



## **Búsquedas perseverantes: usos intensivos de drogas, tratamientos ambulatorios, cotidianidad y autocuidado**

**Persistent searches: intensive use of drugs, outpatient treatments, daily life and self-care**

**Buscas persistentes: uso intensivo de drogas, tratamiento ambulatorio, vida diaria e autocuidado**

**Ana Laura CANDIL<sup>1</sup>**

Recibido: 04.08.18

Aprobado: 14.04.19



### **RESUMEN**

Este artículo se centra en la descripción de un cúmulo de prácticas que los sujetos usuarios intensivos de drogas realizan para consigo mismos a pesar –y a causa– de transitar tratamientos ambulatorios públicos para reducir y/o descartar la ingesta, en contextos desfavorecidos. Para ello, se reseñan y problematizan las nociones analíticas de autoatención, autocontrol y autocuidado; y se señalan las prácticas de cuidado y control de sí de los consumidores problemáticos de drogas que habitan en barrios segregados del Área Metropolitana de Buenos Aires. La investigación fue realizada bajo los lineamientos de la metodología cualitativa, específicamente del enfoque etnográfico, en una institución pública ambulatoria interdisciplinaria y de salud.

**Palabras clave:** usos intensivos de drogas, tratamientos ambulatorios, autocuidado, poblaciones desfavorecidas.

### **ABSTRACT**

This paper focuses on the description of a cluster of practices conducted by subjects intensive drug users to themselves –caused by–transit public outpatient treatment to reduce and/or exclude intake in disadvantaged contexts. To this end, I summarized and problematize analytical notions of self-attention, self-control and self-care; and listed practices of care and self-control of problem drug users living in segregated neighborhoods of Buenos Aires, Argentina. The research was conducted under the guidelines of qualitative methodology, specifically the ethnographic approach in an interdisciplinary outpatient and public health institution.

**Keywords:** intensive use of drugs, outpatient treatment, self-care, disadvantaged populations.

---

<sup>1</sup> Lic. en Trabajo Social y Dra. en Ciencias Sociales. Docente de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional de José C. Paz. Becaria posdoctoral del CONICET: Contacto: anacandil@yahoo.com.ar

## RESUMO

Este artigo enfoca a descrição de um conjunto de práticas que os usuários intensivos de drogas realizadas por eles mesmos, apesar de –e por causa– da passagem de tratamentos ambulatoriais públicos para reduzir e / ou descartar a ingestão, em contextos desfavorecidos. Para isso, as noções analíticas de autocuidado, autocontrole e autocuidado são revistas e problematizadas; e são indicadas as práticas de autocuidado e controle de usuários problemáticos de drogas que vivem em bairros segregados da Região Metropolitana de Buenos Aires. A pesquisa foi conduzida sob as diretrizes da metodologia qualitativa, especificamente a abordagem etnográfica, em uma instituição pública, ambulatorial, interdisciplinar e de saúde.

**Palavras-chave:** uso intensivo de drogas, tratamento ambulatorial, autocuidado, populações desfavorecidas.

## SUMARIO

1 Introducción; 2 Sobre la metodología y técnicas de producción de datos; 3 Acerca de las nociones de autoatención y autocontrol; 4 Una aproximación al autocuidado en salud; 5 Sobre tratamientos ambulatorios y prácticas de autocuidado; 6 Autocuidado, cotidianidad y consumos problemáticos de drogas; 7 Reflexiones finales a modo de cierre; 8 Referencias bibliográficas.

\*\*\*\*\*

## Introducción

*Ese sueño que donde se detiene  
esconde un diente de animal,  
y cuanto cruza el paso de las piedras  
lastima el ojo igual que una culebra*  
Carcará – Jorge Fandermole, 1988

Las perspectivas socio-antropológicas sobre salud en general y sobre drogas en particular, han distinguido diversas modalidades de atención a los padecimientos y malestares desde hace años. Estas distinciones se basan, generalmente, en la diferenciación entre lo que los sujetos realizan consigo mismos y/o con allegados para alcanzar cierto bienestar posible, lo que el paradigma biomédico y/o psi produce en y con ellos, y sus vinculaciones y relaciones. Si bien estas distinciones han resultado fructíferas, en Argentina resulta complejo sostenerlas cuando se aborda el campo de los usos intensivos de drogas. Las poblaciones desfavorecidas que consumen tóxicos llevan al menos cinco décadas siendo objeto de múltiples –y no por ello eficaces– intervenciones, no pudiéndose distinguir cuáles saberes se encuadrarían en los discursos profesionalizados y cuáles formarían parte de las poblaciones.

En la actualidad, la mayoría de las terapéuticas orientadas a abordar los usos intensivos de drogas se encuadran en el régimen ambulatorio de atención, es decir, no implican residencia institucional y promueven la continuidad de los vínculos próximos. En términos generales, se basan en acudir a instituciones y sostener entrevistas semanales con profesionales de la salud. A partir de esta estructuración de la terapéutica, los/as usuarios/as de drogas despliegan una amplia variedad de prácticas, estrategias y actitudes que buscan reducir y/o descartar la ingesta de tóxicos en su vida cotidiana. Este complejo y expansivo despliegue suele quedar relegado en lo que los/as usuarios/as, sus redes de proximidad y los/as profesionales de la salud consideran como tratamiento.

Partiendo de las producciones que trabajan en torno de las prácticas que los sujetos realizan para consigo mismos, los objetivos de este artículo son: delinear las nociones de autoatención, autocontrol y autocuidado circunscribiéndolas a la temática de los usos intensivos de drogas, y describir un cúmulo de prácticas que los consumidores problemáticos que habitan

en barrios segregados del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) realizan mientras transitan un tratamiento terapéutico ambulatorio<sup>2</sup>.

La estrategia expositiva será la siguiente: se señalará la metodología desplegada; luego, se reseñarán y analizarán las perspectivas de autoatención y autocontrol; posteriormente, se realizará una aproximación crítica a la noción de autocuidado; a continuación, se describirán los tratamientos ambulatorios públicos especializados; después, se explicitará una multiplicidad de dominios en los que los/as usuarios/as despliegan prácticas para reducir y/o descartar la ingesta de drogas en la cotidianidad de la vida; y, para finalizar, se recapitulará lo expuesto y se abordarán las conclusiones.

### **Sobre la metodología y técnicas de producción de datos**

La investigación en la que se enmarca este artículo fue realizada siguiendo los lineamientos de la metodología cualitativa, específicamente a partir del enfoque etnográfico (Achilli, 2005; Rockwell, 2009; Guber, 2012). Este enfoque ha tenido probada fertilidad para la documentación de la cotidianidad de la vida de los/as usuarios/as de drogas (Romaní, 1997; Epele, 2010; Bourgois, 2010) y de los tratamientos que intentan abordarlos (Funes Artiaga y Romaní, 1985; Renoldi, 1998). La investigación persiguió el objetivo de describir los tratamientos públicos ambulatorios del sistema de salud a los consumidores problemáticos de drogas. El trabajo de campo fue realizado durante los años 2012-2013 en una institución pública de salud ambulatoria, interdisciplinaria y especializada en consumos problemáticos de drogas localizada en un barrio segregado dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires, con casi dos décadas de trayectoria de intervención, a la que llamaré El Punto. La investigación se adecuó a los recaudos que regulan la investigación en salud, siendo evaluada y avalada por un Comité de Ética. Se implementó el Consentimiento Informado a fin de asegurar los derechos de los/as participantes y de resguardar su identidad. Con este objetivo, los nombres de los/as entrevistados/as 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 realicé casi una treintena de entrevistas 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 –madres y parejas–; y una a un referente social en un barrio con expandido consumo de pastillas con alcohol. Por medio de las observaciones y de las entrevistas, documenté 43 casos a partir de la confluencia de las versiones de los distintos grupos de sujetos implicados en las terapéuticas.

Los/as jóvenes y adultos/as usuarios/as de drogas entrevistados, casi en su totalidad, no cuentan con empleos estables, habitan en barrios segregados del Área Metropolitana Buenos Aires y no han finalizado la escolaridad secundaria. La mayoría obtiene dinero mediante distintos empleos informales (que van desde pintura y albañilería, hasta limpieza de vidrios de autos en las esquinas y la mendicidad). Es decir, forman parte de los sectores desfavorecidos de la sociedad.

---

<sup>2</sup> Una primera versión de esta reflexión fue presentada en el formato de ponencia en las IV Jornadas de Antropología Social del Centro, realizadas en el año 2013, en la ciudad de Olavarría, Buenos Aires, Argentina. Posteriormente, fue reelaborada y complejizada para la Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales de mi autoría. Este artículo, entonces, forma parte de los resultados de la investigación que derivó en dicha tesis y que fue financiada a través de becas (I y II) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

## Acerca de las nociones de autoatención y auto-control

Las perspectivas socio-antropológicas sobre los usos de alcoholes y drogas han distinguido, desde la década de 1980, distintas modalidades –social, cultural, política y económicamente producidas– de tratar malestares, enfermedades, dolencias y padecimientos.

Menéndez (1983) diferencia tres modelos –no excluyentes– de atención en el proceso salud/enfermedad/atención<sup>3</sup>: modelo médico hegemónico, modelo médico alternativo subordinado y modelo basado en la autoatención. Mientras que en las dos primeras modalidades de tratar los padecimientos interviene un curador profesional, el tercer modelo engloba a todas aquellas prácticas que las personas hacen (o no) para consigo mismas y/o con redes de proximidad para “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud [...] sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales” (Menendez, 2005: 54). Según el autor, la autoatención es el primer nivel de atención real en todas las sociedades; la modalidad más constante y aquella que sintetiza y articula los otros modelos de atención –con los que se establecen relaciones y transacciones más o menos perdurables aunque en términos de hegemonía/subordinación–; se vincula no sólo a la salud sino también a la asistencia; y se despliega en términos grupales y sociales (Menendez, 2005). Por su parte, Castel y Coopel (1991), haciendo referencia directa a la temática de los consumos problemáticos de drogas, también distinguen tres regulaciones sobre la actividad toxicomaniaca: los heterocontroles, los controles societarios y los auto-controles. Mientras que los heterocontroles –instituciones, profesionales, saberes y reglamentaciones especializadas– condensan conflictivamente dos áreas de especialización: la justicia y la medicina; los controles societarios aglutinan aquellas regulaciones sociales informales, no acreditadas pero permanentes, que no son llevadas a cabo por profesionales, y refieren a lo que las personas allegadas hacen con quienes usan tóxicos intensivamente<sup>4</sup>. El auto-control, siguiendo la perspectiva de los autores, consta de aquellas prácticas y saberes que los/as usuarios/as realizan para consigo mismos/as, a partir de haber interiorizado aspectos de los heterocontroles y los controles societarios.

Ambas distinciones, tanto la ampliamente trabajada por Menéndez como la señalada por Castel y Coppel, han resultado provechosas y han posibilitado interesantes análisis sobre las distintas modalidades de abordar malestares, dentro del campo de salud en general y de los usos de drogas en particular. Sin embargo, en la actualidad argentina, y haciendo referencia a los consumos problemáticos de drogas, resulta sumamente complejo sostener tales disociaciones entre las diversas modalidades de control/modelos de atención. La circulación, transmisión, superposición y articulación de diversos saberes sobre prácticas de usos de drogas y sobre formas de aminorar y/o intentar suprimir la ingesta de tóxicos, hace prácticamente imposible tal pretensión. Los saberes sobre las modalidades de administración de las drogas, las transformaciones en los patrones de ingesta, y las diferenciaciones en la calidad de las mismas, así como también las prácticas cotidianas para disminuir el consumo y las cartografías de instituciones donde recurrir en caso de necesitar y poder pedir ayuda, han sido construidos y transmitidos a lo largo de las décadas anteriores, no pudiéndose distinguir qué saber es propio del sistema experto, qué saber es propio de las poblaciones desfavorecidas y qué saber es propio de los/as usuarios/as –si es que ese dato resultara esclarecedor–. Por el contrario, por lo que he registrado en el trabajo de campo, la gran complejidad de las modalidades de tratar y de tratar(se) de y a los/as usuarios/as derivan de los saberes construidos y transmitidos históricamente, de boca en boca en los barrios en los que habitan y también en los complejos

<sup>3</sup> Por modelos de atención, Menéndez (2003) contempla a “todas aquellas [actividades] que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento” (p. 186). Posteriormente, el autor los sintetizará en biomedicina y autoatención.

<sup>4</sup> En palabras de los autores, “la mirada desaprobatoria de la portera, la suspicacia del profesor, la puteada del patrón, incluso las violencias descontroladas del padre descargadas sobre el hijo indefenso (...) no por estar menos formalizados, por ser menos fácilmente situables, los controles de este tipo son menos importantes” (Castel y Coppel 1991: 228).

itinerarios terapéuticos que incluyen diversas y heteróclitas instituciones –de encierro, semi-residenciales y ambulatorias– a las que acuden y/o son llevados a lo largo de sus trayectorias vitales. Por esta característica de complejidad y diversidad, es que considero pertinente la noción de autocuidado, derivada del cuidado de sí, y su crítica, como clave analítica para analizar el cúmulo de acciones, prácticas, estrategias y tácticas que los/as jóvenes y adultos/as de barrios segregados, despliegan en su cotidianidad para aminorar y/o tender a suprimir el uso intensivo de drogas, mientras se encuentran realizando tratamientos terapéuticos ambulatorios.

### **Una aproximación a la noción de autocuidado en salud**

Siguiendo la genealogía elaborada por Foucault (1990), el conocimiento de sí, la preocupación de sí y el cuidado de sí, se remontan a la Antigüedad. El autor distingue cuatro tecnologías que, si bien refieren a modalidades de dominación diferentes, se combinan y casi nunca funcionan por separado: tecnologías de producción, tecnologías de sistemas de signos, tecnologías de poder y tecnologías del yo. A éstas últimas las categoriza como aquellas que permiten a los sujetos, “efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría” (Foucault, 1990: 49). Es decir, lo que las personas hacen y desarrollan –prácticas, actitudes, aptitudes, habilidades– consigo mismas para tender a arribar a un lugar/situación/estado que implicaría cierta mejoría deseable de alcanzar. Partiendo de esta categoría de larga data, las perspectivas socio-antropológicas críticas han retomado aspectos de las tecnologías del yo para decodificar lógicas que signan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en la actualidad de América Latina<sup>5</sup>. La crítica a la lógica de autocuidado es tributaria de esta corriente de pensamiento y resulta fecunda para pensar aquellas prácticas y acciones que las personas despliegan para consigo mismas a fin de experimentar una vida lo más saludable posible en condiciones predeterminadas: siendo estrictos/as y en las situaciones más extremas, a garantizar la supervivencia en el capitalismo actual. La lógica de autocuidado hace referencia, específicamente, al proceso mediante el cual la institución médica transfiere la responsabilidad del cuidado a las personas –en enfermedades crónicas principalmente– (Epele, 1997). Transferencia que acarrea la profundización de los procesos de medicalización (Foucault, 2008), ya que estos impregnan la vida cotidiana, bajo la inferencia de que lo que hay que modificar para arribar a la salud/bienestar es el “estilo de vida” (Menendez, 2002)<sup>6</sup>. Siguiendo a Epele (1997), se produce un viraje del control desde la perspectiva médica, hacia un controlar(se) auto-regulado, auto-inflingido pero que se impone en los actos en los que se despliegan los tratamientos terapéuticos: “*te tenés que controlar*”. Este deslizamiento implica normalizar(se), bajo la inferencia de que previamente quien debe –ahora– (auto)controlarse, se encontraba en el polo opuesto implícito: el (des)control.

Como fue referido con anterioridad, en los consumos problemáticos de droga resulta sumamente complejo diferenciar qué saberes son los expertos y qué saberes son los legos, debido a que las poblaciones desfavorecidas llevan décadas siendo objeto de intervenciones

---

<sup>5</sup> Dentro del campo de la enfermería se encuentra un debate entre las perspectivas derivadas de la obra de Foucault y aquella propuesta por Orem (Camargo Bub y otros 2006; Silva y otros 2009).

<sup>6</sup> Al respecto, Menéndez (2002) señala que la categoría de autocuidado no debe ser equiparable a la de autoatención, debido a que fue “desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrismo especialmente a partir del concepto de estilo de vida, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer aspectos de la salud positiva. El uso de este concepto por el sector salud es marcadamente individualista, y se diferencia del de autoatención cuyo carácter es básicamente grupal y social (...) el estilo de vida basado en el autocuidado individual [sería] el que posibilitaría reducir o eliminar conductas de riesgo respecto de fumar, beber excesivamente alcohol o comer carnes rojas en abundantes cantidades, pero esta concepción de autocuidado y de estilo de vida suelen excluir en la práctica las condiciones de vida que hacen posible que dichas actividades de autocuidado y estilos de vida fracasen o sean exitosas” (p. 199-200).

desde las tecnologías de poder, llegando al punto en el que resulta indiscernible distinguir el origen de los saberes circulantes para “*estar mejor*”. Sin embargo, tanto la noción de cuidado de sí como de autocuidado, resultan fecundas para pensar el dominio de las prácticas que los sujetos realizan sobre sí mismos ya que independientemente de dónde emerge el saber, implican el despliegue de estrategias y técnicas para aminorar la ingesta de drogas en la cotidianeidad, aún cuando se encuentran realizando tratamientos terapéuticos.

### **Sobre tratamientos ambulatorios y prácticas de autocuidado**

Los tratamientos que abordan a los consumos problemáticos de drogas en Argentina datan de mediados del siglo pasado (Touzé, 2006; Renoldi, 1998) y han sido caracterizados como una de las áreas en las que se combinan modalidades de medicalizar y criminalizar a los sujetos (Vázquez y Stolkiner, 2009; Corda y otros, 2014; Centro de Estudios de Drogas y Derechos, 2014). A partir de la década de los '90, se consolida el dispositivo policial-judicial-sanitario, es decir, al complejo entramado de instituciones, saberes, profesionales, formularios, instituciones que operan y dan forma a las modalidades de tratar a los/as usuarios/as (Epele, 2010). Dentro de su dimensión sanitaria, el dispositivo incluye: internaciones psiquiátricas; comunidades terapéuticas; grupos de pares –principalmente Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos–; grupos religiosos –pentecostales prioritariamente–; hospitales de día y de medio día; consultorios externos hospitalarios; servicios especializados; entre otros. Según las últimas estadísticas nacionales (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico, 2009), el 40% de los centros de tratamiento que abordan a los/as consumidores de drogas, se encuentran emplazados en la provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (p. 8); el 62% cuenta con financiamiento público (p. 11); el 67% son específicos de atención de “abuso de sustancias” (p. 12); y el 71,9% son de carácter ambulatorio (p. 17-18); y el 85%, ofrece psicoterapias (p. 23)<sup>7</sup>. Es decir, los tratamientos ambulatorios, especializados, públicos y que incluyen psicoterapias para su despliegue, serían los más extendidos en el país. Resulta necesario tener en cuenta que no cualquier persona accede a un tratamiento terapéutico público sobre los usos de drogas, sino que generalmente lo hacen quienes no pueden acceder 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, tener ganas, entre otros.

Este tipo de tratamientos se basan generalmente en entrevistas psicológicas y/o grupos terapéuticos semanales de entre media hora y dos horas de duración, aunque también pueden incluir la participación en diversos talleres (de deportes, artes, expresión, etc.) y de entrevistas con psiquiatras, trabajadores/as sociales y/o con operadores socio-terapéuticos. Al tener lugar en instituciones, los sujetos usuarios son quienes se trasladan hasta allí para la realización de los actos terapéuticos, en los que hablan sobre sus preocupaciones, dificultades y problemas. El acudir un tiempo acotado a una institución, si bien es generalmente valorado positivamente por los/as usuarios/as, implica el despliegue de la lógica del autocuidado en la cotidianeidad de la vida.

La lógica del autocuidado se incluye y exaspera en los tratamientos ambulatorios ya que, ante la iatrogenia y escasez de dispositivos de encierro disciplinarios –como sería en una comunidad terapéutica o una internación psiquiátrica– (Kornblit, 2004; Garbi, 2011; Galente y otros, 2011; Garbi, 2013), la preservación y gestión de la vida “*está a cargo*” de los propios

---

<sup>7</sup> La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico (2009) caracteriza como ambulatorio a los “dispositivos donde los pacientes asisten con una frecuencia estipulada a tratamiento, el tratamiento cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran terapias individuales, familiares y grupales” (p. 16). Si nos atenemos al régimen de movilidad que implica no residir en una institución ni permanecer en ella durante varias horas, el porcentaje se acrecentaría aún más, debido a que los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos) se encuadrarían en el mismo régimen ambulatorio.

usuarios/as, implicando modalidades de controlar(se) y cuidar(se). Es decir, los tratamientos ambulatorios conllevan intrínsecamente el despliegue de la lógica del autocuidado ya que más allá del acto terapéutico, la gestión de las complejidades de la cotidianidad de los/as usuarios/as, corre por cuenta propia. Entonces, puede hablarse de lógica de autocuidado en el sentido de que si bien no existe una delegación –un saber experto que sería deslizado a los “*pacientes*”–, se desplaza –por omisión– hacia los/as usuarios/as de drogas la gestión de su cotidianidad a fin de aminorar la ingesta y de disminuir la conflictividad diaria.

### **Autocuidado, cotidianidad y consumos problemáticos de drogas**

Existe una heterogeneidad de prácticas que los/as usuarios/as realizan para consigo mismos en búsqueda de aminorar, administrar y controlar los consumos de drogas a partir de la gestión/administración del tiempo, el espacio, los intercambios y de la experiencia corporal. Estas prácticas de autocuidado tensionan y contradicen el sentido común en varios aspectos. Por un lado, exponen que les importa ver(se) mejor en contraposición a la afirmación sumamente extendida de que “*no les importa nada con tal de drogarse*”. Por otro lado, impugnan la idea de que “*se drogan todo el tiempo*”, debido a que existen ritmos, tiempos y lugares que se han ido conformando a lo largo de las trayectorias de consumo a fin de preservarse.

Dentro del cúmulo de prácticas de cuidado de sí, se encuentran las medidas higiénico-dietéticas. Los usuarios de cocaínas refieren que la ingesta de dulces pospone el consumo de tóxicos y también posibilita engordar luego de períodos de consumo intensivo, en los que la delgadez pronunciada da forma a la corporalidad (Candil, 2016). También se incluyen en estas medidas, el aumento de la frecuencia en la alimentación en períodos de consumo no intensivo. Este aumento, sin embargo, no se vincula a un balance nutricional, sino a lo que las avasalladas economías domésticas permiten (prevalencia de hidratos y en menor medida de proteínas). Almorzar y cenar, según señalaron, se experimenta como una novedad, debido a que “*la merca te quita el hambre*”<sup>8</sup>. De igual modo señalan al aseo: higienizarse diariamente se vivencia en muchos casos como novedoso y disruptivo. A diferencia del “*estar sucio*”, el “*andar limpio*” (que también puede incorporar otras prácticas como afeitarse o usar desodorante) denota una preocupación y ocupación en la presentación personal que adquiere la investidura de “*performance*”, es decir, una práctica que busca significar a sí mismo y a los otros que se “*está mejor*” (Castilla y Lorenzo, 2013). Y también, en las situaciones más extremas, en las cuales se cuenta con un lugar donde asearse a diferencia de cuando se habita por períodos en la vía pública (que puede ir desde algunas noches hasta años). Además de estas prácticas, se despliegan otra serie de estrategias que, desde las perspectivas locales, están “*en la cabeza, es el pensamiento*”. Se han registrado varios relatos sobre “*qué pensar para no consumir... cuando estás al borde de hacerlo*”, para “*frenar las ganas*”. Las imágenes que se rememoran son generalmente de hijos y de momentos felices que han estado localizados temporalmente en el pasado y que tienen como principales protagonistas a sus afectos, a otros significativos.

Otra serie de regulaciones tienen como dominio el ámbito de las transacciones e intercambios. Desde sus versiones, el “*no andar con plata*”<sup>9</sup> colabora en la reducción de la ingesta cuando se transitan períodos de consumo no tan intensivo:

Marcelo dice “no manejo plata porque si no me la patino [gasto]. No puedo encontrarme en el bolsillo con mucha guita. Le pedí a mi viejo que me la tenga, manejo guita mínima para no correr el riesgo de tomar decisiones porque no siempre tomo las mismas decisiones. Me voy a poner límites donde sé que me hace mejor”. José dice que él tampoco maneja dinero y Facundo que tampoco, que si se fija en los bolsillos tiene 10 pesos. Facundo dice que cuando cobraba antes, le pagaban los sábados y que para el

---

<sup>8</sup> Se señalan entre comillas e itálicas expresiones textuales de los sujetos entrevistados. Merca hace alusión al clorohidrato de cocaína inhalable.

<sup>9</sup> “Plata” o “guita” hacen referencia al dinero.

sábado a la tarde ya no tenía más plata. [Registro de campo, grupo de admisión, 22-08-2012].

El acotar el manejo del dinero, no solo es muy difícil de sostener, sino que además acarrea complicaciones con el empleo, es decir, muchas veces, quienes pueden y tienen una red de contención que les posibilite no trabajar (no ser momentáneamente fuerza de trabajo activa en el mercado informal en la mayoría de los casos), dejan, interrumpen o son despedidos de sus empleos. Tal es el caso de Emilio:

Cuanto trabajo tengo que hacer, es igual a cuanta plata voy a tener, es igual a cuanta droga puedo comprar... entonces más trabajo, más plata, más droga, ¡más hecho mierda! Por eso le dejé la plata a mi vieja... y por ahora no quiero trabajar [Registro de campo, grupo de admisión, 26-09-2012].

Saúl, a diferencia de Emilio, continúa empleado, pero debido a los horarios de El Punto (de 9 a 17 hs), debe pedir permiso en su trabajo para asistir ya que debe presentar un certificado que acredite que estuvo en la institución y que por eso no fue o se retiró antes de su puesto de trabajo. Lo cual implica dar a conocer, por un lado, que es usuario de drogas, y por el otro, que están realizando un tratamiento.

La modificación del espacio habitado es otra área en la que se despliega el complejo de autocuidado. Desde la perspectiva de los/as usuarios/as y sus redes de proximidad, las mudanzas transitorias –dentro y fuera del barrio– y aislarse en la vivienda habitada colabora con la reducción de la ingesta y con el aminoramiento de la conflictividad barrial cotidiana. Las mudanzas dentro y fuera del barrio, según las versiones locales, se dan cuando los entramados de violencia –policial, con los pares, con bandas enfrentadas, con vendedores de drogas– se profundizan, en conjunto con el aislamiento en el hogar cuando es posible “*quedarse en el barrio*”. Aunque, siguiendo las perspectivas locales, esto no siempre es posible ya que cuando el nivel de deterioro es pronunciado, las estrategias de obtención de dinero involucran robos en los barrios de residencia y la violencia policial se manifiesta sin veda.

Otro dominio de regulación se circunscribe a la calidad de las drogas. Lejos de ser uniformes, las drogas que circulan en los barrios segregados son múltiples y variadas y a mayor calidad-mayor precio. Según se ha podido registrar a través de las versiones de los/as usuarios/as, no siempre se mercantilizan las mismas drogas, por períodos se consigue “*una cocaína toda estirada*”, “*de mala calidad*”, y los/as usuarios/as dejan de consumir cocaínas hasta que haya “*alguna partida de mejor calidad*” y/o realizan sustituciones informales –entre ellas, cocaínas por alcoholes, psicofármacos y/o marihuanas–. A su vez, se han registrado barrios en los que la presencia de la pasta base/paco<sup>10</sup> ha sido “*frenada... acá no entró la pasta base porque cagamos a palos [golpeamos] al tipo que quiso meter esa mierda*”. Es por esto también, que algunos/as usuarios/as señalan que transitan períodos de abstinencia debido a la mala calidad de las sustancias disponibles en los barrios que habitan y/o en los barrios en los que compran los tóxicos. Complementariamente, postulan que la organización de la frecuencia de la ingesta colabora a la administración y posible reducción de la misma:

Marcelo le sugiere a Jorge “administrate... decí, hoy no tomo, voy a tomar 3 veces por semana, después dos y así, que esos sean tus días”. [Registro de campo, grupo de admisión, 22-08-2012].

Otro dominio de prácticas y actitudes se encuentra en las relaciones con los grupos de pares, con quienes compartían, entre otras situaciones, la ingesta de drogas. Desde las versiones de los/as usuarios/as que se encuentran atravesando un tratamiento terapéutico, alejarse del

---

<sup>10</sup> La pasta base/paco se trata de un producto secundario del proceso de refinamiento de clorhidrato de cocaína. Se trata de una cocaína fumable de mala calidad, alta toxicidad, bajo costo por unidad fraccionada.

grupo de pares y de los espacios en los que consumían colabora en reducir el consumo. Nada tiene de automático este alejamiento, por el contrario, entre quienes intentan dejar de usar drogas generalmente de manera intensiva y quienes las usan, se establece una distancia, que aunque frágil y violenta en términos temporales pero también afectivos, pareciera ser inquebrantable. Lejos de ser entendidas como relaciones diádicas y/o personalistas, entre el “*drogón*” y el “*careta*”, en ellas opera el concepto de salud, no solo a partir de la ingesta o no de drogas, sino vinculado a la noción de cuerpo y persona. Tal como señala Crawford (1994), “desde los 70s, la salud y su búsqueda se han convertido en un terreno crucial sobre el cual se basa la identidad personal. (...) el yo sano se sostiene en parte a través de la creación de otros no saludables” (p. 1348, traducción propia). En este caso, más que la creación de otros, se trataría, por un lado, de la diferenciación de pares, y por otro lado, implicaría una disrupción de la propia historia (yo antes era así, era como aquel; ahora soy otro, este).

Todos estos dominios señalados, dan cuenta que, la realización de un tratamiento terapéutico ambulatorio no ocluye el despliegue de prácticas rutinarias, constantes y cotidianas realizadas por fuera de los espacios institucionales. Por el contrario, este registro muestra la multiplicidad de áreas en las que los/as usuarios/as tienden a cuidar(se) y a controlar(se), de modo complementario a lo que señalan como tratamiento.

### **Reflexiones finales a modo de cierre**

A lo largo de estas páginas, he realizado un breve recorrido por las clásicas modalidades de diferenciar los abordajes a los padecimientos y malestares asociados a los usos intensivos de drogas. También he mostrado que en la cotidianidad de la vida, los/as usuarios/as llevan a cabo una amplia gama de prácticas (higiénico-dietéticas, en las transacciones, en los espacios habitados, en la gestión del tiempo y las calidades de las drogas, en las vinculaciones con los próximos) que tienen como objetivo tender a cierto bienestar posible o, al menos, reducir el malestar, aún cuando se encuentran realizando tratamientos terapéuticos.

El despliegue de la lógica del autocuidado, la transferencia de la responsabilidad de la gestión de la vida, si bien se presenta de manera velada debido a que no se delega explícitamente, opera de modo masivo. La necesidad de buscar y construir estrategias y desplegar prácticas que posibiliten aminorar la ingesta intensiva de drogas se presenta en diversas áreas de la cotidianidad; generando una búsqueda de alivio en combinación con los tratamientos basados en psicoterapias, aún cuando allí se ronde –hable de– estas áreas. Esta –sutil pero abrasiva– expansión a la cotidianidad de los tratamientos muestra que casi la vida entera pasa a ser gestionada –y vivida– en función de posibilitar cierto bienestar posible, aún cuando quede oculto tras la preeminencia valoración de los actos terapéuticos. Además, la lógica de autocuidado, da cuenta de la intensidad de los padecimientos directa o indirectamente vinculados a los consumos de drogas, y también que los/as usuarios/as, lejos de esperar una mejoría, intentan buscarla perseverantemente en las condiciones en las que les son posibles.

### **Referencias bibliográficas**

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

Bourgois, Philippe (2010): *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Camargo, María (y otros) (2006): “A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem”. *Texto Contexto Enferm*, 15: 152-157.

Castilla, Victoria y Lorenzo, Gimena (2013): "Las huellas del daño". In: M. Epele (comp), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de droga*. Buenos Aires: Antropofagia. Pp. 57-80.

Centro de drogas y Derechos (2014): *En busca de derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México: CIDE.

Castel, Robert y Coopel, Anne (1991): "Los controles de la toxicomanía". In: A. Ehrenberg (dir.) *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión. Pp. 221-238.

Cordeiro, Alejandro y otros (2014): *Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Crawford, Robert (1994): "Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: - Reflections on Health, Culture and AIDS". *Social Science and Medicine*, 38(10): 1347-65.

Epele, María (1997): "La lógica del (auto)cuidado y sus consecuencias en la institucionalización del VIH-SIDA". Ponencia presentada en La Plata – Argentina.

Epele, María (2010): *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

Foucault, Michel (1990): *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Foucault, Michel (2008): *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte.

Funes Artiaga, Jaime y Romaní, Oriol (1985): *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española.

Galante, Araceli y otros (2011): "La atención por uso de drogas en los hospitales psiquiátricos: la atención de la urgencia y de la patología dual". III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Garbi, Silvana (2011): "Discursos y prácticas terapéuticas. La noción de uso de droga como síntoma y enfermedad". IX Reuniao de Antropología do Mercosul, Curitiba, Brasil.

Garbi, Silvana (2013): "La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas". In: M. Epele (comp), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de droga*. Buenos Aires: Antropofagia. Pp. 153-184.

Guber, Rosana (2001): *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.

Kornblit, Ana Lía (2004): *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.

Menendez, Eduardo (1983): *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología Social.

Menendez, Eduardo (2003): "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia & Saude Coletiva*, 8 (1): 185-207.

Menendez, Eduardo (2005): "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69.

- Renoldi, Brigida (1998): *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Antropología, Universidad de Buenos Aires.
- Rockwell, Elise (2009): *La experiencia etnográfica. Historia y cultura de los procesos educativos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Romaní, Oriol (1997): “Etnografía y drogas: discursos y prácticas”. *Nueva Antropología*, 16 (53): 39-66.
- Secretaría de Programación para la prevención de la drogadicción y el narcotráfico (2009): *Censo nacional de centros de tratamientos 2008*. Buenos Aires: OAD.
- Silva, Irene y otros (2009): “Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensao paradigmática para o cuidado de enfermagem”. *Rev Esc Enferm USP*, 43 (3): 697-703.
- Touzé, Graciela (2006): *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: IAC-FIUC.
- Vazquez, Andrea y Stolkiner, Alicia (2009): “Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia”. *Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología*, 16: 295-303.