevarse mejor en casa*” se enlaza con la disminución de prácticas que cristalizan en las lógicas de las violencias, tal es el caso de no insultar(las) o pegar(les). Ser —en algunos casos— objeto de malos tratos, recorrer hospitales e innumerables instituciones, ajustar la economía doméstica para pagar las deudas, elaborar alimentos, curar heridas, “*hacerse cargo de la casa*”, son solo parte del proceso de *acompañar*.

Otro dominio en el que opera el *acompañamiento* está ligado directamente al intento de resolución de situaciones y espacios en los que se dirimen acciones, preocupaciones y ocupaciones en las que en la cotidianidad no regida por los consumos intensivos de drogas, no se dispone como un ámbito específico. Es que las (precarias) condiciones materiales de vida y de muerte (frecuentes) son las que dan ritmo a la cotidianidad. El *acompañamiento* efectuado por las redes de proximidad discurre en situaciones en las que integridad corporal/emocional no se da por sentada, sino que requiere de la intervención efectiva para incluso garantizar la supervivencia. Intervención que no es desplegada por las políticas sociales ni por las terapéuticas disponibles,

9 “*Putear*” refiere a insultar.

10 “*Aflojar*” refiere a ceder.

sino que es llevada a cabo por *los familiares* que también están atravesados por la fragilidad y las lógicas de las violencias. Solo considerando esto pueden tornarse inteligibles ciertas prácticas que causan conmoción y horror a la mirada externa.

En el trabajo de campo se han registrado relatos en los que “*las golpizas*” son encuadradas desde la perspectiva de los actores —usuarios y redes de proximidad— como manifestaciones de importarle a otra persona. No resulta extraño para los jóvenes que ante una ausencia prolongada en el hogar (días) en la que el consumo de drogas se dio de manera intensiva (localmente nominadas *giras*), “*te caguen a trompadas en tu casa... o te quieran encerrar*”¹¹. De tal modo está normalizada la violencia corporal en los barrios que hasta para quienes son golpeados, en ocasiones, adquiere sentidos de importarle al otro —aunque de ningún modo quiere decir que lo consientan.

Otra de las prácticas que se han documentado es moler psicofármacos y diluirlos en líquidos “*para que duerma a ver si después de que se levante puedo hablar con él... viene, se va de gira, viene y se va... no me queda otra que doparlo yo para poder hablar y para que descanse un poco*”. En este mismo sentido —y de muy difícil procesamiento— es que en la minoría de los casos se descifran las ataduras y los encierros forzosos en el hogar. Se han registrado relatos que expresan que al no saber qué hacer para que el ser querido suspendiera el consumo y así menguaran los peligros y daños asociados se lo ha esposado a la cama y encerrado por “desesperación”.

188

Las lógicas de las violencias anclan profundamente en los barrios populares y ante la emergencia del conflicto la muerte no es un miedo infundado debido a los enfrentamientos con vecinos del barrio, los vendedores minoristas de drogas o la policía (Epele 2010). Jerónimo lo expresó de este modo:

Fue en la estación de mi casa, fui ahí... pirado¹²... y fui... quería robar, no sé qué pasó, rompí un vidrio en la pollería, me agarré con uno de ahí y saltaron otros comerciantes, todos contra mí... yo solo... Y llamaron a la policía... todo... Y justo yo me... voy, me pegan y me voy, y cuando me voy... cruzo unas vías y llega un patrullero. Eso le contó un conocido a mi viejo... y lo llamó a mi viejo por teléfono. “Che, vení a buscar al Jerónimo porque está acá así y así”. Y entonces me fueron a buscar y todo. Pero yo no estaba más, estaba en otro lado. Estaba tirado en una carnicería... remal, y bueno, me llevaron. Aparte tenía un cuchillo y todo... Y perdí un cuchillo, no sé... Una pelea que tuve con unos pibes que se juntan ahí... y... sí, qué sé yo, las palizas¹³ de siempre... pero no me rescato mucho en ese momento. Es como que me enoja y no sé... por más piñas, cosas que me den... como que en ese momento no lo siento. Como que me ciego y lo quiero agarrar a ese, y a ese... ponele, hasta que me vuelan una patada o una piña en la cara que no te noquea y ahí fuiste. Y ahora estos días me está molestando un poco [el oído y la mandíbula] (Jerónimo, 29 años).

Que un vecino llame al padre de Jerónimo, que el padre lo vaya a buscar y no lo encuentre y que cuando lo encuentre esté herido y haya logrado escapar de la policía y

11 “*Cagar a trompadas*” refiere a golpear fuertemente a otra persona.

12 “*Pirado*” refiere a estar bajo efectos de tóxicos.

13 “*Palizas*” y “*piñas*” refieren a golpes.

haber sido fuertemente golpeado implica estados permanentes de alerta, dolor, alarma y preocupación tanto para los usuarios como para sus redes de proximidad. El vecino que llamó al padre de Jerónimo sabía qué era lo que había que hacer: contactar a su padre. Su padre sabía lo que había que hacer para preservarlo: ir a buscarlo y sacarlo del barrio para que no lo encontraran ni los comerciantes ni la policía ni otros jóvenes. Esta secuencia refleja que las prácticas realizadas tanto por el padre como por el vecino nada tienen de improvisadas, sino que son producto de décadas de despliegue de modalidades de acompañar (en el sentido de cuidar) a otros en contextos hostiles.

El caso de las relaciones entre los usuarios y las fuerzas de seguridad del Estado son paradigmáticas e implican un profundo desplazamiento subjetivo para poder escucharlas teniendo como foco el captar las perspectivas locales. Emiliano contó que luego de numerosas oportunidades en que fue perseguido por “*la yuta por las cagadas que me mandé*”¹⁴, cuando empezó a reducir su consumo y en el momento en que lo conocí en El Punto, luego de varias semanas de no verlo por el barrio:

Hasta la cana le preguntó a mi vieja en qué andaba, mi vieja le dijo que estoy haciendo un tratamiento, y el cana ¡a que no sabés! Me dijo que se alegraba por ella y por mí también... fue un lindo gesto, y eso que me quiso cagar a trompadas un par de veces (Emiliano).

En otros casos, las redes de proximidad convocan al aparato represivo “*para que hagan algo porque ya no sé qué hacer*”. Lo cual implica entablar una denuncia en tribunales —que conlleva a largas filas, tiempos de espera, entrevistas, malos tratos—, esperar un patrullero e ir a buscarlos con la policía muchas veces sin saber dónde se encuentran a fin de que los trasladen a “*la institución para que le hagan la evaluación para la internación*”, es decir, para requerir la intervención en una institución basada en el aislamiento.

En los períodos en los que la conflictividad barrial es elevada —sea por enfrentamientos con vecinos, con la policía o con los vendedores minoristas de drogas— o se esté transitando un período de ingesta intensiva, las redes de proximidad despliegan una serie de prácticas vinculadas a “*conseguirle la droga... por miedo*”. No es extraño que las mujeres-madres les den dinero a los/as usuarios/as para comprar sustancias a fin de “*evitar que salga a robar*” o que vayan a comprarlas. Tampoco es extraño, aunque no masivo, habilitar explícitamente que el consumo de sustancias suceda en la vivienda habitada. Agustín narró conmovido a su madre:

— Yo en esa época tomaba Rivotril; Clonazepam... eso... esas cosas, ¿entiende? Y cuando me mudé por el quilombo¹⁵ que había tenido en el otro barrio, sentí que me hacían falta porque... me sentía como perseguido... No podía ir a un almacén... sin tomar ese medicamento porque sentía que yo era el centro de atracción, que todos me miraban, ¿me entiende? Y... me sentía reincómodo, me ponía

14 “Yuta” y “cana” refieren a la policía. “Cagadas” refieren a problemas.

15 “Quilombo” refiere a conflictos.

a transpirar... me ponía todo sonrojado, ¿entiende? Y no quería salir más de mi casa porque sabía que me iba a agarrar la loca del miedo que tenía y le iba a entrar a dar a todo el mundo que me cruzara... Mandaba a mi mamá que me comprara el medicamento... por el lado izquierdo, no por el lado derecho de la farmacia, ¿entiende? No podía ni llegar a El Punto... Ya estaba loco. Mi vieja me tenía que comprar los medicamentos... Y tomaba los medicamentos y le mandaba de nuevo... el alcohol... Y... seguía así... y cada vez me fue haciendo más mal, ¿entiende? Y por eso estoy medicado de chico ya... Y en vez de que me bajen el medicamento, me lo suben y eso a veces... yo no me quiero poner a pensar, porque... Es otra cosa que yo me pongo a pensar, digo, si ya estoy así con la edad que tengo, ¿hasta qué edad ya voy a llegar, si ya empecé ya de chico... con ese medicamento?

— ¿Cuándo empezaste con los medicamentos?

— Tenía 13... 12 años tenía. Ya empecé a ir a los puntos [centros de tratamiento] con el problema que tenía, todo, ¿entiende? Que agarré el consumo de todo lo que encontraba de chico y... mi vieja siempre me acompañó (Agustín, 22 años).

190 ■ Ir a comprar sustancias y/o facilitar el dinero para evitar que “*salga a afanar*¹⁶... o a que entre en quilombos otra vez”, tienen por anhelo disminuir la conflictividad y evitar la exposición a enfrentamientos dentro del barrio —lo que es enunciado como una relación causal—, pero también de tramitar estados emocionales de los/as usuarios/as (como percepciones de persecución y extrañeza) y de quienes *acompañan* (desesperación y preocupación). Estas prácticas son plausibles de categorización dentro de los dominios del cuidado o el “*buen acompañamiento*”: se toma en cuenta la necesidad de quien es destinatario de dichas acciones y se despliegan estrategias que tienden a la satisfacción/alivio de las necesidades/malestares.

Sin embargo, en la mayoría de los casos en los que las mujeres enuncian estas prácticas, bajan la mirada manifestando cierta vergüenza y desvalorización a partir de lo que han “*llegado a hacer*” en procura de intentar generar alivio a su ser querido. Lo mismo sucede cuando las mujeres-madres y parejas refieren haber salido en la noche para “*ir a buscarlos donde se juntan*” para “*saber qué está en un lugar y traerlo a casa*”, es decir para intentar que en ese momento y en esa situación deje de consumir y se encuentre en un lugar seguro. A la inversa, cuando las mujeres manifiestan “*llamarlo todo el tiempo*”, “*mandarles mensajitos para saber cómo están*”, “*que me avise qué está haciendo*”, suelen referirlo desde un lugar de preocupación percibido como válido y legítimo. Muchas veces estas “*búsquedas de saber donde están*” son constantes y para los/as usuarios/as implican “*persecución... me llama todo el día... no para de controlarme*”. Lo mismo sucede cuando las madres “*les consiguen un laburito*”¹⁷ que siendo precario (lo posible), de temporalidad relativa y mal pago, no lo toman. Las mujeres se enojan y los jóvenes perciben que los quieren explotar.

16 “*Afanar*” refiere a robar.

17 “*Laburo*” refiere a empleo.

Por último, otro ámbito delineado con una autonomía relativa en el que se despliega el *acompañamiento* son las terapéuticas de salud en general y el tratamiento ambulatorio en particular. Nuevamente, lejos de ser abstracto implica recordar que se tiene un turno, (en ocasiones) conseguir el dinero para el traslado, escoltar y esperar mientras dura la entrevista, volver al espacio habitado, conseguir los medicamentos (en algunos casos) y administrarlos, prestar atención a horarios y a estados anímicos, lidiar con las sensaciones posteriores a “*la terapia*” y también asistir al *grupo de familiares*. Tal como refiere Mirna:

Ese día se había ido a las seis de la mañana, no tenía que trabajar, pero se fue... no sé a dónde... Igual, lo importante es que de ahí vino a la psicóloga, tenía turno a las diez con la psicóloga y vino. De hecho me llamaron porque justamente... aceptó con la psicóloga, pedir turno con el psiquiatra. Ahí mismo le dieron turno con el psiquiatra... pero estaba tan nervioso, estaba tan mal... que la psicóloga me llamó: “¿Mirna, puede ir Lorenzo para allá y lo acompaña a que vaya a una guardia psiquiátrica?” Y ahí... entonces... yo... bueno, a partir de ahí quedó de nuevo en casa... y... volvimos a tirar para adelante. Lo acompañé a la psiquiatra, le compré la medicación... Esto fue la semana pasada... el jueves a la mañana tuvo la medicación. A la psiquiatra habíamos ido el miércoles. El miércoles también estuvimos acá y bueno... ya es viernes otra vez (Mirna, pareja de Lorenzo).

Los complejos estados emocionales que implican el *acompañar* no son sencillos de tolerar ni de tramitar. Como se ha documentado, lejos de ser ideales, las prácticas del *acompañar* son llevadas a cabo en las condiciones de posibilidad de una cotidianidad sumamente compleja, con las particularidades de los espacios sociales, vinculares y económicos en las que se inscriben, y no como debieran —abstractamente— llevarse a cabo.

Revisiones terapéuticas acerca del acompañar

O sea, vengo más para acompañar... para que no digan que lo dejo solo, pero en realidad no vengo a El Punto muy, muy... a gusto. ¿Viste?, no vengo muy a gusto (Estela, madre de Jaime).

Los relatos de las mujeres expresados en el *grupo de familiares* son “*puestos a trabajar*” a fin de cuestionar, profundizar o generar modalidades de *acompañamiento* que se articulen con las coordenadas de cuidado a otros, en detrimento de aquellas otras prácticas efectuadas que podrían encuadrarse como nocivas o contraproducentes. Dentro del repertorio de prácticas que fue documentado y desarrollado en el acápite anterior (ir a comprar drogas, habilitar su uso en las viviendas habitadas, evitar y/o convocar a la policía, dar dinero para la compra de sustancias, mantener económicamente, escoltar en los tratamientos de salud, realizar llamados telefónicos y enviar mensajes de textos, elaborar alimentos, buscar en las noches a sus seres queridos a los espacios en los que se encuentran), desde las perspectivas de los/as profesionales, algunas estarían vinculadas a “*acompañar desde el proyecto*”, “*el deseo*”, y otras relacionadas con “*acompañamiento desde el control*”, “*desde la persecución*”. En palabras de Ema:

Los familiares que ya vienen con un recorrido aportan otros elementos al grupo... “Y bueno, sí, pero si vos le seguís comprando”. Es más de lo mismo. O este tema de que si vos le estás todo el tiempo encima... sos más un vigilante que un padre... Y a veces surge lo otro... que todos asienten... “Y sí, a mí me pasa lo mismo”... lo que tratamos de decir es eso... bueno... por ahí como... “¿Y le da resultado eso?” “Y no porque igual consume” Bueno, probemos otro camino, ¿no? A veces, me parece que el problema no pasa por decir si está mal o bien, porque no tenemos el derecho ni tampoco la certeza... ni el lugar con esto. Pero si vos le decís: “¿Da resultado?” Por ahí a veces apuntamos a decir eso... Y ellos mismos ¿eh? “Y no, la verdad que no” Por un lado esto... bueno, a ver probemos otro camino. Como hacemos nosotros... si no da resultado. [...] Ayer contaba una mamá que vino después de un montón de tiempo, la primera vez que viene... eh... “No, yo no tengo ninguna culpa” Que está bien, siempre decimos acá que no hay culpas. Pero digo... ella entró... “No, no, es un tema de él... él sabrá” Y le decíamos la próxima vez... “Bueno, ahora yo me voy un mes y medio porque necesito descansar” Eh... acá el pronóstico es más difícil... (Ema, operadora).

La participación de *la familia* en el tratamiento de quienes asisten a El Punto para revisar las modalidades del *acompañar* es considerada un “*indicador de buen pronóstico*”, que lejos de asimilarse a una retícula clasificadora en la que se tildan los indicadores constituye más bien una esperanza y una posibilidad de trabajo con quienes *acompañan* para aliviar su padecer:

192

— Depende de cada familia... algunas familias... hay de todo, hay familias que no acompañan y eso a veces... resulta complicado, yo he visto muchas veces las familias que no acompañan, después los pacientes abandonan... las familias que acompañan en algún momento desde la acusación... para luego ir cambiándolo de a poco si es que se pudiera y bueno, otras familias que acompañan controlando... al sujeto...

— ¿Cómo?

— Lo llaman todo el día a ver qué está haciendo, le escriben mensajes de texto... muchas veces lo que se ve es eso... el otro día hablando algo que les pareció importante a ellos y que a mí también, que una cosa es la insistencia desde el control de qué hace ese paciente en el minuto a minuto y que no es lo mismo el preguntar, no el qué hiciste, qué estuviste haciendo, que estás haciendo ahora, qué vas a hacer, sino por ejemplo, ¿qué tenés ganas de hacer?, desde el proyecto, como que son dos haceres totalmente distintos y como que eso me parece que lo van pudiendo escuchar y que va generando efectos... una cosa es la insistencia y preguntar el hacer desde el control y otra cosa es qué tenés ganas de hacer, qué pensás como proyecto... son como distintas preguntas que a veces no se ve... así que, va dependiendo de cada familia, se ve mucho esto, que los acompañan desde este lugar, que se hace muy difícil salir del miedo a que recaigan o de esto, del controlarlos, pero bueno, se trabaja... y eso está bueno. [...] Si hubo un problema familiar en el medio... o qué sucedió, en qué forma sucedió, en qué momento sucedió nos da a nosotros la pauta para pensar... las coordenadas de ese sujeto... por qué le pasa lo que le pasa... así que como que eso es lo importante... ellos muchas veces traen... cuestiones que nos ayudan porque nos dan más información, cosas que por ahí

los pacientes pasan por alto o no registran... como que también ayudan a... es como un tratamiento que abarca muchos factores y la familia es un pilar bastante importante...(Juana, psicóloga).

El *acompañamiento* desde el control se vincularía con parte de los padecimientos de las mujeres “*que dejan todo*” por sus hijos y/o parejas. En esos casos, lo que se tiende a promover en el *grupo de familiares* es “*despegar*” la relación que se establece entre las mujeres y los/as usuarios/as en pos de generar ciertos espacios autónomos que posibiliten “*tomar aire*” y “*retomar su vida*”, con el fin de generar intervalos de alivio también para ellas. En palabras de Lucía:

Y bueno, hay una abuela que persigue al nieto todo el día. Todo el tiempo, todo el día, todo el tiempo. Lo va a buscar a la comisaría, lo va a buscar a la calle, lo va a buscar atrás de... lo persigue, lo va a buscar y “*comé, bañate, levántate, cámbiate*”... y esa mujer se olvidó de todo. De ir al médico, de salir con su marido, de ir a visitar a sus hermanos... todo lo que hacía por ella, lo dejó de hacer y hace todo por los otros, más que nada por estos dos nietos que están complicados. Y por ahí una mamá le decía “*mirá, ese problema, esa situación va a seguir estando, preocupate también por vos*” y ella decía que lo que había podido superar es tratar de estar tan pendiente, ocuparse, pero no estar tan pendiente... y había empezado a hacer sus actividades personales, iba a guitarra, a canto. Entonces poder tener un poco la mirada en el otro, pero poder enfocarse en la vida de uno. La abuela no tomó nada de lo que dijo esta señora, así que es lo mismo, pero por lo menos hay una escucha ahí que va y vuelve. O ante un pedido de internación una dice “*mirá yo conozco a alguien que lo internaron por la fuerza y no funcionó. Es más, el pibe odia a sus padres*”. “*Ah! Bueno, entonces no, que te agarren a la fuerza no está bueno*”. ¿Cómo viste? Se van respondiendo y a veces la intervención aparece y a veces no, no hace falta (Lucía, operadora socioterapéutica).

La revisión que desarrollan los/as profesionales dista de ser una evaluación de buenas y malas prácticas. Más bien se relaciona con las coordenadas de inteligibilidad de cuán “*saludables*” son las prácticas brindadas a los usuarios y a las mujeres mismas. También se vincula con los procesos en los que se inscribe la escucha de los/as profesionales sobre los malestares expresados por las poblaciones desfavorecidas en el capitalismo actual (Rose 2007; Murillo 2013; Epele 2015). No se basa en una tipificación de disposiciones ni sería pertinente sostener que se trata de una sanción moral hacia ellas, pero se desliza sutil —aunque no por ello menos fuertemente— que si *los familiares acompañan* se tiene un “*mejor pronóstico*”. Es decir, que *los familiares* a la vez que son concebidos como parte significativa de los padecimientos de los *pacientes* también son parte de su mejoría.

De este modo, quedan gran parte de las conflictividades de la cotidianidad —que atraviesan también a las redes de proximidad— constreñidas a las relaciones vinculares y afectivas directas. Así, es posible afirmar que no solo se ha privatizado el cuidado sino que también se ha amplificado la intimidad como una caja de resonancia que invisibiliza y —de algún modo— responsabiliza a las mujeres-madres y parejas que, como todos/as, hacen lo que pueden en las condiciones que las preexisten y las comprometen a *acompañar* en situaciones que también a ellas las exceden a la vez que las conforman.

A modo de cierre: hacia la ampliación de quiénes padecen

A lo largo de estas páginas se ha mostrado el complejo papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios sobre los usos intensivos de drogas. En primer lugar, se ha expuesto que la noción de *familia y/o los familiares* funcionan como sinécdoque sobre las mujeres vinculadas por lazos de parentesco (madres y parejas) a los/as jóvenes y adultos/as que realizan tratamientos. En segundo lugar, se ha señalado que desde la perspectiva de los profesionales psi la participación de las mujeres-madres y parejas en el proceso terapéutico de manera presencial (asistiendo a un grupo) opera como un indicador de buen pronóstico para los/as jóvenes y adultos/as devenidos *pacientes*. En tercer lugar, se ha mostrado que las prácticas de cuidado registradas con anterioridad en las barriadas populares, perduran. En cuarto lugar, se ha elaborado una aproximación hacia la delimitación de la noción de *acompañamiento*, en la cual quedó expuesto que no es plenamente homologable con la categoría analítica del cuidado puesto que también implica protección y control. De este modo, se ha sostenido que el *acompañamiento* es polisémico, ambivalente, abrasivo y que en su desarrollo confluyen una variedad de sentidos. En quinto lugar, se han detallado las prácticas documentadas en el trabajo de campo que efectúan las mujeres-madres y parejas para con los/as usuarios/as. Y finalmente, se han esbozado algunas de las revisiones que discurren en las terapéuticas institucionales.

194 ■ A través de la documentación expuesta es pertinente sostener que las mujeres no usuarias vinculadas a los/as jóvenes y adultos/as usuarios también están sumamente afectadas por las drogas, aunque no por su consumo, sino por *acompañar* a sus seres queridos. El *acompañamiento*, lejos de ser esporádico, implica una rutinización de prácticas, aprendizaje en la resolución de conflictos y estados anímicos, contacto con diversas instituciones y, muchas veces, malos tratos. Así, en la dimensión material del *acompañamiento* poco espacio hay para concepciones románticas, heroicas ni mucho menos culpabilizadoras. Sino que se impone como un denso proceso prolongado que se despliega aun cuando se encuentren atravesadas (los/as usuarios/as y sus redes de proximidad) por tratamientos institucionales. La abrasiva densidad del *acompañar* pone en el centro de atención que no son únicamente los/as usuarios/as los afectados cuando las drogas median la cotidianidad en contextos de escasez.

Ahora bien, la consideración de las condiciones en las que se despliega la vida cotidiana de los/as usuarios/as y sus redes de proximidad son escasamente consideradas: funcionan como un telón de fondo que, al ser imposibles de modificar por los/as profesionales de la salud, por momentos se vuelve normalizada, de dificultoso registro y problematización. Al tiempo que se amplifica el peso y capacidad de las relaciones vinculares próximas desplazando hacia la intimidad el intento de alivio de los padecimientos y violencias que se inscriben en la contextualidad que (nos) constituye.

Referencias

1. Achilli, Elena. 2005. *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Buenos Aires: Laborde.
2. Ayres, José. 2004. "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde". *Interface, Comunicação, Saúde, Educação* 8 (14):73-92.
3. Bejarano, Julio y Patricia Obando. 2002. "Trauma y consumo de drogas en pacientes admitidos en salas de emergencia de dos hospitales generales de Costa Rica". *Salud y Drogas* 2 (1): 47-60.
4. Bianchi, Eugenia y Gimena Lorenzo. 2013. "La recuperación es para obedientes': Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas". *RELMECS* 3 (1): 1-35.
5. Bourgois, Philippe. 2010. *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo XXI.
6. Castilla, Victoria, María Olsen y María E. Epele. 2012. "Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 14: 209-229.
7. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho. 2014. *En busca de derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México: CIDE.
8. Congreso de la República Argentina. 2010. *Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires: Argentina.
9. Connors, Margareth. 1994. "Stories of pain and the problem of AIDS Prevention: injection drug withdrawal and its effect on risk behavior". *Medical Anthropology Quarterly* 8 (1): 47-68.
10. Epele, María E. 2008. "Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de droga en el gran buenos aires, Argentina". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 6: 293-312.
11. Epele, María E. 2010. *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
12. Epele, María E. 2012. "Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalizacao". *Mana* 8 (2): 247-268.
13. Epele, María E. 2013. *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
14. Epele, María E. 2015. "Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires". *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 25(3): 797-818.
15. Farmer, Paul. 2003. "On Suffering and Structural Violence". En *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the new war on the poor*, 29-50. California: University of California Press.
16. Funes Artiaga, Jaime y Oriol Romani. 1985. *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española.
17. Garbi, Silvina. 2013. "La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas". En *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*, compilado por María E. Epele, 153-184. Buenos Aires: Antropofagia.

18. Garbi, Silvana, Cecilia Touris y María E. Epele. 2012. "Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios de drogas". *Ciência & Saúde Coletiva* 17 (7): 1865-1874.
19. García, Angela. 2010. *The pastoral clinic. Addiction and dispossession along the Rio Grande*. Berkeley: University of California Press.
20. Goltzman, Paula y Eva Amorín. 2013. *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
21. Grimberg, Mabel. 2009. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
22. Guber, Rosana. 2012. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
23. Jelín, Elizabeth. 2010. *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
24. Kessler, Gabriel. 2010. *Sociología del delito amateur*. Buenos Aires: Paidós.
25. Kornblit, Ana. 2004. *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.
26. Lorenzo, Gimena. 2012. "La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual. Concepción de enfermedad y tratamiento de sujetos bajo consumo problemático de cocaína". *Gazeta de Antropología* 28 (2): 1-14.
27. Menéndez, Eduardo. 1983. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CIESAS.
28. Mol, Annemarie. 2008. *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. Londres: Routledge.
29. Murillo, Susana. 2013. "La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones". *La Revista del Plan Fénix* 4 (22): 70-77.
30. Ning, Ana. 2005. "Games of Thruth: rethinking conformity and resistance in narratives of heroin recovery". *Medical Anthropology* 24: 349-382.
31. Pautassi, Laura y Carla Zibecchi. 2013. *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.
32. Pinheiro, Rosa. 2007. "Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde". En *Razones públicas de integralidad; el cuidado como valor*, editado por Rosa Pinheiro y Ruben Mattos, 15-28. Río de Janeiro: CEPESC.
33. Renoldi, Brígida. 1998. "Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes". Tesis de Licenciatura en Antropología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
34. Romero-Daza, Nancy, Margaret Weeks y Merrill Singer. 2003. "'Nobody gives a damn in I live or die': violence, drugs and street-level prostitution in Inner-City". *Medical anthropology* 22: 233-259.
35. Rose, Nikolas. 2007. "Terapia y poder. Techné y Ethos". *Archipiélago* 76: 101-124.
36. Sedronar. 2009. *Censo nacional de centros de tratamientos 2008*. Buenos Aires: OAD.
37. Touzé, Graciela. 2006. *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
38. Tronto, Joan. 1993. *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. Nueva York: Routledge.