

La delgadez de los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas

The thinness of the critical user of cocaine

Ana Laura Candil *

Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina
anacandil@yahoo.com.ar

Resumen

Partiendo de las perspectivas analíticas recientes sobre corporalidad, drogas y salud, este artículo se centra en el análisis de una de las formas en las que se expresa el deterioro corporal de los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas de mala calidad en los barrios segregados del Área Metropolitana de Buenos Aires en la actualidad: la delgadez. La aproximación es llevada a cabo desde el enfoque etnográfico, a partir de un trabajo de campo de dos años de duración, en una institución pública de abordaje a los usos de drogas. Las técnicas de producción de datos implementadas fueron observaciones participantes, y entrevistas semi-estructuradas y en profundidad.

Palabras clave: Poblaciones Desfavorecidas; Cocaínas; Corporalidad; Delgadez; Deterioro.

Abstract

Based on recent analytical perspectives about body, drugs and health, this article focuses on the description and analysis of one of the ways in which the body deterioration of intensive users of poor quality cocaine expressed, in the segregated neighborhoods of Greater Buenos Aires: the thinness. The approach is carried out from the ethnographic approach, from a fieldwork of two years, at a public institution approach to drug use. The techniques implemented were participant observation and semi-structured interviews and in depth.

Keywords: Disadvantaged Populations; Cocaine; Body; Thinness; Deterioration.

* Lic. en Trabajo Social y Dra. en Ciencias Sociales. Docente de la carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

La delgadez de los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas

Introducción

“Recuperar de nuevo
los nombres de las cosas
llamarle pan al pan
vino llamar al vino
sobaco al sobaco
miserable al destino (...)
nos lo robaron todo
las palabras, el sexo
los nombres entrañables
del amor y los cuerpos”

Joaquín Sabina – Palabras como cuerpos –
Inventario (1978)

Los consumos de drogas, especialmente aquellos caracterizados como intensivos y/o problemáticos, han adquirido atención analítica en las últimas décadas tanto nacional como internacionalmente. Según los organismos internacionales, la mayor demanda de tratamiento, tanto en Norteamérica como en Latinoamérica, es por el consumo de cocaínas (ONU, 2012), lo que permite inferir que son las drogas más problematizadas –y problematizadoras– en la región. Siguiendo a las escasas e incompletas estadísticas nacionales, tanto el consumo de clohidrato(s) de cocaína(s) – comúnmente denominado “*cocaína*” o localmente “*merca*”– como de pasta base/paco ha crecido entre los años 2004-2011 (SEDRONAR, 2012). Un estudio oficial realizado en el año 2010 señaló que las personas demandan tratamientos a partir del consumo de cocaínas (42%), alcohol (22,8%), marihuana (11,8%) y pasta base/paco (10,1%), prioritariamente (OAD-SEDRONAR, 2011); es decir, que los/as usuarios/as de las cocaínas representan el 52,1% del total de las demandas de tratamientos institucionales.

Los jóvenes y adultos/as que usan intensivamente cocaínas y que forman parte de las

poblaciones desfavorecidas del Área Metropolitana de Buenos Aires muestran y narran múltiples marcas en sus geografías corporales: delgadez; lesiones; fracturas; cortes en la piel; quemaduras en los labios y en los dedos; cicatrices; afecciones en los pulmones y en la nariz; movimientos involuntarios; entre otras heridas y dolores.

La delgadez de los/as usuarios/as de pasta base/paco ha sido descripta en reiteradas ocasiones por las producciones analíticas sobre salud en general, y sobre drogas en particular. Partiendo de la perspectiva de los/as jóvenes y adultos/as que habitan en barrios segregados de Buenos Aires, en el presente artículo me propongo profundizar en el análisis de los modos de percibir(se) y de ser percibidos. También buscaré señalar diversas lecturas e interpretaciones sobre la flacura. A partir de una aproximación etnográfica, el objetivo de este escrito es, entonces, reparar sobre la corporalidad de los/as jóvenes y adultos/as que realizan tratamientos terapéuticos para disminuir y/o descartar la ingesta de sustancias. Esta reflexión se basa en los resultados de la Tesis Doctoral de mi autoría, titulada “Inter-versiones. Un estudio sobre los tratamientos ambulatorios orientados a los consumos problemáticos de drogas en el sistema de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires”, defendida recientemente en la Universidad de Buenos Aires.¹

La estrategia expositiva es la siguiente: en primer lugar, describo la metodología y las técnicas de producción de datos; posteriormente, sintetizo estudios orientados a descifrar las complejidades de las cocaínas; luego, explico aspectos de la cada vez más creciente producción analítica sobre corporalidad y usos de drogas; a continuación, analizo la delgadez de los/as usuarios/as de cocaínas de las poblaciones

1 La primera versión de esta reflexión fue presentada en las VII Jornadas de Jóvenes Investigadores, en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires), en noviembre del año 2013.

desfavorecidas urbanas; y, para finalizar, recapitulo lo expuesto y abordo las conclusiones.

Metodología, técnicas de producción de datos y sujetos

La investigación fue realizada siguiendo los lineamientos de la metodología cualitativa, específicamente a partir del enfoque etnográfico (Achilli, 2005; Rockwell, 2009; Guber, 2012). El trabajo de campo fue realizado durante dos años (2012-2013), en una institución pública de salud, ambulatoria, interdisciplinaria y especializada en consumos problemáticos de drogas, con casi dos décadas de trayectoria de intervención, localizada en un barrio segregado dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires, a la que llamaré El Punto. La investigación se adecuó a los recaudos que, mediante los Comités de Ética, 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 través de la implementación del Consentimiento Informado. A fin de preservar los derechos de los/as participantes y resguardar su identidad, los nombres de las personas, como así también de los barrios y las instituciones, fueron modificados.

Las técnicas de producción de datos fueron principalmente las observaciones participantes en: grupos terapéuticos; grupos de familiares; sala de espera; entrevistas institucionales de admisión; vereda de la institución; reuniones de equipo; jornadas de capacitación y reflexión; jornadas hospitalarias; mesas de gestión barrial; talleres; y tres barrios de residencia de los/as usuarios/as, entre otros espacios. También llevé a cabo casi una treintena de entrevistas –semi-estructuradas y en profundidad– a sujetos mayores de 18 años: 11 a profesionales de la salud –psicólogos/as, trabajadoras sociales y operadores/as socio-terapéuticos/as–; 13 a jóvenes y adultos/as que usan intensivamente drogas de mala calidad y que realizan tratamientos terapéuticos institucionales; 4 a sus redes de proximidad –mujeres madres y parejas–; y una a un referente social en un barrio con expandido consumo de pastillas con alcohol. Por medio de las observaciones participantes, charlas informales y de las entrevistas, documenté 43 casos.

Los/as usuarios/as de drogas con quienes transitó el trabajo de campo asisten a una institución pública para descartar y/o reducir el uso de drogas. Resulta necesario tener en cuenta que no cualquier persona accede a un tratamiento terapéutico público,

sino que generalmente lo hacen quienes no pueden acercarse a otro tipo de terapéuticas institucionales a través de las obras sociales, pre-pagas o privadas. Sin embargo, quienes acceden a las instituciones públicas cuentan con ciertos recursos para poder hacerlo: saber que existe ese espacio y que es gratuito, tener dinero para trasladarse, estar situado temporalmente para ir a un turno, tener alguien que los acompañe o que les recuerde que tienen que ir, entre otros. La mayoría de los/as jóvenes y adultos/as contactados, caracterizados como “*pacientes*” en la institución, consumen intensivamente cocaínas de mala calidad y de bajo costo por unidad fraccionada.

Los/as jóvenes y adultos/as, casi en su totalidad, no se encuentran insertos en el mercado de trabajo formal, habitan en sectores segregados de la ciudad –villas, asentamientos y barrios precarios– y no han finalizado la escuela media. La mayoría se sustenta mediante distintos empleos informales (que van desde pintura y albañilería, hasta limpieza de vidrios de autos en las esquinas y la mendicidad). En este sentido, estos sujetos forman parte de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, es decir, se ubican dentro de la superpoblación relativa respecto de las necesidades de valorización del capital (Seiffer, 2010).

Estudios en torno a los consumos de cocaínas en Argentina

Las cocaínas fumables (“*bazuco*”, “*crack*” y “*base libre*”) que circulaban en los países Andinos – Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador– desde inicios de la década de 1970 (Castaño, 2000), irrumpen en nuestro país a fines de la década de 1990. La expansión de este tipo de cocaínas en relación con la crisis político-económica del 2001-2002 obligó a diversificar las perspectivas analíticas que buscaron dar cuenta de estos fenómenos. La emergencia y propagación de la pasta base/paco multiplicó los abordajes académicos preocupados por la complejización teórica necesaria para comprender las transformaciones regionales que se sucedían al ritmo de las políticas económicas neoliberales. Algunas de las transformaciones documentadas en las barriadas populares del Área Metropolitana de Buenos Aires son: mutaciones en el habitar, profundización de lógicas de violencias, cambios de códigos que antaño tenían carácter regulador, modificaciones en las transacciones, disrupciones en las modalidades de cuidado de sí y de otros, entre tantas otras. En relación con estas producciones analíticas –y muchas veces en

tensión—, emergieron reflexiones que buscaron colaborar en el despliegue de intervenciones públicas para abordar, tratar y atender a los/as usuarios/as, que experimentaban violentamente los múltiples despojos del capitalismo actual.

En Uruguay y Argentina, se realizaron diversas aproximaciones con respecto a los circuitos de producción, circulación y consumo de cocaínas. Estos estudios sostienen que la irrupción de la pasta base/paco —producto secundario vinculado al refinamiento del clorohidrato de cocaína— daría cuenta de una suerte de re-territorialización regional respecto de la producción y circulación de cocaínas a nivel mundial, que encontraría en territorios y poblaciones desfavorecidas de la pre y post crisis, condiciones propicias para la comercialización de un producto secundario (Arriaga y Hopenhayn, 2000; Astarita, 2005; Touzé, 2006; Ranguigni, Rossi y Corda, 2006; Garibotto *et al.*, 2006; Rossi, 2010).

Las perspectivas socio-antropológicas sobre la salud repararon en los heteróclitos e insuficientes abordajes institucionales que buscan tratar a los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas² y que, en ocasiones, producen —no siempre nuevos— malestares (Kornblit, 2004; Epele, 2010; Pawlowicz, Galante, Goltzman, Rossi, Cymerman y Touzé, 2011; Garbi, 2011; Garbi, Touris y Epele, 2012; Epele, 2013; Bianchi y Lorenzo, 2013; Goltzman y Amorín, 2013). También, partiendo de abordajes etnográficos, se buscó descifrar las implicancias y experiencias del deterioro corporal/emocional de los/as usuarios/as y los modos de padecer y cuidar que emergen cuando el uso intensivo de pasta base/paco problematiza la cotidianeidad de la vida de los/as jóvenes y adultos/as de los sectores desfavorecidos (Epele, 2010; Castilla y Lorenzo, 2012; Castilla, Olsen y Epele, 2012).

A pesar de haber captado mayor atención —por el vertiginoso deterioro de los/as usuarios/as

2 Existe un acuerdo implícito en nominar como usuarios/as intensivos/as y/o consumidores/as problemáticos/as de drogas a aquellos sujetos que usan sustancias psicoactivas dos o más veces por semana (que depende de la contextualidad, mientras que en el clorohidrato de cocaína y pasta base/paco se denomina “gira” e implica el consumo durante varios días o estar “puesto” y/o “duro”; en los alcoholes implica estar “borracho” varias veces a la semana; en la mezcla de pastillas con alcohol, estar “puesto” durante varias horas, en reiteradas oportunidades). Utilizaré a fines de facilitar la lectura como sinónimos usos intensivos de drogas y consumos problemáticos. Esta consideración, además de ser una herramienta de escritura, se debe, principalmente a que desde las perspectivas locales, barriales e institucionales registradas durante el trabajo de campo, los consumos de drogas frecuentes en contextos empobrecidos, problematizan la cotidianeidad de la vida, y también la organizan.

vinculado al desamparo al que están expuestas las poblaciones desfavorecidas en los centros urbanos—, la pasta base/paco no es el único tóxico ni la única cocaína extendida en los barrios segregados del Área Metropolitana de Buenos Aires (Epele, 2010). Existe una multiplicidad de cocaínas que se diferencian tanto en calidades y costos —a menor calidad, menor precio—, como en diversos modos de administración —inhalables, fumables e inyectables—. Y, bajo iguales nominaciones, confluyen una diversidad de productos. Siguiendo las perspectivas locales, no se trata siempre de la misma pasta base/paco ni del mismo clorohidrato de cocaína debido a que se diferencian en función a la calidad de la materia prima y a los diversos productos con la que es mezclada —“rebajada” o “estirada”—. Desde la perspectiva de los/as jóvenes y adultos/as usuarios/as de los barrios segregados del Área Metropolitana de Buenos Aires, las cocaínas a las que acceden —clorohidrato de cocaína, pasta base/paco— son de mala calidad. Y cuando son usadas intensivamente en contextos empobrecidos y despojados producen una multiplicidad de marcas corporales vinculadas al padecimiento directa o indirectamente relacionado con su consumo.

Cuerpos marcados

Si bien el cuerpo ha estado presente en diversas reflexiones desde Platón hasta la actualidad (Le Bretón, 2002; Citro, 2010), en las últimas décadas la corporalidad se ha convertido en un área temática que recibe especial atención analítica (Lock, 1993; Csordas, 1994; Citro, 2010). Tanto Mauss (1979) con su caracterización de las “técnicas corporales” como Foucault (2009) con su reflexión sobre los “cuerpos dóciles” productos de las disciplinas que datan de la segunda mitad del siglo XVIII, han abierto fecundos campos de análisis. Dentro del amplio abanico de producciones académicas que han surgido para dar cuenta de las complejidades de la corporalidad —vinculadas a producciones de subjetividad, estética, política, acción colectiva, danza, productividad, padecimiento, dolor crónico, placer, entre otras áreas temáticas—, me interesa resaltar dos aspectos que considero centrales para analizar la delgadez.

En primer lugar, la corporalidad posibilita adentrarse en la estructuración social del capitalismo en tanto que el cuerpo manifiesta y expone la modalidad en la que se inscriben las relaciones sociales en los sujetos (Scribano, 2007, 2013), siendo plausible de ser decodificada como “el crisol de la

vida social” (Butler, 2009: 52). En segundo lugar, la corporalidad conmueve ciertos dualismos que operan como piedra de toque del pensamiento occidental clásico: naturaleza/cultura, biología/sociedad, sujeto/objeto, mente/cuerpo, interno/externo, cuerpo/emoción (Lock, 1993; Csordas, 1994; Jackson, 2011).

Los abordajes que vinculan usos de drogas y cuerpo datan, consecuentemente, de las últimas décadas. Connors (1994), desde Massachusetts, señala que la experiencia de la “*abstinencia*” –de suspensión del consumo de tóxicos– puede ser interpretada bajo las coordenadas del dolor crónico ya que, cuando los sujetos no se encuentran bajo los efectos de las drogas, experimentan un dolor perdurable vinculado al sufrimiento social que atraviesa e incorpora la clase trabajadora en los centros urbanos industriales. Pérez y Reild Martínez (2007), desde México, sostienen que –contrario al saber popular– no son los tóxicos los que toman al cuerpo sino que es el cuerpo situado el que toma a las sustancias, señalando que entonces “se hace un determinado uso del cuerpo, no de las drogas” (p. 243). Bourgois y Schonberg (2009), desde San Francisco, han descrito la práctica de inyectarse heroína en distintas partes del cuerpo según la etnicidad de la persona (negro/blanco/latino).³ Señalan que dependiendo de la etnicidad, personas que tienen la misma dependencia física y psicológica a las drogas y que viven en situación de calle, se inyectan en diferentes partes del cuerpo y tienen distintas estrategias de supervivencia (robos/mendicidad). A su vez, han registrado cuáles son las drogas complementarias a la heroína utilizadas por los distintos grupos: mientras los blancos beben alcohol, los negros consumen crack (Garreaud y Malventi, 2006). A partir de estas asociaciones, han determinado que el racismo como historia y categoría determinante en los Estados Unidos se vincula a distintas técnicas corporales actuales concretizadas en los usos de tóxicos (Bourgois y Schonberg, 2009).

En nuestro país, Epele (2010) ha realizado estudios que vinculan los procesos macro-económicos post crisis del 2001 como determinante del deterioro corporal de usuarios/as de drogas. También, ha documentado la manera en que la circulación de pasta base/paco modificó los modos sociales de sentir dolor y placer en los contextos empobrecidos. En esta misma línea, ha analizado la manera en que la delgadez de los/as usuarios/as dio

lugar a modificaciones en las prácticas de cuidado de otros: mujeres que cocinaban y llevaban la comida a los espacios donde los/as usuarios/as se encontraban para fumar (Epele, 2012). Castilla y Lorenzo (2013) han registrado que el daño social que incorporan los/as usuarios/as perdura, a pesar de la supresión del uso de tóxicos, a través de movimientos involuntarios –tics–. Y que en períodos de consumo intensivo, las emociones de los/as usuarios/as pueden encontrarse “en suspenso” (Castilla y Lorenzo, 2012).

De un modo más o menos explícito, todos/as los/as autores/as reseñados/as, coinciden en que las marcas, características y procesos que se despliegan en los cuerpos de los/as consumidores/as de drogas se encuadran en las formas de padecer –socialmente producidas– de las poblaciones desfavorecidas de los centros urbanos.

Siguiendo a estas producciones analíticas, a continuación, me detendré en las implicancias de la delgadez de los/as jóvenes y adultos/as que usan intensivamente cocaínas de mala calidad y que realizan tratamientos terapéuticos públicos para reducir y/o suprimir su consumo.

La delgadez como indicador de deterioro

Las corporalidades de los/as usuarios/as de drogas, según he registrado en el trabajo de campo a partir de sus relatos, ya se encontraban deterioradas con anterioridad al consumo intensivo de sustancias. Mientras que moretones, fracturas y fisuras fueron señalados como parte intrínseca de la niñez –como muchos/as niños/as–; heridas, golpes y pronunciada delgadez se hicieron presentes en mi mirada y sus relatos vinculados a la cotidianidad de la vida articulada en torno de las cocaínas. Si bien ya ha sido documentada la delgadez en jóvenes usuarios de pasta pase/paco (Epele, 2010), a lo largo del trabajo de campo llamó mi atención que esta característica no fuera privativa de un tipo de cocaína, sino que se expandiera a cuerpos usuarios de otras sustancias vinculadas en sus variados modos de administración.

Los/as jóvenes y adultos/as usuarios/as de cocaínas, que habitan en los barrios segregados del Área Metropolitana de Buenos Aires, relatan y señalan en reiteradas ocasiones que la flacura del cuerpo es un efecto de los entramados que se tejen en torno al consumo intensivo:

³ “Blanco, negro y latino” y “físico y psicológico” son las palabras utilizadas en las producciones que retomo. He optado por sostenerlas a fin de ser fiel a dichos escritos.

Martín dice que durante el tiempo que vivió con el transa⁴ *“bajé 30 kilos, ¿ustedes también bajaron de peso?”*, todos asienten. (...) Martín vuelve a preguntar, preocupado, si todos bajaron de peso consumiendo, y continúa: *“yo bajé bastante de peso, antes pesaba 92, y llegué a pesar 65 kg... comía una vez por semana”* [Usuario de clorohidrato de cocaína por vía inhalable. Registro de campo, grupo de admisión 05/09/2012].

Jaime dice *“me da vergüenza [ir al hospital]... las cicatrices que tengo están frescas... acá [El Punto] es distinto, puedo venir... hoy me miré al espejo y me vi bardo, amanecido, demacrado... flaco... no iba a volver a mi casa, pero eso implicaba seguir [consumiendo]... no me da el cuero ni el cuerpo para seguir ya...”* [Usuario de clorohidrato de cocaína por vía inyectable. Registro de campo, grupo de admisión 03/10/2012].

Solange dice *“y adelgacé 13 kilos! Miráme! [acercándose la remera al torso que deja adivinar las costillas]...”* [Usuaría de pasta base/paco. Registro de campo, grupo de admisión 17/10/2012].

Marcelo dice *“...yo me veía a los 19 años en la calle, fumando, todo sucio, olor a chivo, a pata, flaco... y miraba a otros pibes de mi edad, chetitos, yo pensaba ‘me estoy perdiendo la vida’...”* [Usuario de pasta base/paco. Registro de campo, grupo de admisión 03/10/2012].

La pérdida de peso, de masa corporal, es relatada frecuente y drásticamente por los/as usuarios/as intensivos/as de las cocaínas de mala calidad mientras se encuentran realizando tratamientos ambulatorios para dejar y/o reducir el consumo de drogas. Desde sus versiones, el enflaquecimiento pronunciado se construye como un indicador que mensura la intensidad de la ingesta – mayor ingesta, menor peso– y se vincula directamente con el deterioro corporal –estar *“amanecido”, “bardo”,*

sucio, demacrado–. La configuración del cuerpo delgado como indicador de alarma informal pero operante es compartida por los/as usuarios/as de las diversas cocaínas y por sus familiares, sus redes de proximidad y por los/as profesionales especializados/as que laboran en las instituciones públicas. Tal como recuerdan Violeta y Jaime,

–Yo ahí fumaba, fumaba... fumaba... Entonces llegué a pesar... Se me veían las costillas, yo me miraba las costillas y seguía fumando igual. Y mi vieja lloraba... me acuerdo que a mi mamá la hice llorar mucho. Porque ella lloraba porque no comía. Cada vez que me llevaba un plato de comida... [Entrevista a Violeta, usuaria de pasta base/paco].

–Yo siempre le llevo al doctor, ¿viste?, algún caramelo o algo. La otra vez que yo estaba internado, le convidé un caramelo al doctor y me dijo: “Bueno, dejalo ahí, gracias. Estos regalos a mí no me hacen falta. A mí me gustan... es así, cuando veo que están bien, que estás con el pelo, que estás prolijito, que estás con varios kilos, cuando estás así bien... Esa clase de regalo quiero que me hagas... quedate los caramelos” [Entrevista a Jaime, usuario de clorohidrato de cocaína por vía inyectable].

A diferencia de lo sostenido desde el sentido común –*“no se dan cuenta de nada”*–, el registro del cuerpo para los/as usuarios/as no resulta homogéneo ni perdurable, sino que presenta variaciones. Mientras que algunos/as expresan que durante los largos períodos de consumo no tenían registro de cuánto comían, dormían y/o aseaban, otros/as tienen un delicado registro de cómo se veían a sí mismos/as y cómo posiblemente los veían otras personas. Butler (2009) sostiene que no resulta atinada la diferenciación radical entre el “yo” y el “tu” [“vos”], debido a que “el vínculo con ese ‘tu’ forma parte de lo que constituye mi ‘yo’” (48). Retomando los relatos de los/as usuarios/as, tanto en la convocatoria a la mirada (*“mirame”*), en la comparación con otros cuerpos diferentes (*“otros pibes de mi edad... chetitos”*), en el acceso a determinados espacios en los que acudir (o no) en caso de necesitar y poder pedir ayuda (El Punto/hospital),⁵ en el recuerdo de la mirada de

4 *Transa* es la modalidad nativa de referir a vendedor de drogas en los barrios marginales. En otro momento del relato, Martín señalará que se trataba de *“un lugar de mierda, horrible, sucio... adentro del pasillo de la villa”*.

5 Acceso, no habilitación, debido a que la accesibilidad se

otros próximos (“mi mamá”) o profesionales de la salud (“el doctor”), el registro del enflaquecimiento y/o deterioro del propio cuerpo se da a partir del encuentro (posible o consumado) con otros, a partir un vínculo amistoso, de reciprocidad, de diferenciación y/o de maltrato, presente o futuro. Pero cuando los/as jóvenes y adultos/as describen cómo se percibían/sentían mientras consumían intensamente, la mayoría coincide en señalar que no se daban cuenta o que no les importaba verse demacrados. Siguiendo a Epele (2010), las modalidades de sentir dolor y placer están arraigadas a “un complejo conjunto de mecanismos de objetivación, fragmentación, extrañamiento y disociación. Por medio de estos procesos, los cuerpos son sentidos en ocasiones como ajenos” (225). Es decir, el (no) sentirse, no se explica ni relaciona únicamente con los efectos de las cocaínas de mala calidad, sino que las maneras de sentir forman parte de los entramados mayores que limitan, a la vez que producen, modalidades posibles de sentir(se), de ser sentidos, de percibir(se) y de ser percibidos.

Según las versiones de los/as jóvenes y adultos/as usuarios/as de las diversas cocaínas, en los períodos de aminoramiento de la intensidad de consumo, las modalidades de sentir(se), ver(se) y narrar(se), se transforman. Como si la pérdida/aumento de peso no dejara de operar como indicador, pero encontrara a los cuerpos situados al otro lado de este par dicotómico excluyente:

Martín dice “hace un mes y medio que me estoy recuperando... con la droga es perder tiempo al pedo... yo ya subí como 10 kilos... empecé a comer todos los días... estaba con 60 kilos antes... bajé 27 kilos, me drogaba 5, 6 días por semana... dormía 1... (...) porque yo antes estaba piel y hueso” [Usuario de pasta base/paco. Registro de campo, grupo de admisión, 12/08/2012].

Marcelo: “yo me veo más gordo, me veo bien, espero no recaer, mirá estoy más gordo” y se mira los brazos mientras agarra su inexistente panza...” [Usuario de clorohidrato de cocaína por vía inhalable, registro de campo, grupo de admisión, 03/10/2012].

Lucas: *Ahora estoy dentro de todo estoy bien. Este pantalón... esta semana lo empecé a usar. La otra semana no me entraba... me entra la ropa de antes... todo por suerte. Y sí, más de 10 kilos bajé... Y yo... cuando estuve a full con esto de la cocaína... llegué a 56 kilos... porque yo no comía a la noche. No quería la comida. No te da hambre, porque es como una anestesia. Bah... la ansiedad ya no te deja comer, o sea... porque querés tomar, nada más... O sea... consumir. O sea, no tenés hambre, lo que menos te importa es la comida* [Entrevista a Lucas, usuario de clorohidrato de cocaína por vía inhalable].

El poder (de) narrar la experiencia del cuerpo enflaquecido y deteriorado, por lo que he podido registrar, requiere de una distancia situacional al momento de la ingesta: no he registrado relatos sobre el cuerpo mientras los/as usuarios/as estaban bajo los efectos de las cocaínas. Sin embargo, tal como se revela en los fragmentos citados, cuando el efecto del tóxico pasa y, en este caso se transita un tratamiento terapéutico, se hace referencia frecuente al cuerpo flaco. Como señala Emiliano,

- ¿Vos sentiste algún cambio en el cuerpo?

- En el cuerpo sí, estaba re flaco...

- ¿Adelgazaste mucho?

- Sí... sí... los pibes me decían “faaa estas re flaco!”... el pantalón se me caía [se agarra el pantalón que le queda holgado]

- ¿Son los mismos pantalones que usabas antes? ¿se te caían?

- Sí... igual ahora no se me caen... ahora lo uso con cinto igual pero no se me caen...

- Y cuando te empezaste a dar cuenta que empezaste a estar más flaco... ¿cómo te diste cuenta?

- Eh... te ves en el espejo digamos... y te lo dicen... y estás todo re flaco... [hace un largo silencio]. Después te volvés a ver, y te das cuenta que ya los pantalones no se te caen [Entrevista a Emiliano, usuario de clorohidrato de cocaína por vía inhalable]

Según lo que he podido registrar, se produce una disociación de ese ser/estar en tiempo pasado – ya no soy quien era–, pero ineludiblemente implica

construye y regula social e institucionalmente, de ningún modo de manera individual (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007).

un reconocimiento con quien se fue –yo era como aquel–. Dentro de la percepción que los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas mantienen respecto de sí mismos, la propia corporalidad ocupa un lugar de central importancia: lejos de una percepción centrada en el tener un cuerpo –objetivado–, son sus cuerpos. Quizás, no sea osado avalar la idea de que el registro verbalizado del deterioro corporal corroe la antiquísima dualidad cuerpo-mente del pensamiento occidental clásico (Jackson, 2011; Csordas, 2011).

La fragilidad cristalizada en el deterioro expresa la modalidad particular en la que se inscriben las relaciones sociales en los cuerpos. No sólo se-es-un-cuerpo sino que se es-un-cuerpo-en-el-mundo. Somos en contexto. En palabras de Grimberg (2009), el “contexto no es algo externo que debe ser relacionado con las experiencias subjetivas, tampoco un escenario en el que esas experiencias transcurren, sino parte sustancial y constitutiva de las mismas” (11). La delgadez de los cuerpos usuarios de cocaínas de mala calidad no es la misma delgadez de los cuerpos adinerados. Aquí, no se trata de cánones estéticos, ni de patrones hegemónicos de belleza promovidos por los medios masivos de comunicación (Roca, 2003; Salazar Mora, 2007). Estos cuerpos enflaquecidos son la desigualdad social hecha carne y muestran desnudamente que “existen formas radicalmente diferentes de distribución de la vulnerabilidad física del hombre a lo largo del planeta” (Butler, 2009: 58).

La desigualdad encarnada de los/as jóvenes y adultos/as que usan o usaban intensamente cocaínas de mala calidad se anuda en la vida cotidiana con la mirada de los otros –que comparten las mismas condiciones precarias de vida– sobre los malestares, padecimientos y enfermedades conocidas, pero también con las estrategias de cuidado ya implementadas con anterioridad, con ciertas formas de búsqueda de alivio:

Estela: él estaba muy mal clínicamente, muy flaco, muy... muy deteriorado...se le notaba... Si él es morrudito, bien formadito... tiene un cuerpo atlético, tiene bien los musculitos. Ahora otra vez está hecho una piltrafa... La ropa de trabajo le baila... Y la ropa de salir también... Clínicamente está hecho una porquería. Y eso que yo trato de cocinar comidas potentes, ¿viste?, darles lentejas, darle carne... ¿viste? Fideo con estofado... Como para contenerlo... Y te das cuenta que anda mal porque come poco... este...

porque si anda bien morfa como lima nueva... [Entrevista a Estela, madre de Jaime]

Marcelo: ponele... a la noche, ahora tengo hambre... quiero comer todo el tiempo...

Solange: ¿viste? Yo estoy comiendo chocolates, golosinas... te saca las ganas... un tío mío que consumía paco me decía que me compre golosinas... y ahora me pongo en la cama con una bolsa así de golosinas y no paro de comer... es que bajé 13 kilos!

Renata: ¡a mí me llegaron a preguntar si tenía HIV que estaba tan flaca!

Solange: es que todos comentan en el barrio... que está muy flaca... que está re flaca y así... [Registro de campo, grupo de admisión, 17/10/2012].

Quienes se encuentran disminuyendo el consumo de drogas –principalmente clorhidrato de cocaína por vía inhalable– convidan caramelos y golosinas constantemente. Según las versiones de los/as usuarios/as, la ingesta de dulces amaina las ganas y/o la urgencia del consumo de tóxicos, o al menos la pospone. En los momentos de consumo no tan intensivo también es frecuente el relato de comer más. En otras palabras, los/as usuarios/as modifican sus costumbres alimenticias en su cotidianeidad y las experimentan como novedosas. Esto no quiere decir que sus dietas busquen un balance nutricional; sino que se ajustan a lo que la economía doméstica posibilita: una preeminencia de hidratos (fideos, arroz) con una menor cantidad de proteínas (carnes rojas, principalmente). Sin embargo, almorzar y cenar, es decir, comer dos veces al día, se torna una práctica rutinaria que antes no tenía lugar, debido a que “*la merca te quita el hambre*”:

- Ahora llega la noche y quiero comer ya...

- ¿Antes no tenías hambre?

- No... no... yo venía de la calle... y capaz que estaba la comida hecha... le decía que no comía... me iba, me pegaba media vuelta y me iba de vuelta... porque estaba duro... estando duro, no tenés hambre, te la saca... te cierra el estómago... si vos comés... vos capaz que comés y vos estando duro tomás un pase y fumas un cigarro... y empezás a sentirte mal que te sube toda la comida... [Se

toca el cuello] y *ahí tenés que lanzar todo... es re feo...* [Entrevista a Emiliano, usuario de clorohidrato de cocaína por vía inhalable].

Los complejos entramados de encuentros, desencuentros, miradas, preguntas y rumores en el camino a *“estar mejor”*, no implican necesariamente un correlato en el cuestionamiento del par opuesto salud-enfermedad, sino que lo reafirman como principio regulador. Mientras que la delgadez se equipara al uso intensivo asociado al *“estar perdido”*, a la *“enfermedad”* y al *“estar mal”*; aumentar de peso, no tener cicatrices *“frescas”*, está asociado a un *“buen vivir”*, a estar *“bien”* o *“normal”*, que se liga desde las perspectivas locales con el no consumo de drogas, o al menos con una ingesta menos frecuente. Siguiendo a Crawford (1994), la corporalidad propia y ajena, está plena de “connotaciones respecto de lo que significa ser una buena persona, respetable y responsable” (1348, traducción propia). Tanto la corporalidad como la salud, desde esta perspectiva, adquieren la investidura de atributos morales.

Castro Pérez (2009), refiriéndose a la asociación gordo/sano y flaco/enfermo en una comunidad mexicana segregada, sostiene que “dadas las condiciones de marginación en este lugar, engordar (en el sentido de bien alimentado) es algo que no se da por sentado, como lo hacen las clases urbanas media y media alta” (32). Si bien no es equiparable la asociación directa a los usos intensivos de drogas en los barrios segregados de Buenos Aires, resulta significativo el llamado de atención que realiza debido a que no se trata de patrones ni estándares de nutrición sino que, en el caso de los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas de los sectores desfavorecidos, comer y/o alimentarse no se da por supuesto (Scribano y Eynard, 2011), ni incluso el tener hambre, que también es percibido como una novedad en algunos casos. El verse *“más gordo”*, no necesitar usar cinturón para sostener un pantalón, el tacto del propio cuerpo, el aumentar de peso se vivencia como un indicador de *“salud”*, con estar transitando un camino hacia el bienestar, hacia *“estar bien”*. En términos de Aguirre (2004), se acerca al cuerpo-fuerte anhelado en los sectores populares, que “se verifica en las formas, la postura y la actividad, seguramente relacionado con el valor de mercado del cuerpo (...) es una representación que mucho tiene de aspiración porque el sector de más bajos ingresos se enferma más, se atiende menos, se muere más y más joven que el resto” (36). Este cuerpo a alcanzar, este cuerpo

anhelado y proyectado a futuro, no sólo se relaciona con la ingesta o no de cocaínas sino con el despliegue de otras actividades y prácticas cotidianas entre las que se incluyen el aseo, la planificación, el empleo, la alimentación, el descanso, el juego, la expansión del disfrute, entre tantas otras. Al respecto, Epele (2010) señala que “la disociación y objetivación del cuerpo propio y de otros como ajenos, la fragmentación de la experiencia, el extrañamiento respecto de ciertas experiencias y procesos (...) modelan y son modeladas por las condiciones de vida” (228-229). Los cuerpos de los/as usuarios/as de cocaínas de mala calidad dan cuenta de las relaciones sociales que hacen y se hacen carne. Estas vidas también muestran que pese a la abrasiva adversidad, despojo, olvido, indiferencia y/o demonización, el intento por seguir adelante persiste en las condiciones que les son posibles.

A modo de cierre

A lo largo de estas páginas he explorado el deterioro corporal expresado en la delgadez de los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas que realizan tratamientos terapéuticos públicos trazando puentes entre producciones analíticas y narrativas locales. A través de las diversas versiones de los sujetos se ha mostrado que la flacura no es privativa del consumo intensivo de pasta base/paco sino que además incluye al consumo de múltiples cocaínas de mala calidad en sus diversos modos de administración. También se ha sostenido que la delgadez funciona como un indicador vinculado a la salud/enfermedad que alerta sobre la intensidad y frecuencia de la ingesta y sobre el nivel de deterioro. En ese sentido, la delgadez aparece como una discontinuidad que resulta necesario expresar y tener en cuenta a fin de mostrar que se está transitando el arduo camino hacia cierto bienestar posible.

Los cuerpos narrados en estas páginas encarnan malestares, padecimientos y ausencias pero también búsquedas de bienestar y de alivio en las poblaciones desfavorecidas de una zona segregada del Área Metropolitana de Buenos Aires, en la actualidad. Los/as usuarios/as de cocaínas hacen eco de la afirmación realizada por Spinoza/Deleuze: “no se sabe lo que un cuerpo puede (...) [pero] nuestro nivel de fuerzas de existir, los poderes de ser afectados y las potencias de actuar son forzosamente finitas” (Spinoza/Deleuze, 1978). Estas corporalidades resisten, como pueden, al deterioro abrasivo y expansivo. Son parte de los cuerpos que

sobran de las relaciones capitalistas de producción, pero que aún sobrando insisten en continuar. Y para ello, entre otras tantas cosas, procuran engordar.

Bibliografía

- ACHILI, E. (2005) *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Buenos Aires: Laborde.
- AGUIRRE, P. (2004) *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Editorial Capital Intelectual.
- ARRIAGADA, I. y HOPENHAYN, M. (2000) "Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina". *Serie Políticas Sociales* N° 41. Santiago de Chile: CEPAL.
- ASTARITA, R. (2005) *Intervención sobre economía política de la droga*. Conferencia en la Facultad de Psicología, UBA.
- BIANCHI, E. y LORENZO, G. (2013) "La recuperación es para obedientes': Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas". *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales* Vol. 3, N° 1, pp. 1-35.
- BOURGOIS, P. y SCHONBERG, J. (2009) "Apartheid íntimo. Dimensiones étnicas del habitus entre los heroinómanos sin techo". *Pensar. Epistemología, política y ciencias sociales* N° 3/4, pp. 66-90.
- BUTLER, J. (2009) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós (Espacios del saber).
- CASTAÑO, G. (2000) "Cocaínas fumables en Latinoamérica". *Adicciones*, Vol. 12, N° 4, pp. 541-550.
- CASTILLA, V. y LORENZO, G. (2012) "Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires". *Cuadernos de Antropología Social* N° 36, pp. 69-89.
- _____ (2013) "Las huellas del daño", en: Epele, M. (comp), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de droga*. Buenos Aires: Antropofagia.
- CASTILLA, V., OLSEN, M. y EPELE, M. (2012) "Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina". *Antípoda* N° 14, pp. 209-229.
- CASTRO PÉREZ, R. (2009) "Salud y cotidianidad: un análisis hermenéutico", en: Grimberg, M. (ed.), *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- CITRO, S. (2010) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.
- CONNORS, M. (1994) "Stories of pain and the problem of AIDS Prevention: injection drug withdrawal and its effect on risk behavior". *Medical Anthropology Quarterly* Vol. 8, N° 1, pp. 47-68.
- CRAWFORD, R. (1994) "Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: - Reflections on Health, Culture and AIDS". *Social Science and Medicine* Vol. 38, N° 10, pp. 1347-1365.
- CSORDAS, T. (1994) *Embodiment and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____ (2011) "Embodiment as paradigm for anthropology", en: Cabrera, P. (ed.), *Fichas del equipo de Antropología de la Subjetividad: Alquimias corporales*. Buenos Aires: FFyL-UBA.
- EPELE, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- _____ (2012) "Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalizacao". *Mana* Vol. 18, N° 2, pp. 247-268.

- _____ (2013) *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- FOUCAULT, M. ([1975] 2009) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- GARBI, S. (2011) *Discursos y prácticas terapéuticas. La noción de uso de droga como síntoma y enfermedad*. Ponencia presentada en IX Reunión de Antropología do Mercosul, Curitiba, Brasil.
- GARBI, S., TOURIS, C. y EPELE, M. (2012) "Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios de drogas". *Ciência & Saúde Coletiva* Vol.17, N° 7, pp. 1865-1874.
- GARIBOTTO, G. et al. (2006) "El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el Cono sur". *Drogas y Conflicto* N°. 14. Amsterdam: TNI.
- GARREAUD, A. y MALVENTI, D. (2006) "Viaje al centro de la ciudad opaca. Diálogos con Phillipe Bourgois". *Alteridades* N° 16, pp. 93-110.
- GOLTZMAN, P. y AMORÍN, E. (2013) *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- GRIMBERG, M. (2009) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- GUBER, R. (2012) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- JACKSON, J. (2011) "El dolor crónico y la tensión que se presenta en el cuerpo como sujeto y objeto", en: Cabrera, P. (comp.), *Fichas del Equipo de Antropología de la Subjetividad. Alquimias corporales*. Buenos Aires: FFyL-UBA.
- KORNBLIT, A. (coord.) (2004) *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.
- LOCK, M. (1993) "Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge". *Annual Review of Anthropology* 1993, N° 22, pp. 133-155.
- MAUSS, M. ([1936] 1979) *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.
- OAD-SEDRONAR (2011) *Estudio nacional en pacientes en centros de tratamiento. Argentina 2010*. Buenos Aires: OAD.
- ONU (2012) "Informe mundial sobre las drogas".
- PAWLOWICZ, M., GALANTE, A., GOLTZMAN, P., ROSSI, D., CYMERMAN, P. y TOUZE, G. (2011) "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos", en: Blanck, E. (coord.), *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional nro. 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.
- PÉREZ, E. y REIDL MARTÍNEZ, L. (2007) "Corporalidad y Uso de Drogas: Estudio de Caso de la Experiencia Subjetiva del Cuerpo". *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* Vol. 41, N° 2, pp. 241-250.
- RANGUGNI, V., ROSSI, D. Y CORDA, A. (2006) *Informe pasta base de cocaína*. Documento de Intercambios Asociación Civil.
- ROCA, A. (2003) "Cuerpo y medios de comunicación. Viejas obsesiones y nuevas tecnologías: el cuerpo en revistas femeninas argentinas". *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, pp. 139-159.
- ROCKWELL, E. (2009) *La experiencia etnográfica. Historia y cultura de los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.
- ROSSI, D. (2010). "Consumo y tráfico de drogas en territorios empobrecidos". *Revista Encrucijadas* N° 48. Disponible en: <http://www.uba.ar/encrucijadas/48/sumario/enc48-consumoytráfico.php>. Fecha de consulta, 05/07/2014.

ROSSI, D., PAWLOWICZ, M. y SINGH, D. (2007) *Accesibilidad de los usuarios de drogas a servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

SALAZAR MORA, Z. (2007) "Imagen corporal femenina y publicidad en revistas". *Revista Ciencias Sociales* N° 16, pp. 71-85.

SCRIBANO, A. (comp.) (2007) *Mapeando interiores. Cuerpo, conflicto y sensaciones*. Córdoba: CEA-UNC.

_____ (comp.) (2013) *Teoría social, cuerpos y emociones*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

SCRIBANO, A. y EYNARD, M. (2011). "Hambre individual, subjetivo y social (reflexiones alrededor de las aristas límite del cuerpo)". *Boletín Científico Sapiens Research* Vol. 1, N° 2, pp. 65-69.

SEDRONAR (2012) *La situación epidemiológica en Argentina al 2012*. Buenos Aires: OAD.

SEIFFER, T. (2010) "La miseria del capital. El papel de la política social en la reproducción de la superpoblación relativa". Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales. Argentina.

SPINOZA, B. y DELEUZE, G. (1978) "Cours Vincennes - 24/01/1978". Disponible en <http://www.webdeleuze.com/php/texte.php?cle=12&groupe=Spinoza&langue=3>. Fecha de consulta, 15/08/2014.

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

Citado. CANDIL, Ana Laura Candil (2015) "La delgadez de los/as usuarios/as intensivos/as de cocaínas" en *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°19. Año 7. Diciembre 2015-Marzo 2016. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 58-69. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/390>.

Plazos. Recibido: 21/05/2015. Aceptado: 16/09/2015.