



«UN ALEPH EN EL CALLEJÓN DEL GATO. ESPACIO, CUERPO Y RITUAL: UNA ANTROPOLOGÍA DE LOS TRATAMIENTOS DE HEROÍNA PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN LA BIOPOLÍTICA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS».

Paloma Massó Guijarro

Dipòsit Legal: T 147-2015

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

**«Un *aleph* en *El Callejón del Gato*.
Espacio, cuerpo y ritual: una
antropología de los tratamientos de
heroína para la adicción a opiáceos en la
biopolítica de la reducción de daños»**

Paloma Massó Guijarro

Tesis Doctoral

Directores:

Oriol Romaní i Alfonso, Joan Carles March Cerdá y Adrián Buzzaqui
Echevarrieta



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social

Tarragona, 7 de abril de 2014

Título en castellano: «Un *aleph* en *El Callejón del Gato*. Espacio, cuerpo y ritual: una antropología de los tratamientos de heroína para la adicción a opiáceos en la biopolítica de la reducción de daños».

Título en inglés: «An *Aleph* at *El Callejón del Gato*. Space, Body and Ritual: An Anthropology of Heroin Opiate-Addiction Treatments in the Biopolitics of Harm Reduction».

Copyright ©: Paloma Massó Guijarro, 2014

Ilustraciones de la cubierta y contracubierta: Jean Cocteau. *Opium. Journal d'une desintoxication*. 1930.

Oriol Romaní i Alfonso, Catedrático del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universidad Rovira i Virgili.

Joan Carles March Cerdà, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Adrián Buzzaqui Echevarrieta, Profesor Asociado del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.

HACEN CONSTAR que el presente trabajo, titulado “Un *aleph* en *El Callejón del Gato*. Espacio, cuerpo y ritual: una antropología de los tratamientos de heroína para la adicción a opiáceos en la biopolítica de la reducción de daños”, que presenta Paloma Massó Guijarro para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo su dirección en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de esta Universidad y que cumple los requisitos para poder optar a la Mención Europea.

Tarragona, 7 de abril de 2014

Oriol Romaní

Joan Carles March

Adrián Buzzaqui

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

«UN ALEPH EN EL CALLEJÓN DEL GATO. ESPACIO, CUERPO Y RITUAL: UNA ANTROPOLOGÍA DE LOS TRATAMIENTOS DE HEROÍNA
PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN LA BIOPOLÍTICA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS».

Paloma Massó Guijarro

Dipòsit Legal: T 147-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

«UN ALEPH EN EL CALLEJÓN DEL GATO. ESPACIO, CUERPO Y RITUAL: UNA ANTROPOLOGÍA DE LOS TRATAMIENTOS DE HEROÍNA PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN LA BIOPOLÍTICA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS».

Paloma Massó Guijarro

Dipòsit Legal: T 147-2015

A mi familia y, por fin, mi lucero.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

«UN ALEPH EN EL CALLEJÓN DEL GATO. ESPACIO, CUERPO Y RITUAL: UNA ANTROPOLOGÍA DE LOS TRATAMIENTOS DE HEROÍNA
PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN LA BIOPOLÍTICA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS».

Paloma Massó Guijarro

Dipòsit Legal: T 147-2015

Agradecimientos

Quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a todos los pacientes y profesionales del centro PEPSA, sin cuya desinteresada colaboración la investigación etnográfica de este trabajo no habría sido posible, y muy especialmente a José Ángel Martínez, mi amigo y privilegiado “portero”. A mis directores: Oriol Romaní, por el lujo de contar con su sabiduría, sinceridad, meticulosidad y cariño; Joan Carles March, que apoyó mi proyecto cuando sólo era un esbozo y me abrió las puertas para el trabajo de campo; y a mi camarada Adrián Buzzaqui, por iniciarme en *otros* paradigmas, confiar en mi espíritu curioso y estar en los momentos tristes. A Sylvie Fainzang, que me acogió con cariño y me enseñó a fijar la mirada antropológica y etnográfica. También a mi entrañable tutor Jesús Aranaz, a José Joaquín Mira y a Enrique Perdiguero, que me han apoyado en los comienzos de mi andadura investigadora, cuando siendo médica residente viraba el vuelo a otros horizontes. A mis colegas Manuel Romero, que con su saber y experiencia me sumergió de lleno en el mundo de las drogas, Mauricio Sepúlveda, por nuestro mágico encuentro y su generosidad, Laura Otero, por su delicadeza y sus sabios consejos, y a Francisco Eiroa y Eugenia Oviedo-Joekes, que han estado a mano a pesar de la distancia. También a Mari Luz Esteban, por su ejemplo, su sonrisa y sus palabras mágicas.

Quien se pregunte, tarde o temprano, de dónde le vendrá el genio y la figura a esta criatura que tiene en sus manos, tendrá que volver la mirada a mis abuelos, Carlos y Paz, e Isabel y Ángel, porque son la poesía y la cordura que me arraigan a esa tierra manchega para comprender las estrellas; a mi padre, Ángel, que me sigue inspirando y alentado, y mi madre, Ofelia, por conjurarnos tiernamente con la fantasía ya antes de tener uso de razón. Pero también a mis hermanas Ester y Belén, y José Angel, mis camaradas; mis sobrinitos Paz y Elías, que me recuerdan la grandeza de lo pequeño; y sobre todo Guillermo, mi amado y mi mayor cómplice. Igualmente, Ann-Sofie y Juan Antonio han contribuido con su cariño y generosidad, que no han hecho más que crecer todos estos años. Y aún sigo en deuda con mis amigos, que han sabido comprender mis ausencias y siempre han estado ahí.

Por último, agradezco a la Fundación MAPFRE la concesión de una beca para realizar una estancia de investigación en el Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Societé (CERMES) de París.

Resumen

Desde los años noventa, ha habido un intenso debate médico, legal, político y mediático alrededor del uso de heroína como tratamiento de mantenimiento según el paradigma de reducción de daños, llegando a ensayarse en varios países de Europa y Norteamérica e institucionalizarse en algunos de ellos. En mi investigación, en primer lugar analizo los discursos científicos orientados a legitimar la prescripción de heroína para usuarios de drogas refractarios a los tratamientos de metadona. Después de una visión crítica sobre los modelos epistemológicos hegemónicos en este ámbito, justifico mi marco teórico para analizar los programas de heroína como una tecnología de poder. Así, mediante un sistema de tropos articulado en torno al espacio, el cuerpo y el ritual, en correspondencia con los conceptos de heterotopia (Foucault), ‘esperpento’ yonqui (Valle-Inclán) y ‘carnavalización’ (Bajtín), respectivamente, describo una cartografía y una anatomía del control de uso de drogas y la anormalidad de yonqui, que servirán de coordenadas para localizar políticamente los tratamientos de heroína. A raíz de mi propuesta interpretativa, presento un enfoque etnográfico en el centro de Prescripción Experimental de Estupefacientes de Andalucía (PEPSA) para estudiar la microfísica del poder dentro de esta estrategia de gubernamentalidad. A través de la estructura ritual que conforma este dispositivo clínico, analizo los procesos de subjetivación, incorporación y las resistencias experimentadas por los usuarios, de acuerdo a la perspectiva dialógica del encuentro terapéutico. Como conclusión, a pesar de los conflictos asociados a la liminaridad de esta tecnología, el ritual asistencial sirve de mecanismo performativo para transformar las identidades sociales de la mayoría de los usuarios, cumpliendo una función “re-generadora”.

Summary

Since the nineties, there has been an intense medical, legal, political and media debate around the use of heroin as a maintenance treatment according to the harm reduction paradigm, reaching tested in several countries in Europe and North America and institutionalized in some of them. In my research, firstly I analyze the scientific discourses oriented to legitimate heroin prescription to methadone refractory drug users. After a critical view about the hegemonic epistemological models in this area, I justify my theoretical framework to analyze the heroin addiction treatments as a technology of power. So, through a system of tropes around the space, the body and ritual, in correspondence with the concepts of 'heterotopia' (Foucault), 'esperpento' junkie (Valle-Inclán) and 'carnivalization' (Bakhtin), respectively, I describe both a cartography and an anatomy of drug use control and yonqui abnormality, which will serve as coordinates to locate politically the heroin treatments. Following my interpretative proposal, an ethnographic approach to the Andalusian narcotics prescription centre (PEPSA) is presented to study the microphysics of power performed through this governmentality strategy. Though a ritual structure which shapes this clinical device, I analyze the processes of subjectivation, embodiment and resistances experienced by the users, framed within a dialogic perspective of the therapeutic encounter. In conclusion, despite the conflicts associated to the liminality of this technology, the ritual of care works as performative mechanism to transform the social identities for most users, accomplishing a "regenerative" function.

Índice

Introducción	15
Introduction	21
I PARTE	27
CIENCIA, PODER Y METADISCURSIVIDAD	27
CAPÍTULO 1. El rol de la “evidencia” científica en la biopolítica de la prescripción de heroína.	29
La mirada y el método.	29
La ética de los ensayos de heroína: hechos que (d)enunciar, hechos que producir y defender.	33
La “glocalización” de la evidencia.	40
Estrabismos y escotomas de la mirada médica.	48
CAPÍTULO 2. Los disfraces del positivismo. La investigación sobre drogas en la antropología médica.	55
Superando el complejo posmoderno.	66
Traslocando y perfundiendo teoría a la prescripción de heroína.	80
CAPÍTULO 3. Una apología del tropo y el pastiche.	81
Apuntes sobre el mito y los arquetipos en la literatura, la filosofía y la antropología.	82
Marco teórico y sistema de tropos de mi investigación.	92
Espacio: las heterotopías.	95
Cuerpo: el esperpento yonqui.	97
<i>¿Por qué uso el término “yonqui”?</i>	108
<i>La figura encarnada.</i>	110
Ritual: lo grotesco y la carnavalización.	117
Notas sobre algunos aspectos formales de la escritura.	121
La voz de quien escribe.	121
Cuestiones lingüísticas sobre el género binario.	122
II PARTE	127
LAS HETEROTOPÍAS DE LAS DROGAS	127
CAPÍTULO 4. Cartografiando heterotopías psicoactivas.	129

Los espacios liminares y las heterotopías de crisis/desviación.	129
El consumo ritual de drogas: de lo sagrado a lo profano.	132
El espacio negativo: de la rebeldía a la exclusión.	138
CAPÍTULO 5. El surgimiento de la figura yonqui.	147
El particularismo del esperpento yonqui.	150
CAPÍTULO 6. La biopolítica de la anormalidad yonqui.	154
La mirada médica de los usos de drogas: localizaciones y desplazamientos.	157
La espacialización primaria: los actos del yonqui en la nosología médica.	158
La espacialización secundaria: la adicción en lo orgánico y lo molecular.	162
La espacialización terciaria: la drogodependencia en lo institucional.	165
Del espacio penitenciario al espacio clínico: el mano a mano de la toga negra y la bata blanca.	166
La medicalización de lo social y la socialización de lo médico.	170
Las estrategias de gubernamentalidad en la escena de la droga: de la epidemia al sujeto.	174
<i>Las farmacotopías.</i>	183
El yonqui destronado y los programas de heroína.	186
III PARTE	191
LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA	191
CAPÍTULO 7. Los prolegómenos.	193
Reflexiones sobre la investigación antropológica como un proceso creativo.	198
CAPÍTULO 8. Objetivos y metodología.	204
Duración y etapas del trabajo de campo.	205
Técnicas de investigación, lugares y población de estudio.	205
Entrevistas en profundidad.	213
La experiencia del mapa corporal colectivo.	217
Notas autorreflexivas sobre el proceso de acogida.	223
Llegada, distanciamiento y regreso a la institución.	225
La entrada en escena junto a los pacientes: presentación y confidencialidad.	231

Proyección y coalescencia de roles en mi figura.	234
Reflexiones sobre mi habitus.	237
El registro de la información.	245
CAPÍTULO 9. Notas sobre la representación, polifonía y autoría.	248
La representación de los actores sociales.	248
La perspectiva relacional: polifonía, dialogismo y poder.	253
Ficcionalando ficciones.	255
La ética del tercer espejo.	259
CAPÍTULO 10. Cartografía de una heterotopía de crisis/desviación.	269
En los márgenes.	269
El mapa del centro.	277
La entrada al programa: el ritual de iniciación/institución.	281
El ritual de llegada.	287
El acto de la inyección como ceremonia ritual.	293
Grupo, tótem y lugar en el rito de la inyección.	298
El espacio ritual de la inyección como cronotopo.	309
El ritual de salida.	314
Las consultas: negociando el riesgo.	315
Sistemas de interdicción: estrategias y resistencias.	319
Reflexividad y reciprocidades en las tácticas y los juegos de roles.	334
El laboratorio.	337
El espacio carnavalesco.	339
El espacio vivido: lo familiar, lo lúdico y el humor en la eficacia ritual.	344
Rito de paso, ¿adónde? Salidas y callejones sin salida.	353
CAPÍTULO 11. Carnavalización del esperpento yonqui.	359
Historia somatopolítica de los pacientes.	359
La poética de la transgresión y el exceso sobre la piel.	368
Espejo contra espejo: la inversión del esperpento yonqui.	375
Regeneración y transfiguración.	378

Cómo deshacer el esperpento yonqui.	382
Estrategias disciplinarias de descodificación del género yonqui.	384
<i>La pedagogía de las regulaciones en el dispositivo.</i>	385
<i>La pedagogía de las costumbres.</i>	389
<i>El placer domesticado.</i>	393
<i>La lógica oculta de la drogadicción.</i>	394
<i>Hacia una valorización de la droga.</i>	399
<i>Gestionando la ética del placer: del deseo a la necesidad (y de la necesidad al deseo).</i>	404
<i>Recodificando las prácticas de consumo de heroína.</i>	407
<i>La habitud y la homeostasis en la economía libidinal de la droga.</i>	408
<i>La heroína, la sangre y lo molecular en la fisiología opioide.</i>	410
<i>La heroína prescrita: significados y experiencias.</i>	411
<i>Desplazando los límites del exceso o los umbrales del riesgo.</i>	415
<i>La asimilación de la sangre-heroína/morfina a la lógica del deseo.</i>	420
<i>La vena como órgano de placer o sufrimiento.</i>	422
Rito y trans-identidades en torno al sacrificio y el placer.	424
Conclusiones	433
Conclusions	442
Bibliografía	451

Introducción

El uso de heroína como tratamiento de mantenimiento al abrigo del paradigma de la reducción de daños se ha ido configurando en torno a un agitado debate que prende con la aparición de las primeras experiencias en los años noventa y ha continuado candente conforme esta tecnología sanitaria se ha extendido a diversos países occidentales ya en el nuevo milenio. La discusión suscitada, pues, no se trata de un mero contexto en el que convenga situar la cuestión de estudio a modo de anécdota, sino que será precisamente la masa poliédrica de discursos llegados de los diferentes poderes que juegan un rol relevante en la política de las drogas –desde las administraciones públicas, los estamentos detentores del saber experto, los diversos agentes sociales, hasta los medios de comunicación– la que acabe construyendo la realidad de esta intervención de salud pública.

Conforme me sumergía en el tema de estudio, mi mirada se iba dirigiendo más allá de las verdades enunciadas en las investigaciones que se acumulaban en ese campo. Había demasiadas complejidades y contradicciones en la problematización que rodeaba los programas de heroína como para dar por sentada una objetividad que pudiera explicar su existencia, como pretendía la mayoría de esos estudios. Por ejemplo, ¿por qué los primeros ensayos clínicos con este tratamiento se realizan en un momento dado en Suiza y Holanda, cuando el problema de la heroína se trataba de una situación generalizada a los contextos urbanos de la mayoría de los países industrializados; y por qué dichos programas se extienden a otras latitudes ya casi a título póstumo, cuando los yonquis que consiguen sobrevivir habían caído en el olvido? ¿De qué agencias proviene la abogacía de este tipo de intervención y bajo qué racionalidad se diseña y ensaya? ¿Cuáles son las lógicas y argumentaciones a través de las cuales esos sectores justifican el uso controlado de heroína y qué resistencias encuentran? Así pues, mi visión era lo bastante escéptica y relativista como para no inmutarme ante la aparente asunción de una suerte de evolucionismo unilineal que se atisbaba en ese entramado, lo que podría haberme conducido a adoptar un enfoque constructivista. De hecho, rastrear lo que ese proceso tenía de contingente se me antojaba mucho más interesante y necesario que la mera descripción del mismo como una suma de hechos que se hubiesen sucedido en el tiempo y el espacio de acuerdo a un devenir monológico.

Sin embargo, a la hora de concretar cuál sería el problema de investigación en la presente Tesis Doctoral, mi verdadera inquietud no respondía tanto a desenmarañar los diversos elementos a partir de los

cuales se configura un nuevo régimen en el uso de heroína, sino comprender y analizar las formas de pensamiento y estrategias que subyacen al surgimiento y la puesta en marcha del mismo, y cómo esa lógica se traduce y confronta, a su vez, en la realidad cotidiana que viven usuarios y profesionales de los dispositivos donde se aplica esta tecnología médica. En otras palabras, me interesaba analizar, por un lado, los discursos de poder en torno a los cuales surge este particular modo de racionalizar el uso heroína hasta llegar a institucionalizarse, y por otro lado cómo esta estrategia política se *materializa* en la gestión del espacio y las prácticas del cuerpo. Así, decidí orientar mi estudio de acuerdo a una perspectiva post-estructuralista, con el objetivo de proponer un marco interpretativo capaz de trazar una genealogía a la vez que una antropología de la medicalización de la heroína según los principios de la biopolítica actual sobre el uso de drogas.

Con este propósito, la Tesis Doctoral queda estructurada en tres bloques. En el primero, abordo algunos de los aspectos epistemológicos en torno al objeto de estudio, centrándome en los discursos de la comunidad científica procedente de los diferentes campos y disciplinas que han entrado en juego, para justificar a continuación la propuesta teórica que me servirá de marco hermenéutico en adelante, articulada en torno al espacio, el cuerpo y el ritual. En la segunda parte, describo una anatomotopología del uso de drogas y sus mecanismos de control hasta arribar a la tecnología farmacológica en cuestión. En el último bloque, ofrezco una mirada etnográfica a la micropolítica a uno de sus escenarios para analizar el encuentro dialógico que surge entre pacientes y profesionales, así como los procesos de subjetivación, incorporación y las resistencias experimentadas por los primeros. A continuación, presentaré los capítulos que componen cada uno de esos tres bloques, sin dejar de enfatizar cómo los objetivos específicos que planteo en cada uno de ellos quedan hilvanados entre sí por un mismo hilo argumental.

Bajo el título de “Ciencia, poder y metadiscursividad”, en la I parte planteo una crítica a la epistemología en la biopolítica de la droga, que se inicia con una discusión acerca de la lógica de la producción de verdad científica en relación a la gubernamentalidad a propósito de los programas de prescripción de heroína. El objetivo de este primer capítulo, pues, es el de argumentar cómo el discurso médico ha problematizado y denunciado la situación de marginalidad de la población “oculta” de usuarios de opiáceos no sometidos a tratamiento, desde los principios higienistas de la salud pública y el paradigma científico vigente. Dado el papel hegemónico que ha jugado la “medicina basada en la evidencia” en la producción del saber médico en torno a la cuestión, y su poder para legitimar esta particular tecnología sociosanitaria, he recopilado y

analizado las diversas publicaciones a través de las cuales se ha ejercido la abogacía de estos programas, con especial énfasis en los numerosos ensayos clínicos centrados en la sustancia, puesto que han acaparado la investigación experimental. A partir de los diversos textos científicos, llevo a cabo una deconstrucción del discurso atendiendo a la racionalidad y la ética intrínsecas a las argumentaciones que la comunidad médica ha debatido en torno a un problema social, sanitario y jurídico, así como al modo de representar a los sujetos subsidiarios.

En el capítulo 2, “Los disfraces del positivismo”, abordo las profundas relaciones entre la lógica positivista que domina la biopolítica de las drogas (como en cualquier otro tema objeto de la gubernamentalidad) y los principales enfoques de la investigación antropológica en este campo, desde los más tradicionales, especialmente a partir la epidemia de sida, hasta otro tipo de propuestas teóricas aparecidas más recientemente, sin dejar de destacar sus diferencias y posible complementariedad. Las escasas investigaciones cualitativas que se han realizado acerca de los programas de prescripción de heroína servirán aquí para desvelar el parentesco epistemológico que éstas guardan, bajo mi punto de vista, con los estudios epidemiológicos, así como para reflexionar sobre la particularidad de su rol en la legitimación científica de dicha tecnología sociosanitaria. Después de esta crítica, el capítulo 3, “Una apología del tropo y el pastiche”, cobra un tono aseverativo para justificar mi propuesta epistemológica, con una revalorización del mito en la investigación antropológica y el campo de las drogas en particular. Aquí, describo el sistema de tropos que articulan la presente investigación, cuyos vértices son la ‘heterotopía’ (Foucault), el ‘esperpento’ (Valle-Inclán) y el ‘carnaval’ (Bajtín). Por su naturaleza literaria, me detendré en precisar cómo entiendo y reformulo el segundo de estos tropos, por medio de la expresión de ‘esperpento yonqui’, a la luz de algunos conceptos teóricos en torno a la corporalidad provenientes de las ciencias sociales y la filosofía, como el ‘habitus’ (Bourdieu) y el ‘género’ (Butler), aunque estos no basten para evitar el oxímoron de retornar a las artes para abarcar la polisemia que contiene dicho género literario. Asimismo, acompaño una reflexión ética y estética en torno al tópico de lo grotesco y la carnavalización de mi enfoque teórico en relación a los sujetos de estudio. Antes de pasar a la siguiente parte, he considerado oportuno incluir unas notas sobre algunos aspectos del estilo de mi escritura referidos, en primer lugar, a la plena asunción de la autoría del presente texto, dadas las condiciones en que he llevado a cabo la Tesis Doctoral, y en segundo lugar, al uso del lenguaje desde mi particular visión feminista.

La II parte, que he llamado “Las heterotopías de las drogas”, pergeña un mapa del control social de las drogas a partir de las políticas del cuerpo y

el espacio. Por un lado, en el capítulo 4, “Cartografiando heterotopías psicoactivas”, el tropo del espacio me sirve para trazar una breve genealogía de los usos de sustancias psicotrópicas en los diversos tiempos y culturas, atendiendo al modo en que el poder ha señalado, separado y encerrado determinados rituales, prácticas del cuerpo y usos del placer en emplazamientos físicos y simbólicos segregados del espacio social dominante, desde la Prehistoria hasta la llegada del paradigma prohibicionista y su cristalización durante el siglo pasado. A lo largo de este recorrido, trato de señalar los cambios sociales y políticos que han acompañado los usos de drogas y sus significados en relación a la progresiva migración de los lugares que han acogido estas prácticas, especialmente la inyección de heroína, quedando esta relegada a espacios marginales. Si bien señalo la traducción de algunos de los hitos que jalonan ese itinerario al contexto español, en el capítulo 5, dedicado a “El surgimiento de la figura yonqui”, mi análisis se centra en el particularismo histórico y cultural de nuestro entorno para comprender este fenómeno social que agitará la España de la Transición Democrática, al tiempo que mi mirada se vuelve ya hacia el sujeto para situarlo en el espacio político. A partir de ahí, en el capítulo 6, “La biopolítica de la anormalidad yonqui”, siguiendo la estela de Foucault (1966), entablo un diálogo entre las distintas políticas del cuerpo y el espacio que se han sucedido y superpuesto en la construcción y gestión de un problema que deviene objeto de la mirada, los discursos y la mecánica médica y jurídica, pero también del campo social. En esta breve cartografía de la drogadicción, me focalizaré en los espacios liminares, más o menos institucionalizados, que cumplen una función pastoral o de normalización, a la vez que carnavalesca, sobre los usuarios de drogas, en tanto figuras que encarnan una moral del exceso, un peligro social y una fuente de contagiosidad. Mi mirada antropológica se dirigirá, pues, a las intersecciones de dichos emplazamientos con el reverso biopolítico del régimen prohibicionista que supone el paradigma de la reducción de daños y las estrategias terapéuticas con prescripción farmacológica que descansan en gran parte bajo sus principios, desde los programas de metadona hasta los más recientes de heroína.

Siguiendo mi análisis de la mecánica de poder en torno a las tecnologías sociosanitarias de uso controlado de heroína, para conectar el nivel macrosocial ya referido con el nivel local, en la III parte presento una aproximación etnográfica al único programa que se ha puesto en marcha hasta la fecha en el territorio español. No es, por tanto, casual que esta aportación suponga un tercio y no la totalidad de la Tesis Doctoral. De hecho, mi objetivo ahí no tiene que ver tanto con *sistematizar* el conjunto de representaciones sociales, creencias e ideologías de los actores sociales

que conviven en este dispositivo, como con *analizar* antropológicamente las relaciones entre el contexto histórico y político en que se conforma el problema de estudio y el conjunto de formaciones discursivas, subjetividades y prácticas que permean a y se modelan en la escena cotidiana de este entorno terapéutico. En otras palabras, el sentido de mi investigación etnográfica es el de completar la construcción de mi visión antropológica de la cuestión con una mirada a la microfísica de poder en este enclave en particular. Precisamente, como consecuencia de las correspondencias que busco entre cada una de las partes de este trabajo para responder a ese objetivo general, y que espero poner en evidencia con mi propuesta interpretativa, la circularidad será recurrente en la estructura de mi investigación, sin pretender caer en lo reiterativo.

Dicho esto, los tres primeros capítulos de esta III parte los he reservado, respectivamente, a narrar los antecedentes de mi investigación, reflexionar sobre los objetivos y la metodología del estudio etnográfico, así como matizar algunas cuestiones epistemológicas relacionadas con la representación de los sujetos de estudio y la autoría a partir del marco teórico y el sistema de tropos sobre el que apoyo mi enfoque hermenéutico, en contraposición a las aproximaciones de tipo empiricista y/o naturalista. Ya en el capítulo 10, “Cartografía de una heterotopía de crisis/desviación”, me ocupo de la función política que desempeña el dispositivo de estudio, desbridando el sistema de relaciones espaciales que surgen tanto con el afuera como dentro de su seno institucional, a través de una descripción de la estructura arquitectónica del centro y de un recorrido por los distintos segmentos que lo configuran. A lo largo del mismo, el tropo de la heterotopía servirá para analizar *in situ* las relaciones de poder entre los sujetos de estudio que he podido observar durante mis estancias allí. Pero, a pesar de este énfasis en la dimensión espacial, veremos ya asomar forzosamente su imbricación con la dimensión corporal, a la que dedico el capítulo 11, toda vez que el cuerpo de los usuarios deviene objeto de la mecánica disciplinaria y la lógica gubernamental del dispositivo.

En este último capítulo, “La carnavalización del esperpento yonqui”, la liminaridad seguirá siendo el hilo conductor que conecta (y a veces enfrenta), tanto en el plano simbólico como efectivo, este particular emplazamiento con la corporalidad de los pacientes, como trataré de mostrar con mi análisis de sus propias narrativas (orales, somáticas y plásticas) y las observaciones etnográficas a la luz de la tesis del esperpento yonqui. En primer lugar, presentaré una breve descripción de la historia encarnada o somatopolítica de los usuarios para poner de relieve los procesos de incorporación de la marginalidad y la exclusión

social asociadas al uso de drogas ilegales, con un enfoque solidario de las propuestas sociológicas y antropológicas sobre el cuerpo como escenario político de representación, es decir, como metáfora social. Esta descripción servirá para comprender cómo se sitúa el “cuerpo yonqui” en esta heterotopía y pasa a convertirse en diana de la mecánica performativa y la producción de subjetividades que promueve la lógica asistencial. Aquí, prestaré una especial atención a la dialéctica y negociación en el encuentro terapéutico entre los profesionales y los pacientes, analizando cómo desde distintos discursos se repiensa cuestiones fundamentales como, por ejemplo, la ética del placer y la gestión del deseo, al tiempo que se ubican los límites de la normalidad y brotan resistencias. Asimismo, siguiendo con la premisa del cuerpo como espacio de representación simbólica, analizaré desde una perspectiva fenomenológica los procesos de incorporación (“embodiment”) e identitarios experimentados por los pacientes en este entorno clínico, a través de sus retóricas corporales y el modo en que resignifican su relación con la heroína y la práctica de la inyección.

En cuanto a la finalidad de esta investigación, cuya naturaleza en tanto Tesis Doctoral no hay que olvidar, pretendo rendir una contribución científica no sólo en relación al problema de estudio en sí, sino también a los debates teóricos en el campo de la antropología y las ciencias sociales, así como sugerir posibles aperturas a nuevas perspectivas e interrogantes. A su vez, el enfoque interpretativo que propongo aquí invita a una reflexión ética, tratando de visibilizar algunos aspectos de los procesos afectivos e identitarios que viven los usuarios de los programas de heroína no siempre reconocidos ni aceptados por parte de los discursos hegemónicos, aspirando a servir, aunque sea humildemente, de ejercicio performativo y emancipador para este colectivo social.

Introduction

The use of heroin as maintenance therapy, in the frame of harm reduction paradigm, has been configured around a heated debate that fires up with the appearance of the first experiences in the nineties and has kept hot while this health technology has been spread to different Western countries in the present century. The raised discussion is therefore not a mere context in which the subject of study is an anecdote. On the contrary, it is precisely the multifaceted body of speeches from the different powers that play a relevant role in the drug policy –from public administrations, statements which hold the expert knowledge, diverse social agents, to the mass-media– that ends up building the reality of this public health intervention.

As I dipped in the subject of study, my view was moving beyond the truths enunciated in the research literature that grew in this field. I found too many complexities and contradictions in the problems surrounding the heroin programs, which kept me from taking for granted an objectivity that could explain its existence, as most of those studies claimed. For instance, why the first clinical trials with this treatment were carried out in Switzerland and the Netherlands at a given time, when the problem of heroin was common to urban contexts in most of the industrialized countries?; and why these programs are extended to other latitudes already almost posthumously, when the junkies that manage to survive had fallen into oblivion? Which agencies advocate for this type of intervention, and under which rationale is it designed and tested? Which are the logics and arguments that serve to these sectors to justify the controlled use of heroin, and what resistance do they find? Consequently, my view became skeptical and relativist enough as to remain indifferent to the apparent assumption of a sort of unilineal evolutionism that was discernible in that framework, which could have led me to a constructivist approach. In fact, I found much more interesting and necessary tracking the contingencies of that process, rather than merely describing it as a sum of events that had happened in time and space according to a monologic becoming.

However, when I faced the statement of the research problem in this Doctoral Thesis, my real concern was not to unravel the various elements that set up a new regime of heroin use, but to understand and analyze the ways of thinking and the strategies that underlie the genesis and implementation of the devices, and also how this logic is translated into and confronts the everyday reality of users and professionals involved in this medical technology device. In other words, I was interested in

analyzing, on the one hand, the discourses of power around this particular way of rationalizing the use heroin until it becomes institutional; and, on the other hand, how this political strategy is materialized in the management of space and corporal practices. Hence, I decided to adopt a post-structuralist perspective in my research, aiming to propose an interpretative framework suitable for drawing a genealogy as well as an anthropology of the medicalization of heroin according to the principles of current biopolitics on drug use.

For this purpose, the Doctoral Thesis is structured in three parts. In the first one, I address some of the epistemological issues surrounding the object of study, focusing on the speeches of scientists from different disciplines that have come into play. Next, I justify the theoretical proposal that will serve as hermeneutic framework, which is articulated around the space, body and ritual. In the second part, I describe an anatomo-topology of the use of drugs and its mechanisms of control, to arrive to the pharmacological technology in question. In the last part, I provide an ethnographic approach to the micropolitics of one of these scenarios, to analyze the dialogic encounter between patients and professionals, as well as the processes of subjectivation, incorporation and resistance experienced by the first. I will present below the chapters that compose each of those three parts, while emphasizing how the specific objectives posed in each one of them are linked by the same argumental line.

Under the title "Science, power and metadiscursivity", in the I part I propose a critique of epistemology in drug biopolitics, which starts with a discussion about the logics of the production of scientific truth in relation to the governmentality of heroin prescription programs. The aim of this first chapter is therefore to argue how the medical discourse has troubled and denounced the situation of marginalisation of the 'hidden' population of untreated opiate users, according to the principles of public health and the current scientific paradigm. Given the hegemonic role played by the "evidence-based medicine" in the production of medical knowledge, and its power to legitimize this particular social and health technology, I have compiled and analyzed different publications that have been used to advocate for these programs, with special emphasis on numerous clinical trials focusing on the substance, as they have dominated the experimental research. From these scientific texts, I carry out a deconstruction of the discourse according to the intrinsic rationality and ethical arguments of the medical community when discussing about a social, health and legal issue, as well as the way of representing subsidiary subjects.

In Chapter 2, "The disguises of positivism", I address the deep relations between the positivist logic that dominates the biopolitics of drugs (as in any other topic suitable for governmentality) and the main approaches of anthropological research in this field, from the most traditional, especially since the AIDS epidemic, to recent theoretical proposals aimed at highlighting their differences and possible complementarities. The scarce qualitative research carried out on heroin prescription programs serves here to uncover the epistemological relationship that these have, in my opinion, with epidemiological studies. They also allow to reflect on the particularity of their role in the scientific legitimacy of healthcare technology. After this critic, Chapter 3, "An apology of the trope and pastiche", turns declarative to justify my epistemological proposal, stating a reevaluation of the myth in anthropological research and the drugs field in particular. Here, I describe the system of tropes that articulate my research, whose vertices are the 'heterotopia' (Foucault), the 'esperpento' (Valle-Inclán) and the 'carnival' (Bakhtin). By the literary nature of the second of these tropes, I find necessary to specify how I understand and rewrite it, using the expression of 'junkie esperpento', in the light of some theoretical concepts around the corporality brought by the social sciences and philosophy, such as 'habitus' (Bourdieu) or 'gender' (Butler). Nonetheless, these will not be enough to avoid the oxymoron of returning to the arts to comprise the polysemy that contains this literary genre. Also, I add an ethical and aesthetic reflection on the topic of the 'esperpento' and the 'carnivalization' in my theoretical approach in relation to the subjects of study. To finish this part, some notes on my writing style are included, regarding, firstly, the full assumption of the authorship of this text, given the conditions in which I have performed the Doctoral Thesis, and secondly, with respect to the use of the language from my particular feminist view.

The II part, called "The heterotopies of drugs", draws a map of the drugs social control through the policies of the body and space. On the one hand, in Chapter 4, "Cartographing psychoactive heterotopies", the trope of the space allows me to describe a brief genealogy of the psychotropic substances uses in different times and cultures, according to the way in which power has pointed out, enclosed and separated certain rituals, body practices and uses of pleasure in physical and symbolic sites segregated from the dominant social space, since the Prehistory until the arrival of the prohibitionist paradigm and its crystallization in the past century. Along this itinerary, I try to highlight the social and political changes that have accompanied the use of drugs and their meanings in relation to the progressive migration of the places that have hosted these practices, especially the injection of heroin, which ends up relegated to marginal

spaces. Although I point out the translation of some of the landmarks marking out this itinerary into the Spanish context, in Chapter 5, dedicated to "The rise of the junkie figure", I focus my analysis on the historical and cultural particularism of our environment to understand the social phenomenon that agitated the Spain of the Democratic Transition. At the same time, I already turn my look to the subject in order to locate it in the political space. There on, in Chapter 6, "The biopolitics of junkie abnormality", following the footsteps of Foucault (1966), I initiate a dialogue between the various policies of the body and the space that have succeeded and overlapped on the construction and management of a problem that becomes object of the view and the discourse of the medical and legal mechanics, but also the social field. Within this brief map of drug addiction, I will focus in the more or less institutionalized liminal spaces that have a pastoral or normalization, as well as carnivalesque, function over drug users, as figures that embody a morality of excess, a social danger, and a source of infectiousness. My anthropological vision will be addressed, therefore, to the intersections between these loci and the biopolitical reverse of the prohibitionist system, that is, the paradigm of harm reduction and the therapeutical strategies with drug prescription that share largely its principles, from methadone to heroin programs.

I continue my analysis of the mechanics of power around the social technologies of controlled heroin use connecting with the already referred macro-social level at the local level. To this purpose, in the III part I present an ethnographic approach to the only program that has been carried out so far in Spain. It is not, therefore, casual that this contribution occupies one third of the Doctoral Thesis, instead of the whole. In fact, my aim there is not as much to systematize the set of social representations, beliefs and ideologies of social actors that coexist in this device, but to analyze anthropologically the relationships between the historical and political context in which the object of study is configured, as well as the discursive formations, subjectivities, and practices that permeate to and model the daily scene of this therapeutic environment. In other words, the sense of my ethnographic research is to complete the construction of my anthropological view of the issue with a look at the microphysics of power in this particular site. It is just as a result of the correspondences that I seek between each of the parts of this work to respond to this global objective, and I hope to reveal them through my interpretive proposal, that the circularity becomes recurrent in the structure of my research, without pretending to fall in the repetitiveness.

That said, the three first chapters of this III part are reserved to narrate the background and the history of my research, to reflect on the objectives and methodology of the ethnographic study, as well as to clarify some epistemological issues related to the representation of the subjects of study and the authorship from the theoretical framework and the system of tropes that support my hermeneutic approach, as opposed to the empiricist or naturalistic approaches. In Chapter 10, “Cartography of a crisis/deviation heterotopia”, I address the political function that the device under study performs, debriding the system of spatial relationships that arise both at the outside and the inside of the institution, through a description of the architectural structure of the centre, and an itinerary of the various segments that configure it. The trope of ‘heterotopia’ will serve to analyze in situ the relations of power between the subjects of study that I have observed during my stays there. However, despite this emphasis on the spatial dimension, the interweaving with the corporal dimension will forcefully become evident. This dimension is what Chapter 11 is dedicated to, since the users’ body becomes an object of the disciplinary mechanism and the government logic of the device.

In this last chapter, "The carnivalization of the junkie esperpento", the liminality will remain the common thread that connects (and sometimes faces), both at the symbolic and the effective level, this particular locus with the corporality of the patients. This is what my analysis of their own (oral, somatic and plastic) narratives and my ethnographic observations in the light of the thesis of the ‘junkie esperpento’ is aimed at illustrating. First, I will present a brief description of the embodied history or somatopolitics of users, to highlight the processes of incorporation of marginality and social exclusion associated with the use of illegal drugs, with a supportive approach to the sociological and anthropological proposals on the body as political scenario of representation, i.e., as a social metaphor. This description will be used to understand how the “junkie body” is located within this heterotopia, and becomes the target of the mechanical performative and the production of subjectivities that the healthcare logic promotes. Here, I pay special attention to the dialectic and negotiation that take place during the therapeutic encounter between professionals and patients, analyzing how through a variety of discourses fundamental issues are rethinking, such as the ethics of the pleasure and the management of the desire, at the same time that the boundaries of normality are settled and resistances arise. Meanwhile, following the premise of the body as a space of symbolic representation, I review from a phenomenological perspective the processes of embodiment and identity experienced by patients in this clinical device, through their body

rhetorics and the way they redefine their relationship with heroin and injection practice.

As for the purpose of this investigation, whose Doctoral Thesis nature should not be forgotten, I intend to give a scientific contribution not only in relation to the problem of study itself, but also to the theoretical discussions in the field of anthropology and social sciences, as well as to suggest possible openings to new perspectives and questions. At the same time, the interpretive approach that I propose here also invites an ethical reflection, trying to visualize some aspects of the affective and identity processes experienced by heroin users, which are not always recognized or accepted by the hegemonic discourses. In this way, this approach aspire to serve, albeit modestly, as a practice of performativity and emancipation for this social group.

I PARTE

CIENCIA, PODER Y METADISCURSIVIDAD

CAPÍTULO 1. El rol de la “evidencia” científica en la biopolítica de la prescripción de heroína.

“Aunque todas las cuestiones científicas posibles fueran respondidas, los problemas de la vida seguirían sin haber sido tocados”.

Ludwig Wittgenstein
Tractatus Logico-Philosophicus (1922:6.52)

Si se me permite la comparación, el proceso de experimentación y puesta en marcha de los programas de prescripción de heroína actuales es tan abigarrado y surrealista que bien podría inspirar el guión de una película de Almodóvar, con yonquis, curas, políticos, científicos y medios de comunicación entrando en escena. En este capítulo, del conjunto de agencias y actores sociales implicados, me centraré en el rol de la ciencia para defender un tratamiento tan controvertido como este, en tanto se apoya en una sustancia no sólo ilícita, sino también socialmente estigmatizada, hasta llegar a hacerlo realidad. Así, más allá del cómputo y el orden de intereses que haya llevado a las administraciones públicas a acoger este tipo de medidas biopolíticas, lo que me interesa destacar es el fenómeno de acoplamiento entre la lógica del gobierno y la lógica de la producción del conocimiento que ha llevado a legitimar la puesta en marcha de los programas de heroína en Suiza, Holanda, España, Alemania, Reino Unido y Canadá y Dinamarca, en un contexto social, político y jurídico adverso. En otras palabras, mi reflexión se centrará en los mecanismos discursivos de poder a través de los cuales se problematiza la realidad social a la hora de impulsar medidas de gubernamentalidad.

La mirada y el método.

A lo largo de más de una década, la comunidad de expertos ha defendido una política en drogas basada en el conocimiento científico. Progresivamente, se endurecen las críticas al modo en que los gobiernos aplican medidas en el campo de las drogas con menor fundamento científico que en otros asuntos (Bennett y Holloway, 2010; Strang *et al.*, 2012), a la vez que se cuestiona el peso otorgado a la opinión del público lego en los *referenda* (Marlowe *et al.*, 2003). Algunos autores plantean una crítica frontal al sistema prohibicionista y, más concretamente, a la

vigencia de la Convención de Viena, no sólo por su ineficacia para frenar el uso de drogas, sino por sus graves efectos contraproducentes, como la violencia vinculada al mercado negro, el estigma social, la criminalización y la marginación de los usuarios, la expansión del sida y otras enfermedades y, en suma, por violar los derechos humanos (Drucker, 1999; Wood *et al.*, 2010; Room y Reuter, 2012). Así por ejemplo, Nick Crofts (1996), uno de los impulsores de los programas de heroína en Australia, considera que “It is scarcely credible in this era of sceptical rationality that a social policy with such far-reaching effects is based on little more than an almost religious faith in the doctrine of prohibition –a policy based on racism, commercial exploitation, colonialism and the worldwide export of United States domestic policy”. Frente a las habituales medidas de represión tomadas por las agencias internacionales y los gobiernos, los expertos abogan por una política de drogas “evidence-based” en aras de “maximise the public good”, hasta donde permita llegar el marco legal vigente (Strang *et al.*, 2012). Su propuesta, por tanto, consiste en aplicar medidas, desde la prevención hasta la reducción de daños y los denominados tratamientos de bajo umbral, que se hayan probado eficaces tanto en estudios científicos preliminares como en ulteriores evaluaciones (Bennett y Holloway, 2010; Wood *et al.*, 2010; Wood *et al.*, 2012; Strang *et al.*, 2012).

Coincidiendo con el surgimiento de este enfoque tecnócrata, a mediados de los noventa, la comunidad científica de diversos países industrializados empieza a cuestionar el monopolio farmaco-terapéutico detentado por la metadona frente a la heterogeneidad que caracteriza el colectivo de usuarios de drogas (Belding *et al.*, 1998; Mino *et al.*, 1998; Fischer *et al.*, 1999; Maremmani *et al.*, 1999; Morral *et al.*, 1999; Zunzunegui, 1999). Apelando al saber médico, los expertos se afanan en buscar alternativas farmacológicas a los tratamientos convencionales por medio de la investigación experimental con opiáceos como buprenorfina, levo-alfa-acetilmadol, morfina, hydromofona y la propia heroína. Algunas de estas sustancias pasarán a ampliar la farmacopea en varios países sin encontrar apenas resistencia. No será así para el caso de la sustancia de elección de los usuarios, cuya legitimación requerirá de una sólida estrategia.

Que el saber médico devenga epítome del conocimiento en torno a esta cuestión no deja de ser un ejemplo más del modo en que la sociedad moderna, por medio de sus aparatos de poder, trata de explicar y orientar la gestión de un fenómeno social complejo. Algunos autores se refieren a este proceso de secularización, que se inicia en el siglo XIX y se intensifica progresivamente hasta la actualidad, como la “era de la

medicalización” (ver Aïach y Delanoë, 1998)¹. En el prólogo a esta obra, Didier Fassin define este fenómeno como una “*construction sociale*” que “*consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques que n’étaient jusqu’ alors pas socialement appréhendées dans ces termes*”. Y añade: “*Elle est avant tout la redéfinition d’un problème existant dans un langage médical (Conrad, 1992)*” (Fassin, 1998:5). En efecto, la historia reciente ha demostrado que resulta más eficaz abordar un problema social complejo cuando se plantea como una alarma de salud pública que desde una denuncia de la desigualdad social. Así pues, la denominada “*abogacía de la salud pública*”, a través de la cual la mirada médica se extiende al conjunto de la población más allá del individuo, representa una nueva defensa de la moral. En consecuencia, el conjunto de agentes sociales (profesionales sanitarios, investigadores, sociedades médicas, oenegés, asociaciones de ciudadanos, mandatarios, etc.) involucrados en cualquier debate político, debe dotarse de los discursos y estrategias capaces de brindar una visión sanitizada de la realidad, con el fin de legitimar sus argumentos y lograr que los gobiernos actúen frente a los problemas sociales.

Entre los numerosos ejemplos que atestiguan el proceso de medicalización, Fassin escoge el caso de la epidemia de saturnismo entre los niños de inmigrantes africanos en Francia durante los años ochenta, para ilustrar los mecanismos en que opera la biopolítica moderna. En su investigación sobre el tema, el autor denuncia que las administraciones públicas sólo se preocupan por dignificar las condiciones de vida de esta comunidad una vez identifican que las intoxicaciones por plomo provienen de la ingestión de la pintura, ya en desuso, que cubre las paredes de sus humildes viviendas. Es decir, los “[*moral*] arguments on the deterioration of bodies” prevalecen ante la situación de desigualdad social a la hora de emprender acciones gubernamentales, a pesar de que la enfermedad es sólo un síntoma de aquélla: “*The legitimacy of the illness counted more than the illegitimacy of the population (...) [as] is currently operating in many areas of government action*” (Fassin, 2007:256).

Volviendo al tema de estudio, será necesario, por tanto, construir un problema de salud pública a partir de una disciplina o *mirada médica* que naturalice y objetive una cuestión social, es decir, una disciplina capaz de producir las “*pruebas*” y “*datos*” que devienen únicos objetos de verdad, a través de la cual el discurso médico cobra una dimensión demográfica: la epidemiología. Su lenguaje es el del recuento estadístico y la distribución

¹ Sobre el proceso de medicalización como forma de control del cuerpo y la sociedad, ver los trabajos de Zola (1972), Conrad y Schneider (1992), Conrad (2007) y Szasz (2007), éste último centrado en el poder psiquiátrico.

de la mortalidad y la morbilidad, así como la estimación del riesgo entre la población. Pero, además, para *elucidar* la bondad de los programas de heroína se precisará de un *método* científico con suficiente credibilidad para desafiar la biopolítica de la “guerra a las drogas”. De acuerdo a la “medicina basada en la evidencia”, el modelo epistemológico que goza de autoridad, prestigio y reconocimiento unánime a la hora de generar conocimiento en el campo de la salud desde la II Guerra Mundial, los expertos no dudan en recurrir al método epidemiológico por antonomasia para establecer la relación causal entre dos fenómenos y contrastar hipótesis, acogiéndose a los criterios de causalidad postulados por el estadístico Austin Bradford Hill (1965): el ensayo clínico. Como antídoto de los predicados morales, políticos o económicos que arrastra la sustancia en cuestión, se propone una investigación experimental farmacocéntrica con la finalidad de objetivar estadísticamente las diferencias entre los beneficios de los tratamientos convencionales y los tratamientos de heroína, eso sí, asumiendo el consabido margen de error del 5%.

Así pues, los investigadores no sólo se preocupan de problematizar la realidad reduciendo y traduciendo su polimorfismo al lenguaje estadístico y biomédico de la salud pública. Además, afrontan el desafío de emular las condiciones de la investigación *in vitro* por medio de los ensayos clínicos con heroína, en aras de neutralizar la controversia asociada al estatus legal y moral de la sustancia en cuestión y, en última instancia, orientar la biopolítica de las drogas, aun reconociendo las adversidades que impone el marco prohibicionista, “which creates so many confounders (e.g., necessary involvement of the heroin user in a criminal milieu, enormously inflated cost of drugs on the black market and resulting peer pressure to participate in crime)” (Crofts, 1996).

En el siguiente epígrafe trataré de analizar la moralidad y la racionalidad bajo las que se plantea un problema de salud pública que justificará la medida en cuestión, poniendo en “evidencia” las contradicciones en el discurso militante de la comunidad científica. Para ilustrar el proceso de construcción de la mirada epidemiológica, describiré las categorías a través de las cuales el discurso experto representa a la población diana de este tipo de intervenciones y abordaré el tipo de argumentos que sustentan la abogacía (y la demanda) de los ensayos clínicos con heroína. Veremos también cómo dentro del mismo campo científico otros autores se han valido de dichas categorías y argumentaciones para fundamentar su oposición y desacreditar este tipo de tecnología médica.

La ética de los ensayos de heroína: *hechos que (d)enunciar, hechos que producir y defender.*

Desde mediados de los noventa, como ya he señalado, la comunidad científica lamenta que en los países donde hay una extensa red asistencial de programas de metadona, poco más de la mitad de la población diana llega a beneficiarse de este tratamiento (Fischer *et al.*, 2002), de manera que el resto continúa abocado a la clandestinidad y delincuencia para costear los consumos diarios. De forma más o menos tácita, por medio del discurso biomédico se denuncia la situación de exclusión social de los “recalcitrant users” (Kuo *et al.*, 2000:366), “‘hard-core’ chronic addicts [or] addicts out of treatment” (Uchtenhagen, 2009:32), “opioid ‘abusers’ or ‘non-medical users’” (Fischer *et al.*, 2008:625), es decir, los usuarios que no se adhieren a los programas de metadona (Carnwath, 2005:126) y que típicamente “remain involved in crime to get heroin.” (Sheldon, 1997:835).

Por su parte, el psiquiatra británico Tom Carnwath, insistirá en la ineficacia de la gestión del uso de drogas ilegales por parte de los propios usuarios y la necesidad de ofrecerles tratamiento cuando describa las nefastas consecuencias para los participantes del ensayo clínico de heroína holandés de abandonar este tratamiento: “Two months after (...) the majority of ‘responders’ had deteriorated considerably. In other words, patients also *acted as their own controls*. Heroin treatment led to improvements, which dissipated when the treatment was removed” (2005:126; la cursiva es mía)². Esta misma perspectiva conductista y farmacocéntrica la encontramos en una noticia publicada en la revista *British Medical Journal*, donde Tony Sheldon refiere que: “Wim van den Brink, professor of psychiatry and addiction at Amsterdam University, sees it [heroin assisted treatment] as a “pharmacological intervention to stop a destructive pattern of behaviour (...) [and as] one small piece of the puzzle” in a range of dependence treatment” (1997:835; la cursiva es mía). Así pues, en la representación de la población diana de los programas de heroína, que se traducirá en la posterior formulación de las investigaciones epidemiológicas, también se apela al saber psiquiátrico, habiendo una mayoría de profesionales de este campo entre

² Desafiando este tipo de representaciones que asumen una discapacidad del usuario para gestionar el uso de heroína (ya que pasa a ser gobernado por la sustancia) y, por tanto, una forma de existencia degradada, David Shewan y Phil Dalgarno, en un estudio realizado en Glasgow (Escocia) sobre una población “oculta” de usuarios, con largas carreras de consumo de heroína y sin experiencia en tratamientos, encuentran “levels of occupational status and educational achievement comparable to that in the general UK population” y “low levels of negative health and social outcomes” en su muestra, así como “controlled patterns of [drug] use” (Shewan y Dalgarno, 2005:1).

los impulsores de los programas de heroína. Veamos la argumentación de los investigadores holandeses al respecto:

“Currently, addiction is generally regarded to be a *chronic, relapsing psychiatric disorder* (Leshner, 1997), and evidence is accumulating that *the brain of substance dependent patients deviates from normal brains* (Goldstein and Volkow, 2002; O'Brien, 2009). In that sense, heroin dependent patients are *comparable to other psychiatric patients* and should be *treated in a similar context.*” (Blanken *et al.*, 2010:1106; la cursiva es mía).

Pero el argumento de la adicción como enfermedad mental se convertirá en una espada de doble filo una vez se lleven a cabo las primeras investigaciones con heroína. Desde una perspectiva estrictamente neurobiológica, y ciñéndose a la definición diagnóstica del CIE-10 y el DSM-IV de la adicción a opiáceos, el estadounidense Louis C. Charland abre un debate ético al cuestionar si los “subjects considered for such [rudimentary heroin] trials are *mentally competent to consent to them*”, toda vez que los “Heroin addicts suffer from a *compulsive need to seek and use heroin*” (2002:37; la cursiva es mía)³. La respuesta de los investigadores aludidos no se hace esperar. Dominique Sprumont, un experto en bioética directamente involucrado en el proyecto suizo que ensayará por primera vez este tratamiento, sin dejar de parecerle “certainly convincing”, “Theoretically (...) reasonable” y “fundamentally correct” los argumentos de Charland, responde que, a diferencia de la deontología norteamericana, “their application to the Swiss program would have been ethically unacceptable”, al tiempo que destaca el balance positivo entre los riesgos y los beneficios que se les ofrecía a los participantes del estudio (Sprumont, 2002:64)⁴.

Asimismo, siguiendo con la crítica de Fassin a la visión naturalista de la salud –según la cual “The number of ill or deceased persons is taken as

³ En torno al debate de la autonomía de los usuarios –ver los comentarios de Freckelton, Roberts, Rhodes, Ling, etc. al artículo de Charland en ese mismo número, así como Foody y Savulescu (2006) o Carter y Hall (2008), entre otros–, Edmund Henden (2012), otro experto en bioética esta vez noruego, coincide en que “we should not presume that heroin addicts are competent to consent, but not for (...) the addicts' desires for heroin”, sino “the wider social and psychological circumstances of heroin addiction, as well as the effects these circumstances may have on the addicts' beliefs about the nature of their options”.

⁴ Más recientemente, con la intención de falsar la hipótesis de Charland, en una ciudad alemana donde se implanta este tipo de tratamiento, Norbert Scherbaum y Fred Rist llevan a cabo una encuesta para evaluar las actitudes de los usuarios de opiáceos acerca del mismo, encontrando que casi la mitad de los encuestados rehusaría participar. En las conclusiones, los autores apuntan que en su decisión pesan más factores que la propia sustancia, preguntándose retóricamente si “a general assumption of the incompetence of opiate addicts regarding heroin prescription is part of the stigmatization of this patient group” (2010:116). Los resultados de este estudio coinciden con las experiencias acumuladas de este tipo de intervenciones en distintos países, cuyo éxito de reclutamiento queda lejos del “efecto pote de miel” que algunos temían.

evidence that the health problems is real, and that the government authorities and often society as a whole must fight it” (2007:253)–, los investigadores (médicos, psiquiatras y epidemiólogos, fundamentalmente, además de algunos psicólogos) hacen énfasis en la mortalidad prematura y la morbilidad que se podría evitar, en relación a la toxicidad –como las muertes por sobredosis⁵– y las enfermedades infecciosas asociadas al uso de drogas por vía parenteral, fundamentalmente por VIH, VHC y VHB (Zunzunegui y Equipo PEPSA, 1999; Scherbaum *et al.*, 2001; Fischer, Rehm *et al.*, 2002; Stimson y Metrebian, 2003; Strang, 2004; Fuente *et al.*, 2006; Wood *et al.*, 2008), que no sólo afectan a los propios usuarios de opiáceos, sino también al resto de la población (Zunzunegui y Equipo PEPSA, 1999).

Por tanto, el consumo de heroína ilegal como destino de criminalización y exclusión social, enfermedad mental crónica, y práctica de riesgo infeccioso e incluso letal, definirá la población que será objeto de esta nueva tecnología de gubernamentalidad⁶, al tiempo que la “untreated illicit opiate dependence in (...) [established market economies]” deviene un “public health challenge” (Fischer *et al.* 2002:23). Ya sea en editoriales o análisis (Wodak, 1997; Hall, 2004; Wood *et al.*, 2012), cartas al editor o revisiones (Bammer y Douglas, 1996; Stimson y Metrebian, 2003; Small y Drucker, 2006, Fischer *et al.*, 2007), capítulos de libro (Strang, 2004) e incluso en la introducción y discusión de artículos originales, en todos estos textos científicos encontramos un mismo discurso a través del cual se problematiza y denuncia ese “desafío” frente al que urge actuar, un discurso acorde con el enfoque higienista de la nueva salud pública (Petersen y Lupton, 1996), desde donde se promulgan las políticas de reducción daños.

En consecuencia, más o menos tácitamente, los argumentos que suelen esgrimirse para defender los tratamientos de heroína tratarán de compensar los descabros del sistema prohibicionista, planteando esta medida como un proyecto sanitario para, en última instancia, dignificar

⁵ En el caso de Australia se produce una especial alarma epidemiológica (Hall y Darke, 1998) y mediática por esta cuestión a finales de los noventa (Hall, 2004).

⁶ Ver el estudio de Elliot y Chapman (2000) sobre las representaciones de los usuarios de drogas en el debate suscitado en torno al ensayo clínico de heroína australiano en la prensa nacional. Según los autores, el sujeto se construye desde la otredad, a partir de la desviación de las conductas. En mayor o menor medida dentro de cada frente, el análisis de contenido muestra que las representaciones del colectivo giran en torno a las categorías de “victims”, “ill”, “people with health problems who were dying”, “criminals”, “[people who] posed costs and a threat to society” y “[people] ruined, miserable, controlled by heroin” (*Ibid.*, pp. 191 y 194). Pero mientras que en el análisis del discurso se observa que los defensores enfatizan la necesidad de asistir al usuario, los detractores abanderan una moral liberal y abstencionista que responsabiliza al individuo de su uso de drogas y castiga las conductas desviadas.

los modos de vida de los usuarios de opiáceos. Como ya he apuntado, el ensayo clínico deviene el epítome de la objetividad para producir conocimiento científico con que hacer frente a la estulticia. De acuerdo a este esquema ilustrado, se plantea una dicotomía ficticia y contradictoria entre “política” y “ciencia” (ver Bammer *et al.*, 1999; Wodak *et al.*, 2002; Wood, 2010; Kerr *et al.*, 2010, entre otros), ideología y hechos, moralidad y medicina, fe y razón. Así por ejemplo, en una carta al editor, Alex D. Wodak *et al.* sostienen que:

“Clinicians and researchers should steadfastly oppose political interference in medical research from however august a level, especially when there is such a strong rationale for the trial and when researchers have so scrupulously followed scientific process. Such interference would not be tolerated in other areas of medical research and should not be tolerated in this field” (Wodak *et al.*, 2002:449).

Frente a la común representación social de la heroína, “one of the great anomalies of this dark age of drug prohibition and the so called “War on Drugs”” (Crofts, 1996), los expertos de diversos países defienden la experimentación con esta sustancia para producir conocimiento veraz y afrontar un problema de salud pública acuciante:

“Information from properly planned and conducted scientific research is *desperately needed* to underpin policy and treatment approaches; the ACT [Australian Capital Territory] trial will clearly provide a very important piece of this information (...) Would provide important data for more informed decision-making about heroin policy (...) [and] would enable us (as a society) to assess the best methods of delivering injectable heroin in cooperation, rather than in competition, with other substitution approaches”. (Crofts, 1996).

Centrándonos en el enfoque moral y naturalista de la abogacía de la heroína en nuestro país, valga como ejemplo una editorial publicada cuando se pergeñaba la investigación con heroína también aquí. En este artículo, Victoria Zunzunegui *et al.* invitan encarecidamente a tomar conciencia de la situación médico-social del grupo de los usuarios de drogas ilícitas refractarios a los tratamientos convencionales, al tiempo que claman por adoptar medidas urgentes:

“deseamos resaltar que estos ensayos [con prescripción de heroína] están dirigidos a pacientes en los que ya ha fallado no sólo la vía de la desintoxicación y la abstinencia, sino que también son refractarios, resistentes, a la terapéutica con metadona oral y es necesario buscar otras alternativas que abran el camino a una mejoría de los mismos y no *condenarlos* al uso de la heroína callejera y a una alta mortalidad. En las condiciones actuales, no solamente es *ética* la realización de un ensayo clínico que compare los tratamientos de mantenimiento de heroína intravenosa y metadona oral, sino que no sería ético ignorar la evidencia existente y negarse a realizar dicho ensayo, dada la magnitud del problema de la

drogadicción por vía intravenosa en España” (Zunzunegui y Equipo PEPSA, 1999; la cursiva es mía)⁷.

Una vez se aprueba el ensayo clínico en España, en una nota de prensa publicada en *The Lancet*, Xavier Bosch apunta que su finalidad será la de “giving heroin to heroin addicts will take them away from the daily search for money to support their habit and away from the search for heroin from street dealers. Regular “medication” could allow them to improve their physical and mental health and allow them to focus on rehabilitation projects.” (Bosch, 2001:1347).

Más recientemente, en un comentario publicado en esa misma revista, Thomas Kerr *et al.* vuelven a hacer un llamamiento ético al considerar que: “*Denying effective second-line therapy to those in need ultimately serves to condemn many users of illicit heroin to the all too common outcomes of untreated heroin addiction, including HIV infection or death from overdose*” (2010:1850; la cursiva es mía). Con un tono irónico, Nick Crofts defiende en otro artículo de opinión la realización del ensayo clínico australiano que sería abortado al año siguiente, rebatiendo el discurso moralizante que censura la prescripción de heroína:

“It is a strange morality which argues for so many deaths to prevent the use of a substance that is relatively harmless under controlled conditions –a morality that has given us enormous epidemics of HIV infection among children of heroin users in the United States and elsewhere. This is a morality which I suspect most people would not support without the intense social conditioning of the War on Drugs” (Crofts, 1996).

Más tarde, una vez el gobierno australiano paraliza el ensayo clínico después de haberse suscitado un acalorado debate⁸, Wodak lamenta con estas palabras la decisión del Gabinete Federal,

“[which] follows a long-standing tradition of basing policy in the illicit drug area on politics rather than science (...) If we want to help drug users lead normal and

⁷ Para apoyar la realización del ensayo clínico, la autora estima la tasa de mortalidad y morbilidad evitable entre la población y señala los beneficios esperables con esta intervención, a saber: “disminuir los problemas de salud y sociales asociados al consumo de drogas ilegales”, “controlar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C de la comunidad de heroinómanos a la población sexualmente activa”, al tiempo que se podría disminuir “las dos causas principales de mortalidad asociadas a la inyección de drogas: las reacciones adversas a opiáceos y el sida”. En cuanto a la viabilidad, la epidemióloga también apunta el menor coste de este programa en comparación con las comunidades terapéuticas “y, en cualquier caso, muy inferior al coste de un usuario de drogas por vía parenteral que se encuentra fuera de tratamiento.” (Zunzunegui y Equipo PEPSA, 1999).

⁸ Lawrence *et al.* (2000) realizan un análisis de contenido y del discurso de artículos de prensa nacional publicados en 1997 durante el periodo de aprobación y retirada del ensayo clínico australiano sobre prescripción de heroína. Los autores concluyen que, en gran parte, el fracaso se debe a la falta de habilidad de los defensores del estudio para contraargumentar a la oposición.

useful lives and offer some hope to their families and their communities, the first step is an unswerving commitment to evidence-based policy and practice without political interference (...) The heroin trial was needed, and is still needed, as a circuit-breaker to move Australia from policies based on arbitrary historical decisions to a firm foundation on evidence” (Wodak, 1997:348–349).

Aunque la heroína ya queda medicalizada en el plano discursivo, frente a la mirada desconfiada de los que ven esta iniciativa como un primer paso hacia la legalización de la heroína, se seguirá insistiendo en que se trata de un uso médico, “rather than legal or moral” (Crofts, 1996), dirigido a una población específica. Como vemos, los programas de heroína se formulan como una “therapeutic option for a small minority of treatment refractory, severely heroin-dependent persons” (Wodak, 2005:815), es decir, un tratamiento de segunda línea o “treatment of last resort”, de manera que “For medical, political, and fiscal reasons, there is no intention to open the programme to all opioid addicts” (Rehm *et al.*, 2002:890). Pero estos mismos autores añaden que la evidencia científica y el perfil de los candidatos a estos programas deberá seguir una “logical progression”, haciendo referencia a la sucesión de estudios puestos en marcha en diferentes países “in a systematic and rigorous way”, incluyendo el estudio alemán (Rehm *et al.*, 2002:890). En este caso también se reclutará a “Heroin addicts, who have not been effectively reached by present treatment services and are therefore not in treatment, but in need of treatment due to their state of health or present life situation” (Krausz, 2002), pasando a ser el tratamiento de primera línea para estos pacientes.

Hasta aquí me he referido a cómo la comunidad científica dirige su mirada a la población diana para problematizar una cuestión de salud pública. Pero las argumentaciones del discurso médico no sólo se centran en victimizar al colectivo de usuarios-no-tratados, sino que también se refieren al resto de la población, aludiendo de forma explícita a la cuestión del orden público y la seguridad ciudadana, así como a la dimensión económica del problema. Por tanto, el éxito en la institucionalización de la prescripción de heroína a nivel internacional, que podría considerarse el epítome de las políticas de drogas basadas en la reducción de daños, será susceptible de múltiples interpretaciones por parte de los propios impulsores. Mientras que para unos supone una conquista sanitaria, otros opinan que el interés de (re-)incorporar esta medida en las agendas de salud pública tiene más que ver con la dimensión jurídica del aparato biopolítico. Según los investigadores Gerry V. Stimson y Nicky Metrebian, “in the UK, prescribing heroin is seen –at least by the government– more as a way of reducing drug-related crime than as a public health

strategy” (2003:3)⁹. Como ocurrirá más tarde con la crisis de heroína en Australia (Hall *et al.*, 1999), en Suiza la demanda de este tipo de intervenciones viene motivada por “the problems associated with large numbers of addicts out of treatment” (Uchtenhagen, 2009:32), siendo este un aspecto determinante en el diseño de los ensayos de heroína, sobre todo para decidir el tipo y el tamaño de la muestra:

“This [social pressure] meant attracting the ‘hard-core’ chronic addicts known to be associated with *social nuisance* and *crime involvement* into the project [testing heroin assisted treatment] and to include a sufficient number to make a difference. Entry criteria had to take these interests into consideration, and the threshold should not be discouragingly high. A limited randomized study was clearly not acceptable” (*Ibid.*, p. 32; la cursiva es mía).

De hecho, el “ajuste social” y la comisión de delitos se encontrarán entre las variables estudiadas en cada uno de los ensayos clínicos de heroína. Por otro lado, gran parte de la investigación que sigue a los ensayos clínicos, se centrará en la costo-eficacia de los programas de heroína, mostrando que la mejora de la salud y la menor criminalidad en los pacientes se traduce en un menor gasto sanitario y judicial (Killias *et al.*, 1998; Frei *et al.*, 2000; Rehm *et al.*, 2001; Ribeaud, 2004; Dijkgraaf *et al.*, 2005¹⁰; Löbmann *et Verthein*, 2009; Martínez Casares *et al.*, 2009). Si bien en el caso de Holanda la oposición de algunos miembros parlamentarios lleva realizar un estudio piloto previamente al ensayo clínico, para demostrar que esta intervención no acarreará “unexpected negative side effects, such as problems of public order” (Sheldon, 1997:835), en la estrategia científica canadiense es donde más relevancia cobra el argumento del orden y el gasto público a la hora de defender la necesidad de ensayar el uso controlado de heroína. Así, desde el principio del nuevo milenio en este país se lleva a cabo una serie de investigaciones en torno a esas cuestiones para abonar el terreno al ensayo clínico

⁹ También Charlie Lloyd y Neil McKeganey (2010) se refieren a la racionalidad del gobierno británico para apoyar este tipo de intervención: “Providing dependent heroin users with the drug that they are committing crimes to pay for undoubtedly seemed a good way to short-cut the drug-crime circle. (...) The (...) report [of an expert group developed by the Department of Health and the Home Office] recommended that ‘a proper evaluation is conducted of diamorphine prescribing for heroin addiction in the UK ... as compared with methadone prescribing regimes’ (Home Affairs Select Committee, 2002, p 43). The government response (...) illustrated how heroin prescription had (...) become a high priority (...) [to reach] crime reduction”. (Lloyd y McKeganey, 2010:47).

¹⁰ En este estudio holandés, los autores concluyen que, a pesar de que el coste del mantenimiento con heroína puede llegar a ser hasta diez veces superior al de los tratamientos convencionales con metadona, resulta rentable invertir en aquel, dado el considerable ahorro de gastos indirectos, tanto sanitarios como judiciales y penitenciarios, que conlleva.

norteamericano que llegará a desarrollarse en Vancouver y Montreal en la segunda mitad de esa primera década¹¹.

De forma similar a lo que ocurría con la doble interpretación de la adicción por parte de los defensores o detractores de los programas, algunas voces críticas con las políticas de reducción de daños aprovechan también la argumentación acerca del orden social y el gasto público para cuestionar los programas de heroína. Por ejemplo, los norteamericanos expertos en bioética Amber Orr y Matthew Wynia alertan no sólo de que se trate de un tratamiento crónico no orientado a la abstinencia, sino que tenga por finalidad disminuir los costes sociales, como la criminalidad, antes que beneficiar a los “heroin addicts” (2002:53). Previendo este razonamiento, los propios impulsores de estos programas reflexionan desde una perspectiva ética sobre el balance de los beneficios para la salud del individuo y la reducción de los problemas sociales, la costo-eficacia de éstos en comparación con los tratamientos de metadona e incluso la capacidad de los usuarios para evaluar los programas (Scherbaum *et al.*, 2001).

La “glocalización” de la evidencia.

Si bien la primera estrategia para medicalizar el uso de heroína bajo el régimen prohibicionista surge con el British System, autorizando a los médicos ingleses a prescribir heroína desde hace un siglo (Strang y Gossop, 1996 y 2005; Gossop y Keaney, 2004; Berridge, 2005 y 2009), e incluso en EE.UU. entre 1919 y 1923 llega a ponerse en marcha clínicas donde se prescribe heroína y morfina (Waldorf *et al.*, 1974 y Musto, 1987, en Kou *et al.*, 2000:363), en la actualidad el modo más extendido de esta modalidad terapéutica se enmarca en los nuevos programas de

¹¹ En un primer estudio econométrico, se estima el coste del consumo ilegal de opiáceos en el país, llegando a calcular el gasto en salud y de atención sanitaria, así como en delincuencia y judiciales por cada usuario ajeno a los servicios de asistencia a las drogodependencias (Wall *et al.*, 2001). Más adelante, Miller *et al.*, 2004 extrapolan los resultados de coste-utilidad del ensayo clínico suizo al área metropolitana de Vancouver, con resultados similares a los de sus colegas holandeses. Posteriormente, para corroborar la eficacia de esta intervención respecto a la seguridad ciudadana, frente a los argumentos de algunas comunidades de vecinos contrarios a implantar estos centros, se llevará a cabo un estudio comparando el número de arrestos y de llamadas a la policía en estas dos ciudades antes y en el curso del ensayo clínico (Lasnier *et al.*, 2010). Asimismo, Nosyk *et al.* (2012) realizan una extrapolación de los resultados del ensayo clínico, junto a otros datos administrativos locales, para comparar *a posteriori* la costo-efectividad de los programas de heroína y metadona, mostrando un balance positivo entre el beneficio observado en los pacientes (que incrementan sus “años con calidad de vida”) y el gasto sanitario, judicial e incluso de los costes sociales “out-of-pocket”. Para profundizar en el contexto y el proceso de abogacía y ensayo de los programas de heroína en este país, tanto en el plano científico como mediático, ver Gartry *et al.* (2009).

mantenimiento con esta sustancia, los cuales, entre otras diferencias, pretenden conjugar la dimensión farmacológica, psicológica y social de la asistencia. Desde los años setenta, son varios países que defienden la puesta en marcha de este tipo de programas, como Holanda¹², Suiza, EE.UU. y Canadá (Logan, 1974; Kou *et al.*, 2000¹³; Marset, 2005; Uchtenhagen, 2009). También será en el Reino Unido donde, a finales de esa década, se lleve a cabo el primer ensayo clínico aleatorizado que compara la heroína inyectada con la metadona oral (Hartnoll *et al.*, 1980). Sin embargo, dado que sus conclusiones apoyan la idoneidad de la metadona, ésta pasará a ser el tratamiento de elección¹⁴, quedando la prescripción de heroína como una práctica médica marginal (Strang y Sheridan, 2006; Metrebian *et al.*, 2007).

Habrà que esperar a mediados de los noventa para que resucite el interés por esta modalidad farmacológica y se llegue a falsar la hipótesis anterior. Entre las diversas iniciativas que surgen, como la holandesa (Hurkmans, 1997) o el intento fallido de Australia (Bammer *et al.*, 1992; Bammer y Douglas, 1996), la siguiente investigación con heroína se llevará a cabo en Suiza. El momento propicio llega una vez el modelo de la reducción de daños se incorpora a las políticas sobre drogas en este país, y se conviene que el conjunto de intervenciones estén basadas en la evidencia científica (Uchtenhagen, 2009). Aplicando tales premisas, un grupo de expertos consultados por el Gobierno recomienda llevar a cabo un estudio sobre la prescripción de heroína, tomando como referencia las investigaciones precedentes, así como las experiencias de algunas clínicas de EE.UU. y Suecia (François y Mino, 2009; Uchtenhagen, 2009). Una vez se ensaya el tratamiento a pequeña escala (Perneger *et al.*, 1998), entre los años 1994 y

¹² Incluso, después de reiteradas propuestas, a principios de la década de los ochenta en los Países Bajos llega a realizarse un ensayo clínico con prescripción de morfina y anfetaminas, aunque con escaso éxito, fundamentalmente debido a la ausencia de apoyo institucional. Este fracaso no es óbice para que se ensaye más tarde un programa con prescripción de morfina durante seis años (Marset, 2005:238).

¹³ “In the early 1970s, the concept of heroin-assisted therapy resurfaced with the proposal developed by the Vera Institute of Justice in New York that was based on the UK example (...), [which] called for an effectiveness study of heroin-assisted therapy (...) Despite support from research scientists and policy-makers (Koran, 1973; McCarty, 1974; Berger, 1977), the Nixon administration put its support behind methadone maintenance therapy, and the heroin trials debate was deferred (...) [However,] such calls have been reiterated recently in North America from the sides of clinicians, public health officials, and researchers (Cain, 1994; de Burger, 1997; Fischer and Rehm, 1997; Hankins et al., 1997; Millar, 1998; Reuter and MacCoun, 1998)” (Kou *et al.*, 2000:363).

¹⁴ Asimismo, Berridge (2009) atribuye el cambio de modelo prescriptivo, de heroína a metadona, a intereses profesionales, concretamente por parte de los psiquiatras: “The drug-dependence units had filled up with long-term heroin users. As Stimson and Oppenheimer noted (...), this switch provided a rationale for clinic staff who longed for a therapeutic, rather than a shopkeeping, function. Professional interests again drove change”.

1996 se desarrolla el denominado “Medical Prescription of Narcotics Project” (PROVE)¹⁵ (Uchtenhagen, 1997; Uchtenhagen *et al.*, 1999) en las ciudades de Basilea, Berna y Zúrich, y más tarde en Ginebra, lo cual revela su distinta acogida en los cantones (Uchtenhagen, 2009)¹⁶. De acuerdo a las categorías establecidas, los resultados muestran un menor “consumo de drogas ilegales”, una mejora de la “salud física y mental” y de la “integración social”, así como una menor tasa de “criminalidad” entre los participantes asignados al tratamiento con heroína respecto al grupo con metadona (Uchtenhagen *et al.*, 1999), en consonancia con los hallazgos del pequeño ensayo clínico de Ginebra (Perneger *et al.*, 1998). Posteriormente, los resultados de otro estudio de seguimiento avalan la “factibilidad, seguridad y eficacia” del tratamiento con heroína (Rehm *et al.*, 2001). A la luz de las conclusiones de estas investigaciones, el régimen terapéutico con heroína llega a aprobarse en varios referenda públicos, implantándose a finales de los noventa (Fischer *et al.*, 2007). Progresivamente, se logra consolidar una red asistencial que incluye el ámbito penitenciario, empezando a integrarse en el sistema sanitario en el nuevo milenio (Marset, 2005) para extenderse por el territorio suizo (Uchtenhagen, 2009).

Pero la difusión de los resultados de estas investigaciones (Uchtenhagen *et al.*, 1997) también tiene una gran repercusión en el extranjero que trasciende a los medios de comunicación. Como señalan los psiquiatras Sally L. Satel y Ernst Aeschbach (1998:331): “Favorable commentary in the prestigious oped pages of the New York Times (Lewis,1998) and the Washington Post (Shenk, 1997), and on the national evening news (ABC World News Tonight, 1997) urged policy makers to consider heroin maintenance here”. A su vez, la comunidad científica apela a la “evidencia” que arroja el proyecto suizo para presionar a los gobiernos de sus respectivos países, incluso EE.UU. (Nadelmann, 1998). En medio de este agitado debate, la respuesta de las autoridades internacionales no se

¹⁵ Acrónimo de “Projekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln”.

¹⁶ Como señala este autor, si bien el estudio originalmente se concibe como un ensayo clínico aleatorizado, con una muestra de setecientos pacientes y tres brazos para comparar los tratamientos con metadona, morfina y heroína inyectadas, una serie de incidentes ocurridos en los dos primeros grupos al inicio del estudio, relacionados con las reacciones histamínicas de la morfina y la metadona inyectadas, impiden reclutar suficientes participantes para el grupo control y fuerzan a realizar algunas modificaciones. Aunque se decide mantener el diseño del ensayo clínico en Basilea –con los tres brazos– (Ladewig *et al.*, 2001), Berna –doble ciego, con el brazo de heroína y morfina inyectadas– (Hämmig *et al.*, 2001) y Ginebra –con un grupo control en lista de espera de seis meses para comparar con un grupo de heroína inyectada– (Perneger *et al.*, 1998), la investigación principal pasa a ser un estudio de cohortes sólo con heroína inyectada, con una muestra de mil usuarios de opiáceos, incluyendo tanto los que no llegan a acceder, como los refractarios a los tratamientos convencionales, repartidos en dieciocho centros (Uchtenhagen, 2009; Blanken *et al.*, 2010).

hace esperar. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes hace un apercibimiento al Gobierno suizo por no haber solicitado el consejo de la OMS y, seguidamente, el Departamento de Abuso de Sustancias de esta organización coordina un grupo asesor interno y un panel de expertos independiente para evaluar las investigaciones suizas. Aunque el informe avala la factibilidad y la eficacia de la prescripción de heroína combinada con asistencia psicosocial, arguye que no es posible atribuir la causalidad al tratamiento con heroína, ya que los beneficios podrían deberse también a la intervención psicosocial, por lo que recomiendan realizar ensayos clínicos aleatorizados con un grupo control de metadona (Ali *et al.*, 1999; WHO, 1998).

Si bien para entonces ya se están esperando los resultados de los ensayos clínicos holandeses (van den Brink *et al.*, 1999), con la finalidad de superar las limitaciones que se les imputa a los estudios suizos desde campos detractores¹⁷, y siguiendo las recomendaciones de la OMS y de los órganos responsables de cada gobierno, los expertos de otros países europeos –España (March *et al.*, 2001), Italia (Cancrini, 2001), Reino Unido (Metrebian *et al.*, 2001; Stimson y Metrebian, 2003), Alemania (Michels, 2002), Luxemburgo, Bélgica y Francia (Farrell *et al.*, 2001)–, así como Canadá (Kuo *et al.*, 2000; Schechter, 2002), coinciden en que es necesario reforzar la “evidencia” de la bondad de los tratamientos de heroína por medio de la investigación experimental. Pero además, parece haber consenso en reconocer el papel que juega la especificidad cultural, política, legal, sanitaria y económica de cada país a la hora de proponer estas intervenciones. Así pues, hasta finales de la primera década del milenio, tiene lugar una concatenación de ensayos clínicos aleatorizados en fase III que, como ya se sabe, arranca en Holanda (van den Brink *et al.*,

¹⁷ Ver, por ejemplo, la crítica escéptica de los psiquiatras españoles Haro *et al.* (2001) y los norteamericanos Satel y Aeschbach (1999), así como la contundente respuesta a estos últimos de los holandeses Polak y Webster (2000).

1999 y 2003), y sigue en España (March *et al.*, 2006)¹⁸, Alemania (Haasen *et al.*, 2007), Bélgica (aún no publicado; ver Gartry *et al.*, 2009), Canadá (Oviedo-Joekes *et al.*, 2009) y Reino Unido (Strang *et al.*, 2010), los cuales no hacen sino corroborar las conclusiones de los primeros estudios suizos y añadir más “evidencias” en el mismo sentido. Con una creciente sofisticación metodológica, estos ensayos clínicos presentarán *grosso modo* un diseño casi idéntico, comparando en una muestra previamente aleatorizada de usuarios de opiáceos un grupo control con metadona y un grupo experimental con heroína que en ambos casos también reciben asistencia psicosocial. En cada grupo, se mide una serie de variables establecidas de acuerdo a unos parámetros biomédicos, psicológicos y sociales, la mayoría centradas en las conductas de riesgo – p. ej., el consumo de sustancias ilegales– y delictivas, para encontrar diferencias estadísticamente significativas, al tiempo que se observará los posibles efectos adversos del tratamiento¹⁹.

¹⁸ En Barcelona también se realiza un pequeño ensayo clínico fase II, conocido como el “Proyecto Catalán” (Colom *et al.*, 2012). En cuanto al denominado “Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía” (PEPSA) hay que decir que el diseño original es multicéntrico, situándose en Granada y La Línea de la Concepción (Cádiz) “por la alta prevalencia de usuarios por vía parenteral (...) y la existencia de una red consolidada de asociaciones (...) [que podrían colaborar] en la captación y seguimiento de los participantes” (Marsset *et al.*, 2002:120). Sin embargo, por impedimentos políticos por parte de las administraciones públicas, e incluso de algún sacerdote con peso específico en la comunidad linense, finalmente sólo se lleva a cabo en Granada, coincidiendo con la situación geográfica de la sede institucional del grupo de investigadores que impulsan el proyecto. A la vista de los resultados de la investigación (March *et al.*, 2006), se ofrece a los participantes el uso compasivo de heroína con dos dosis diarias por vía inyectada y una dosis nocturna de metadona oral, acogiendo treinta y seis pacientes de los cuarenta y cuatro que finalizan el estudio en 2004. Desde entonces, la población de usuarios se ha mantenido en algo más de la veintena, incorporándose nuevos pacientes.

¹⁹ Aparte de los sucesivos metaanálisis Cochrane, para una comparación de la metodología, resultados y conclusiones de estos ensayos clínicos, recomiendo la revisión de Fischer *et al.* (2007), donde además los autores reflexionan sobre la trascendencia política de algunas de estas investigaciones llevadas a término en cada país, y otra más reciente de Uchtenhagen (2011). Por otro lado, hay que decir que, aunque los ensayos clínicos plantean de forma muy similar su objetivo de validar la heroína como tratamiento, aprovechando el despliegue de recursos de cada una de estas investigaciones, se anidan subestudios centrados en otros objetivos específicos, pero planteados siempre de acuerdo a una racionalidad biomédica y conductista. Encontramos, pues, estudios de tipo neurobiológico sobre la posible “yatrogenia” del uso de heroína inyectada (Ladewig *et al.*, 2002), así como investigaciones acerca del control del VIH y hepatitis en los participantes (Steffen, Blättler *et al.*, 2001) y su “risk-taking behaviour” (Steffen, Christen *et al.*, 2001), el *craving* y los consumos externos (Blanken *et al.*, 2012), y el consumo de alcohol y benzodiacepinas, observando diferencias de género (Eiroa-Orosa *et al.*, 2010). Otros estudios cuantifican la eficacia de combinar terapias cognitivo-conductuales y tratamientos psicofarmacológicos (Dürsteler-MacFarland *et al.*, 2013¹⁷) o los “patrones de respuesta emocional” de los usuarios (Aguilar *et al.*, 2008). Incluso hay investigaciones que tratan de evaluar la satisfacción (Marchand *et al.*, 2011) y la calidad de vida del usuario (Karow *et al.*, 2010) desde los valores y las categorías del campo de la salud pública.

Durante esta larga década, los investigadores no dejarán de denunciar la “[arguably unethical] interference and non-evidence-based opposition from politicians and care providers, who refuse to acknowledge the limitations of methadone maintenance and the superiority of prescribed heroin in selected populations”. Pero ni la “evidencia” que se acumula en Europa cumpliendo escrupulosamente con los cánones y recomendaciones científicas, ni el balance y los estudios prospectivos que se lleva a cabo a partir de la experiencia suiza (Güttinger *et al.*, 2003; Gschwend *et al.*, 2003; Frick, Rehm, Kovacic *et al.*, 2006) es óbice para que los grupos de otros países sigan justificando la necesidad de realizar un ensayo clínico propio, como ocurre en el caso de Canadá (Kuo *et al.*, 2000) y, aún más sorprendente, el Reino Unido (Lintzeris *et al.*, 2006)²⁰, donde también ahí “Methadone was seen as ‘medical treatment’, whereas heroin was ‘feeding a habit’” (Carnwath, 2005:127). De hecho, tendrá que pasar la primera década del nuevo milenio para que se empiece a hacer mayor énfasis en que “Denying effective second-line therapy to those in need ultimately serves to condemn many users of illicit heroin to the all too common outcomes of untreated heroin addiction, including HIV infection or death from overdose” (Kerr *et al.*, 2010:1850) Para entonces se sucederán ya los estudios de seguimiento también en esos países (Verthein *et al.*, 2008; Oviedo-Joekes *et al.*, 2010; Frick, Rehm, Zullino *et al.*, 2010; Blanken *et al.*, 2010), si bien se seguirá recurriendo al modelo experimental para comparar la heroína con opiáceos sustitutivos, como la hidromorfona (Oviedo-Joekes *et al.*, 2010). El contexto geográfico donde se realiza cada uno de los ensayos clínicos con heroína cobrará tal relevancia que se denominarán por el gentilicio²¹, al tiempo que las distintas revisiones a menudo se estructuran de acuerdo al estado de la

²⁰ Los primeros opinan que: “However [the] encouraging [results of recent studies of heroin-assisted treatment in Europe], the North American context differs from Europe. A study performed in North America would provide (...) positive results [which] would expand the continuum of effective interventions in the US and Canada, and increase the number of long-term, treatment-resistant opiate addicts in treatment.” (Kuo *et al.*, 2000:257). Por su parte, los investigadores británicos incorporan como novedad en el diseño de su estudio un tercer brazo como grupo control que recibe un “optimised oral methadone treatment”, es decir, la misma atención psicosocial y la supervisión farmacológica que asocian los tratamientos de heroína. Sin embargo, más allá del plano metodológico, otro de los argumentos para justificar el ensayo clínico es el de seguir las recomendaciones de las agencias sanitarias nacionales de adaptar la prescripción de heroína en este país al modelo de los “new 'European-style' clinical services”, pero reconociendo las diferencias respecto a los contextos continentales donde se ha ensayado los programas de heroína, como los “patterns of drug use, geo-demographics, and importantly, different expectations among service users (...)– given the long tradition of unsupervised IOT [injectable opioid treatment] in this country” (Lintzeris *et al.*, 2006).

²¹ Así, unas veces encontramos que el gentilicio se refiere al Estado-nación (“Swiss Medical Prescription of Narcotics Research Program”, “Estudio Alemán”), otras a la región dentro de un mismo Estado (“Proyecto Andaluz”, “Proyecto Catalán”) y, en otras ocasiones, a nada menos que prácticamente la mitad de un continente, como el “North American Opiate Medication Initiative”, aunque sólo fuera posible llevarlo a cabo en dos ciudades canadienses.

cuestión por países. Incluso se advierte un racismo cultural más o menos velado en las opiniones y representaciones de los expertos sobre los sistemas y la moral de su cultura-nación en comparación con el resto, encontrando apologías de las políticas de algunos países, especialmente del Reino Unido y otros de ética protestante, y descalificaciones de las de otros, habitualmente Estados Unidos, si bien la iniciativa española rompe con el prejuicio contra los países de tradición católica.

Vemos así cómo, paradójicamente, a la vez que los expertos apelan a los postulados positivistas de la medicina basada en la evidencia para defender los programas de heroína y reconocen la esencialidad de la “adicción-no-tratada” como enfermedad y desafío a la salud pública global, por otro lado traicionan el propio código científico, doblegando la universalidad del conocimiento médico a la particularidad de los distintos contextos sociopolíticos en los que se deberá producir verdad sobre este tipo de tecnología médica como condición previa a su institucionalización. Al mismo tiempo, la relativa heterogeneidad de las investigaciones, en tanto que deberán adaptar su metodología al contexto de referencia, dificulta la comparación y generalización de los resultados, como reconocen los propios autores (Farrell y Hall, 1998; Metrebian, 2004; Fischer *et al.*, 2007:559) y critican los revisores de la Cochrane (Ferri *et al.*, 2003, 2005, 2010 y 2011). Así, las réplicas y versiones de los ensayos clínicos de heroína para legitimar el uso de heroína controlado en cada

país, salvo en Dinamarca ²², entran en un círculo vicioso sin precedentes en la validación de ningún otro tratamiento farmacológico²³.

Pero para encontrar un sentido a este juego de contradicciones que se plantea a partir del modelo de conocimiento vigente, conviene tomar distancia y buscar la lógica de esta particular estrategia de legitimación epistemológica y política desde una perspectiva constructivista. En la historia del pensamiento científico vemos cómo el enunciado de una pregunta-objeto deviene el fetiche de quienes pretenden desafiar un “paradigma” (Kuhn, 1994), o en otras palabras, el marco de representación y conocimiento del mundo vigente en cada época. En el proceso de decadencia de los viejos marcos epistemológicos y surgimiento de otros nuevos que llegarán a gozar de aceptación unánime entre la comunidad científica, hasta el punto de permear al imaginario colectivo, la problematización insistente y mantenida en torno a la nueva cuestión-fetiche será fundamental para hacer tambalear los cimientos de la estructura obsoleta el tiempo que sea necesario hasta conseguir derribarla. Trasladando el esquema kuhniano al caso que nos ocupa, a finales de los noventa algunos ya vaticinan en los santuarios de la ciencia que la “*expansion of heroin trials (...) may prove crucial for the development of other forms of medication-assisted treatments*” (Drucker y Vlahov, 1999:1543; la cursiva es mía). Incluso los adalides de los

²² Este es el único país que no realiza un ensayo clínico previo, acogiéndose directamente a los principios éticos de la Declaración de Helsinki (art. 33. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Adopted by the 18th World Medical Association (WMA) General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended lastly by the 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

²³ Como es sabido, una vez se obtienen resultados favorables en un ensayo clínico de un nuevo fármaco, se aprueba legalmente y se incorpora a la farmacopea, entrando a comercializarse. Pero en el caso que nos ocupa, no parece un buen negocio para las compañías farmacéuticas invertir en probar las propiedades de una vieja sustancia que, por si fuera poco, figura en la lista de los estupefacientes más peligrosos confiscados por la ONU. Asimismo, el estatus legal de la heroína retrasará o limitará en muchos países la implantación de este tipo de tratamiento, incluso después de ser aprobado por los gobiernos (ver, p. ej., Blanken *et al.*, 2010, donde los investigadores describen detalladamente el proceso holandés, y la editorial de Lemmens, 2003). Pero en el caso español una de las condiciones que impone la “Comisión Mixta sobre Heroína” para realizar el ensayo clínico llega al absurdo, al establecer que una vez se pruebe la eficacia de la sustancia, se deberá retirar el tratamiento a los participantes! Ante tamaña incongruencia, el gobierno de Andalucía se pronuncia argumentando que “It’s not *humane* to cut the relationship with patients after the trial and we (...) won’t give up as it’s an *obligation*” (en Bosch, 2001:1347; la cursiva es mía). Finalmente, la dispensación de heroína se acoge al uso compasivo – de acuerdo a los artículos 28 y 29 del RD 223/2004, de 6 febrero que regulan los ensayos clínicos con medicamentos, que serán derogados por la disposición única j) del RD 1345/2007, de 11 octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente –, de manera que, hasta la fecha, la Agencia Española del Medicamento debe aprobar la incorporación de cada nuevo paciente a la única clínica disponible en el país.

ensayos clínicos de heroína reconocen –o por lo menos así lo documentan historiográficamente en sus respectivas editoriales y estados del arte– que se ha hecho necesaria una *repetición* discursiva y pragmática de la solución frente un “desafío de la salud pública” para legitimar y afianzar una práctica médica en contradicción con el sistema moral y legal hegemónico, es decir, con el paradigma prohibicionista. De forma paradójica, dentro de este poderoso artificio performativo, el mismo argumento de la diversidad cultural para replicar los ensayos clínicos trasciende a su vez las fronteras y se torna globalizador por medio de una suerte de “difusionismo” (Klingemann, 1999) en el proceso de cambio de la biopolítica de las drogas en cada nación. En relación a esta estrategia de legitimación global a la vez que plural, la *demonstración* en sí de la eficacia de la sustancia deviene sólo una quimera cuya validez radica en haber sido producida por la actual mecánica de producción del saber científico, cumpliendo una función acaso retórica dentro del juego político. Es así como el argumento ilustrado de separar ciencia y política cae en la tautología.

Estrabismos y escotomas de la mirada médica.

El análisis del discurso sobre las propuestas y publicaciones de la investigación experimental con heroína ha servido para ver cómo, por un lado, los objetivos, el diseño, las categorizaciones y las discusiones de los resultados de estos estudios responden al modo en que se representa el objeto de estudio. Si bien de acuerdo al modelo causal el diseño de los ensayos clínicos con heroína es farmacocéntrico, comparando esta sustancia con metadona ²⁴, la eficacia se prueba a partir de variables referidas a la “calidad de vida” y el “ajuste social” de los usuarios. De acuerdo a unos parámetros conductistas y centrados en el individuo, se establece una serie de indicadores que *miden* el control médico y psicológico, el uso de sustancias ilícitas, la actividad delictiva y, en algunos casos, la permanencia en este tipo de dispositivos. Es decir, los resultados coinciden con el conjunto de cuestiones en torno a las cuales el discurso experto problematiza y defiende este tipo de intervenciones dirigidas a la población de usuarios/adictos-no-tratados, por medio de una medicalización y cientifización de lo social y lo político. Asimismo, hemos visto cómo dicha metodología también se construye de acuerdo al

²⁴ Hay que precisar que en el ensayo clínico alemán (Haasen *et al.*, 2007) se hace una asignación aleatorizada de los dos tipos de intervenciones psicosociales a ambos grupos de participantes, del mismo modo que para la sustancia (heroína/metadona). Sin embargo, no hay un grupo control para probar la eficacia de aquellas, dado que por principios éticos todos los participantes del estudio reciben este tipo de apoyo.

sistema de valores y la ética del propio saber científico, revelándose la contradicción que subyace a la disyuntiva ciencia-*versus*-moral a la que apela la comunidad de expertos para legitimar el uso medicalizado de heroína²⁵. Así pues, las argumentaciones que aparecen publicadas en los *otros* espacios de los templos de la ciencia –p. ej., las editoriales, los comentarios, las revisiones, etc., que (aparentemente) gozan de un menor peso específico según los cánones de la “medicina basada en la evidencia”²⁶, a pesar de ser ahí donde se plantea más abiertamente la fuerza motriz que marca la trayectoria de las investigaciones científicas– quedan traducidas a las estrictas reglas del juego epidemiológico, el único método científico unánimemente acreditado para producir “verdad”. De acuerdo a los algoritmos cognitivos compatibles con y disponibles en este paradigma biomédico, se fragua el conjunto de epistemes o, si se prefiere, quimeras científicas en torno a la prescripción de heroína como alternativa terapéutica a un determinado colectivo de usuarios. Se puede decir que, en última instancia, la ideología de las políticas de reducción de daños instrumentaliza la pleitesía que se rinde al dato como estrategia para legitimar este tipo de intervenciones, al tiempo que la objetividad y neutralidad que proclama la comunidad científica se torna un espejismo cuando se deconstruye la arquitectura epistemológica en torno a esta cuestión.

Sin embargo, el método de elección no resulta tan infalible en la práctica. Como ya he señalado, aunque los investigadores se aferran a los ensayos clínicos para demostrar la factibilidad de medicalizar la heroína, no dejan de reconocer las dificultades que presenta trasladar este diseño metodológico al campo de las drogas, dadas las trabas que impone el marco prohibicionista. En primer lugar, en ninguna de las investigaciones ha resultado sencillo reclutar a los participantes, no sólo por la dificultad de acceder a una “población oculta”, sino por su recelo y desinterés ante la oferta. Pero después de salvar el inconveniente del tamaño de la muestra, aun comprometiendo la potencia estadística, más complicado ha sido someter a los usuarios a la disciplina que exige el riguroso método

²⁵ Trudy Dehue (2004) argumenta historiográficamente que las bases del ensayo clínico controlado-aleatorizado, como diseño metodológico por excelencia para la producción de conocimiento científico, descansan sobre los principios del liberalismo económico que inspirará el modelo administrativo en el siglo XX. Tomando como referencia el caso holandés, la autora ilustra cómo se vislumbran estos valores en la abogacía que hacen los investigadores de los ensayos clínicos con heroína, así como en la posterior implantación de este tipo de tratamiento. Por su parte, Lemmens y Garretsen (1998) consideran que el planteamiento de los ensayos de heroína se suscita cuando los expertos ven amenazado el liberalismo pragmático del modelo holandés por las políticas de drogas predominantes en el resto de países europeos.

²⁶ En la escala de la fortaleza del método científico para producir “evidencia”, el ensayo clínico aleatorizado y los metaanálisis se sitúan a la cabeza, quedando en el extremo opuesto las opiniones de los expertos (ver Bennett y Holloway, 2010:415).

científico de los ensayos clínicos, resultando un proceso penoso no sólo para los participantes, sino también para los investigadores. Asimismo, una de las estrategias de captación y también para evitar abandonos ha sido la de prometer a los participantes, especialmente los del grupo control, que una vez finalizado el estudio podrían acogerse al tratamiento con heroína, lo cual no deja de introducir un sesgo, en tanto que, en última instancia, los resultados debían mostrar una clara mejoría en el grupo de heroína frente al del metadona. Siguiendo con los sesgos, tampoco parece razonable, sobre todo de acuerdo a la lógica que asiste a este tipo de investigaciones, usar como grupo control una muestra que se define *a priori* como refractaria a metadona, teniendo en cuenta que ninguno de los ensayos clínicos lleva a cabo el doble ciego (es decir, que ni los investigadores ni los participantes conocen el tipo de sustancia asignada a cada individuo), ya que es esperable que los “desafortunados” en caer en el grupo de metadona infravaloren este tratamiento, envidiando la suerte del grupo paralelo durante los largos meses de espera. Y aun así, se observará mejoría en ambos grupos, teniendo en cuenta que todos los participantes de estos estudios también reciben asistencia médica, psicosocial e incluso jurídica. Pero mientras que unos investigadores incluso llegan a considerar los ensayos clínicos como estudios sociológicos por la naturaleza de las intervenciones y el tipo de variables resultado que se aplican, otros llevan al extremo el modelo causal centrado en la sustancia, buscando las posibles causas del efecto placebo observado en el grupo control en sesgos de tipo metodológico – como el “effect of measurement (akin to the Hawthorne effect), a regression-to-the-mean effect (due to the harsh inclusion criteria), and perhaps the low threshold for the success criterion” (Lemmens, 2003:248)–, en lugar de reconocer simplemente el evidente rol de la asistencia médica y psicosocial que se presta en ambos grupos. Al fin y al cabo –se preguntarían– ¿qué sentido tenía alimentar la crítica a los hallazgos de los estudios suizos después de haber conseguido llevar a cabo un ensayo clínico que salvaba justo esas debilidades metodológicas?

Aun siendo conscientes de la ficción que se fragua en torno y por medio del paradigma biomédico, así como de sus “trampas” e imperfecciones, no sin cierto cinismo podríamos seguir abrazando su vigencia dada la utilidad que ha demostrado en la estrategia de legitimación y puesta en marcha de una más que controvertida praxis médica, en parte por la ventaja de prestarse fácilmente a (re-)producir “hechos” científicos con los que presionar a los gobiernos. Sin embargo, la crítica escéptica caería en la misma ingenuidad que atribuye a la mirada y el método epidemiológico si no prestara atención a que estos juegos de verdad no son tan inocentes. En primer lugar, el saber y el método epidemiológico

no sólo sirven para problematizar y “enunciar” verdades en un plano discursivo, sino que adquiere un poder fáctico para materializar esas verdades por medio de la experimentación sobre la población, de manera que las evidencias devienen una suerte de profecías autocumplidas, como en un círculo vicioso. Por tanto, el lenguaje médico y la experimentación científica devienen estrategias performativas, con poder para nombrar, clasificar y subjetivar a un colectivo que entraña peligrosidad para sí y para el resto de la población, así como para producir tecnologías farmacocéntricas orientadas a gobernar sus cuerpos enfermos y sus irracionales y criminales conductas adictivas.

En segundo lugar, la pretendida objetividad de los métodos cuantitativos se salda con disolver la subjetividad, los significados, los saberes y la cultura de la sociedad que tratan de vigilar y modificar, sin ofrecer un resquicio a la perspectiva de los sujetos a los que se dirige este tipo de tecnologías y el contexto social que los rodea, quedando paradójicamente excluidos del proceso de construcción del saber científico y de las intervenciones biopolíticas. La lógica del neopositivismo intrínseco a la medicina podría asimilarse a una suerte de despotismo ilustrado que descarta cualquier reciprocidad y participación de los grupos *objeto* del saber experto y del ejercicio de poder del aparato gubernamental, resumido en la consabida fórmula: “todo para el pueblo, pero sin el pueblo”.

A pesar de la hegemonía del modelo positivista, también en el proceso de legitimación de la prescripción de heroína se han alzado voces críticas contra el enfoque artificioso, reduccionista y farmacocéntrico de los ensayos clínicos con heroína, denunciando que el diseño y la evaluación de estas intervenciones no se adapta al contexto social y cultural que rodea a los usuarios, ni incorpora su punto de vista para atender sus verdaderas necesidades. Algunas de estas voces pertenecen a los propios profesionales de la salud, aunque en su discurso aún prevalece el enfoque liberal del modelo biomédico. Así, por ejemplo, Ian B. Craighead, un médico de familia británico, haciendo referencia a la experiencia holandesa (van den Brink *et al.*, 2003), propone un “multifaceted approach to [the] treatment [of heroin addicts]” de orientación

comunitaria para favorecer la normalización de los usuarios²⁷. Por su parte, en relación al proyecto australiano, Matt D. Gaughwin (1996) critica la forma tan restrictiva en que se plantea la dispensación de heroína, así como la arbitrariedad de los criterios para establecer la eficacia en los estudios piloto. Sin desprenderse tampoco de la perspectiva individualista, este autor aboga por una "acculturation" de los usuarios de heroína, "[which are] seen as alien by most Australians", pasando a representarlos como ciudadanos "sometimes with a particular set of difficulties", en lugar de "confine them in prisons and clinics or drive them to extremes of behaviour and thereby disable them". Este autor propone invertir el modo en que se formula la dispensación de heroína, adaptando la estrategia y evaluación de la intervención a los problemas que preocupa a la comunidad de usuarios y su entorno social, si bien antes se refiere a éstos como "individuals with individual need". Respecto a las preocupaciones que Gaughwin presupone bien en el usuario, bien en la comunidad, cita los ejemplos del "crime, disease risk, cost, overdose", coincidiendo con el tipo de argumentos y enunciados que encontrábamos en el discurso experto, por medio del cual se problematiza y se defiende la prescripción de heroína. También desde una visión liberal pero mucho más crítica, el psiquiatra holandés Frederik Polak (2002) argumenta que la prescripción de heroína se trata de una medida de reducción de daños que, aunque aporta beneficios, no deja de ser un "artefact of drug prohibition" y discrimina a los usuarios con mayor autocontrol del uso de sustancias, entre otras consecuencias negativas que trae consigo la medicalización en el campo de las drogas.

Desde otro campo, Trudy Dehue, como abnegada historiadora y socióloga de la ciencia, toma parte en el debate holandés e incluso comparece en los medios de comunicación planteando una crítica epistemológica a la investigación experimental sobre la prescripción (que no provisión) de heroína, aun a sabiendas de que la fracción parlamentaria detractora

²⁷ En su carta al editor de la *BMJ*, este autor se refiere a su experiencia profesional para poner de relieve la dimensión social en los procesos de salud y enfermedad, aunque sin abandonar la visión individualista del paradigma biomédico, en tanto que las "social circumstances", en última instancia, determinan "the illness behaviour" de los pacientes. En cuanto a los "heroin addicts", después de destacar que, según su experiencia, el acceso al empleo es clave para garantizar el éxito del tratamiento, propone "a *community based* drug treatment programme that offers the provision of housing, sheltered employment, drug treatment, and psychological support together. If rehabilitation is our serious aim we need to provide a much more coordinated treatment programme or we will be forever disappointed with the long term results". (Craighead, 2004:228; la cursiva es mía).

instrumentalizará su argumentación²⁸. La autora arremete contra el liberalismo implícito a los ensayos clínicos y, siguiendo con la tradición de las ciencias sociales en el campo de las drogas en este país (Lemmens, 2003:248), apuesta por la investigación etnográfica en las diversas subculturas de la heroína, en lugar de los “artificial groups” y “settings” de la investigación experimental (Dehue, 2002:90 y 2004:252 y ss.). Si bien la historiadora admite que también esta metodología introduce sesgos, le atribuye la honestidad de reconocer que “the effects of classification are *openly* part of the argument” (Dehue, 2002:92; la cursiva es mía). Como ejemplo de investigación etnográfica sólida, la autora refiere los trabajos de Philippe Bourgois por su potencia para relacionar el nivel micro y macrosocial de las escenas del uso de drogas. Por su parte, tampoco este antropólogo se privará de formular una crítica foucaultiana a los programas suizos después de su visita a una de sus clínicas (Bourgois, 2000), aunque se mostrará mucho más conciliador con las disciplinas epidemiológica y antropológica en el campo de la investigación sobre drogas (Bourgois, 2002).

A modo de conclusión, hemos visto cómo la prescripción de heroína deviene una cuestión de salud pública y, como tal, es gestionada de acuerdo a la mirada y el método *gold* estándar del paradigma biomédico. Asimismo, he señalado las contradicciones y aporías de la abogacía que se ejerce desde el discurso médico y el paradigma positivista, en las que precisamente se revela la eficacia de este proceso performativo en bucle. No se trata, por tanto, de asomarse al afuera para *comprender* lo que está ocurriendo, sino de acomodar el afuera a un prisma²⁹ capaz de proyectar verdades absolutas sobre la realidad que se pretende cambiar. Más allá del alcance del modelo causal que siguen los ensayos clínicos para evaluar y legitimar la heroína como medicamento de forma “objetiva”, quedará la dimensión histórica, social, fenomenológica y simbólica de los procesos que acontecerán a la población diana de estas intervenciones, a pesar de ser precisamente ahí, es decir, en el encuentro del tiempo, el espacio y el

²⁸ Hay que decir que no sólo el partido demócrata-cristiano, sino también la propia “national platform of drug-users’ associations” saludará la crítica de Dehue al paradigma biomédico de la investigación experimental con heroína (Lemmens, 2003:248). La autora, que además de reconocerse a favor de la provisión de heroína es militante del partido laboralista que gobierna en coalición y vota a favor de la medida, justifica su decisión frente a este dilema bajo la premisa de que “[in democratic societies] it still seems better to expose arguments on unjustified certainties than to suppress them for strategic reasons”, y añade que “after all, there are many experts on drug issues but not many whose job it is to track down hidden assumptions of science beliefs” (Dehue, 2004:247 y 262).

²⁹ O “black box”, una metáfora que algunos autores toman prestada de Bruno Latour (1995) para reflexionar sobre la hegemonía del modelo epidemiológico (Shim, 2002) y, de forma específica, en el campo de las drogas (Peretti-Watel, 2011).

cuerpo, donde se hace particularmente visible la “eficacia” de la biopolítica.

Así pues, en la planificación y evaluación de los programas de heroína quedarán en un segundo plano cuestiones tales como el modo en que los usuarios reorganizan su vida cotidiana, la simbolización y experimentación de la sustancia en el contexto clínico, el rol que ésta juega en los procesos de normalización de los usuarios, el papel de las relaciones entre profesionales y pacientes, o cómo pasan a gestionarse las nuevas problemáticas de los usuarios una vez participan en estos programas. Pero, a su vez, como desarrollaré en breve, las escasas investigaciones de tipo “naturalista” se subordinarán a la epistemología hegemónica en la que se gestan los tratamientos de heroína. En definitiva, el anclaje biopolítico de estos subestudios hará aún más inviable abordar el fenómeno desde un enfoque teórico consistente a la vez que puramente interpretativo, capaz de profundizar en el encuentro entre las lógicas de los usuarios y la racionalidad que subyace a estas tecnologías de gubernamentalidad, así como analizar los procesos de subjetivación y performatividad.

En el capítulo siguiente reflexionaré acerca del uso de metodologías cualitativas y, más específicamente, el tipo de investigación etnográfica que ha predominado en el campo de las drogas, incluyendo los estudios cualitativos en el tema que nos ocupa, para desvelar su situación paradójica en relación al paradigma hegemónico. Después de haberme referido a algunos enfoques emergentes que rompen con la tradición positivista, ya en el último capítulo de esta primera parte argumentaré mi particular mirada en mi propuesta de investigación, con la que espero rendir una humilde contribución a la empresa de ensayar marcos epistemológicos sin pudor por lo humano.

CAPÍTULO 2. Los disfraces del positivismo. La investigación sobre drogas en la antropología médica.

En un número monográfico sobre el rol de etnografía y los métodos cualitativos en drogas a principios del nuevo milenio, Michael Agar se pregunta por qué la “Substance use research, including qualitative of course, [which] should be the most exciting transdisciplinary cutting-edge field in the world”, no ha llegado a serlo (2002:255). En las líneas que siguen, intentaré argumentar algunas de las causas que han llevado a que predomine un tipo de producción científica en este campo con una orientación muy definida desde las ciencias sociales y, más concretamente, la antropología médica. Más adelante, analizaré otros trabajos más recientes cuyos enfoques, en mi opinión, constituyen una nueva tendencia epistemológica para reflexionar acerca del uso de drogas y algunas de las tecnologías asistenciales más extendidas en la actualidad.

Debido a la urgencia del ‘problema de la droga’ que, como acabamos de ver, se construye sobre los pilares del paradigma biomédico hegemónico, la investigación sobre este tema, tanto en España como en el extranjero, ha tenido una finalidad eminentemente pragmática. De forma prioritaria, con la llegada de la epidemia de heroína y, más tarde, de sida, se hacía necesario producir conocimiento científico para describir y conocer las causas de un fenómeno inusitado, que despertaba alarma social y tenía consecuencias catastróficas para las nuevas generaciones, así como para orientar el diseño de estrategias de prevención y de control del uso de drogas. A pesar de la hegemonía del modelo biomédico en la producción de conocimiento científico y la acción gubernamental en este campo, también las ciencias sociales han contribuido aportando una perspectiva social y cultural, aunque en muchos casos haya sido por iniciativa o a cargo del Tercer Sector, es decir, oenegés, asociaciones y empresas sociales al margen del aparato institucional (Romaní, 2011:102–103).

Los trabajos antropológicos apuntarán a aquellos aspectos que resultan opacos a las investigaciones epidemiológicas, tratando de comprender, más que explicar, los usos (problemáticos) de drogas. Así, se interesarán por las representaciones y la producción de significado de las prácticas de consumo de sustancias por los propios sujetos, las formas rituales que éstas adquieren en las distintas (sub)culturas, la descripción de estos grupos sociales acuerdo al contexto sociohistórico en que emergen, etc. A pesar del paradigma hegemónico en este campo, los hallazgos de los trabajos etnográficos se revelan clave para guiar las políticas e intervenciones sociosanitarias, especialmente para frenar la expansión del

sida asociado al uso endovenoso de drogas. De hecho, uno de los principales méritos atribuidos al método etnográfico es el de haber servido para identificar la asociación de la transmisión del VIH al uso compartido de jeringuillas (Friedland *et al.*, 1986; Chaisson *et al.*, 1987; Marmor, 1987; Des Jarlais, 1988; Feldman y Biernacki, 1988; Wiebel, 1988; Feldman y Aldrich, 1990). Después de demostrar el rol que juega la dimensión social y cultural en “las conductas de riesgo” de los usuarios de drogas, de acuerdo al modelo epidemiológico dominante en salud pública, desde finales de los años ochenta la práctica etnográfica, y por extensión las técnicas cualitativas, ganan aceptación en las agencias sanitarias estadounidenses. A lo largo de la década posterior, crecerá la demanda institucional de este tipo de metodología, pasando a complementar los estudios epidemiológicos, así como a orientar el diseño de las intervenciones sociosanitarias y su evaluación sobre el terreno, especialmente las medidas de reducción del daño con las que se tratará de atajar la epidemia de sida (ver, entre otros, Murphy, 1987; Feldman y Biernacki, 1988; Ouellet *et al.*, 1991; McKeganey y Barnard, 1992; Sterk, 1993; Trotter, 1995; Rhodes, 1995 y 1997; Grund *et al.*, 1996; Koester, 1996; Power *et al.*, 1996; Wiebel, 1996; Bourgois, 1997; Sepúlveda, 2002; Hong *et al.*, 2005; Singer y Easton, 2006 y Otegui, 2006)¹.

Pero más allá de su contribución pragmática, las ciencias sociales y la investigación etnográfica aportarán una visión crítica a la medicalización del uso de drogas y al modelo hegemónico en el campo de la salud pública, al tiempo que confrontarán el paradigma prohibicionista (por ejemplo, Menéndez, 1990, 1990a y 1991; MacRae, 1997 y 1997a; Fernández, 1998 y 2001; Romaní, 2003, 2004, 2005 y 2008; Velho, 1998). Por un lado, los enfoques constructivistas desvelan las debilidades y los tintes moralizantes de ciertas categorías esencialistas en este campo, tales como la adicción (Peele, 1977 y 1990; Keane, 2002, Gomart, 2004) o la dependencia, que a menudo se usa como metonimia del uso de sustancias ilícitas (Romaní, 2011). Por otro lado, a la luz de la crítica sociológica al individualismo implícito al modelo del riesgo en el paradigma biomédico (Lupton, 1993; Petersen y Lupton, 1996), los antropólogos revalorizan el contexto social, cultural e histórico frente a los denominados “comportamientos de riesgo” –en tanto que estos surgen, se organizan y, en suma, cobran su sentido de acuerdo a la realidad social en que viven los usuarios–, al tiempo que alertan de cómo el modelo epidemiológico contribuye a perpetuar los procesos de

¹ Para un extenso análisis de las aplicaciones de la investigación cualitativa –no sólo del método etnográfico– sobre el uso de drogas para el control de la epidemia de sida, ver las monografías de Lambert *et al.* (1995), Nichter *et al.* (2004) y Fountain (2000), esta última centrada en el ámbito europeo, así como el artículo de Neale *et al.* (2005).

marginación que sufre este colectivo (Kane, 1991; Rhodes, 1995 y 1997; Rhodes *et al.*, 1999; Maher, 2002). Asimismo, en tanto que el método etnográfico permite relacionar las realidades observadas en las escenas de la droga con las estructuras meso y macrosociales, estas investigaciones ponen de relieve cómo lo epidémico se configura a partir de los procesos de desigualdad social (Romaní, 1997 y 2004; Agar, 1997; Bourgois, 1997, 1998 y 2003; Singer, 2001, 2008 y 2008a). Desde esta perspectiva, la mirada antropológica denunciará que, lejos de plantearse como un síntoma del malestar social, bajo la rúbrica del ‘problema de la droga’ se camuflan y perpetúan los conflictos sociales que subyacen a este fenómeno (ver, p. ej., Bourgois, 1995; Romaní, 2004 y Epele, 2003 y 2010). A su vez, volviendo a la orientación pragmática de la disciplina, los antropólogos trasladarán su particular relectura del riesgo a la práctica etnográfica con la finalidad de orientar el diseño de políticas de prevención y medidas asistenciales adaptadas a la realidad de los entornos de la droga, y que alcancen también las poblaciones ocultas de usuarios (Rhodes y Quirk, 1998; Maher *et al.*, 1998; Rhodes, 2000; Miller y Neaigus, 2001; Romo, 2001).

La etnografía también ha desempeñado un papel decisivo para reflexionar acerca de la representación del sujeto en las investigaciones sobre drogas, en las que habitualmente se le atribuye un rol pasivo y de víctima. Con Neale *et al.*, la investigación etnográfica “has humanized the image of the drug taker and drinker, improved general understanding of the everyday context of drug use and drinking, and facilitated the development of socio-cultural perspectives on substance consumption” (2005:1586–1587). Incluso algunos autores apuntan a la investigación (e intervención) etnográfica como el origen del paradigma de la reducción de daños. Romaní advierte que una de las señas distintivas de este nuevo modelo –y que lo diferencia de otras iniciativas meramente técnicas o prescriptivas–, como es el énfasis en el “protagonismo de los usuarios, [y en] las relaciones dialógicas entre éstos y los profesionales” para superar la estigmatización del usuario (Romaní, 2007:126), se deriva de la práctica etnográfica aplicada en este campo. Como es sabido, este tipo de metodología lleva al investigador a una inmersión en la realidad cotidiana del grupo social de estudio, pasando a establecer una relación intensa y prolongada con éste. Pero del mismo modo que el etnógrafo debe desprenderse de sus propias categorías y presupuestos (*etic*) para situarse en la lógica y el punto de vista de los sujetos estudiados (*emic*), también en los dispositivos de reducción de daños se promocionan estilos de interacción social democráticos y discursos de empoderamiento de los usuarios de drogas para el cuidado de sí. Así, por ejemplo, en su estudio cualitativo llevado a cabo en las asociaciones de Narcotiques Anonymes

(NA) y Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD) entre 1996 y 2003, Marie Jauffret-Roustide observa que en el discurso de los militantes de la reducción de daños, “L’ usager de drogues et le client son présentés comme des partenaires potentiels des soignants et ne sont plus réduits dans les discours à des sujets d’observation ou des objets de soins.” (2005:404; la cursiva es mía).

Dejando a un margen los conflictos epistemológicos que siembra la crítica etnográfica al modelo biomédico, y la clara dominación de éste sobre la praxis etnográfica y el resto de metodologías cualitativas, lo que parece claro es que ambos paradigmas se han puesto al servicio de un objetivo común: aportar evidencias, tanto “duras” como “blandas”, para iluminar a las administraciones públicas en el diseño de estrategias realistas y eficaces frente a un problema social acuciante. Se puede hablar, por tanto, de un *compromiso* entre los distintos aparatos de producción de conocimiento científico vigentes y la gestión biopolítica de la droga, o en otras palabras, entre los discursos de ‘verdad’ y la ‘gubernamentalidad’ sobre esta cuestión. Esta relación ha sido tan estrecha que algunos autores consideran que la “Drugs research may be seen as a technology of government”, por encima de las distinciones entre el tipo de metodologías que se dispongan para este propósito (Martin y Stenner, 2004:396). De hecho, parece haber consenso entre la comunidad científica sobre la necesidad de una investigación transdisciplinar para superar la dicotomía entre las epistemologías interpretativas y las positivistas (McKeganey, 1995). Así, numerosos autores abogan por una etnoepidemiología, capaz de incorporar la validez del método etnográfico y el punto de vista de los actores sociales a la hora de definir categorías, así como medir y analizar los problemas de salud de los colectivos diana (Hughes, 1977; Comas, 1986; Massé, 1995; Agar, 1996 y 2003; Clatts *et al.*, 1999; Maher, 2002; Bourgois, 2002; Moore, 2002; Jauffret-Roustide, 2006; Moore *et al.*, 2009)².

² Por otro lado, hay que reconocer que la voluntad de transgredir las fronteras disciplinares se ha dado de forma bidireccional en el campo de la antropología y de la epidemiología. Desde finales de los años setenta, fundamentalmente en América Latina, surge la denominada “epidemiología crítica” o “nueva epidemiología” (Breilh, 1979, 2003, 2004 y 2010; Samaja, 1996 y 2004; Almeida-Filho, 2000 y 2006) para intentar incorporar, desde un planteamiento marxista, la dimensión histórica y social al estudio de los procesos de salud y enfermedad y su distribución en la población, frente al dominio del paradigma biomédico en la salud pública, el modelo causal probabilístico y el reduccionismo del concepto de riesgo en la epidemiología clásica. Asimismo, los antropólogos hispano-americanos impulsan la “epidemiología sociocultural” en el campo de la salud colectiva (Haro, 2011). En el mundo anglosajón destaca la propuesta de la “epidemiología social” (Krieger, 2000, 2001 y 2011), que asume el concepto de “embodiment” en sus fundamentos teóricos y metodológicos para denunciar las consecuencias de las desigualdades sociales en la salud de la población (Krieger y Smith, 2004; Krieger, 2005).

Como consecuencia de esta voluntad conciliadora que se ha mantenido en las últimas décadas, así como de las potencialidades de la transdisciplinaridad en la biopolítica de las drogas, ya abundan las investigaciones que combinan metodologías cualitativas y cuantitativas en este campo (ver Wagner *et al.*, 2012). En su obra *Morir de alcohol* (1990), Eduardo Menéndez aporta una perspectiva epidemiológica sobre la morbilidad y mortalidad asociadas al incremento del consumo enérgico en la sociedad mexicana, sin renunciar a un enfoque antropológico crítico con el modelo médico hegemónico. Asimismo, una de las principales utilidades de las técnicas mixtas ha sido la del acceso a poblaciones ocultas de usuarios de drogas, tanto para el reclutamiento previo a los estudios epidemiológicos, como para elaborar censos y mejorar los sistemas de vigilancia de la población de usuarios³. Esta subordinación de las técnicas cualitativas al modelo del riesgo y la disciplina epidemiológica también se hace patente en las investigaciones que buscan describir los modos, lugares o itinerarios urbanos y contextos de consumo de sustancias⁴, así como las “conductas de riesgo” de los inyectores en relación al VIH (ver, p. ej., la propuesta metodológica de Barnard y Frischer, 1995). Otras veces, se recurre a las técnicas cualitativas para seguir las “tendencias” en los usos de drogas y los cambios en los “perfiles” de los usuarios, con la finalidad de diseñar intervenciones de salud pública basadas en la comunidad –p. ej., el proyecto español “Itinere” (De la Fuente *et al.*, 2005), o el estadounidense “Community Responses to Risks of Emergent Drug Use Study” (Singer *et al.*, 2000)–. Progresivamente, la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas se hará más habitual en el campo de la salud pública para alcanzar una

³ A modo de ejemplo de lo primero, John K. Watters y Patrick Biernacki (1989), en un estudio sobre la transmisión del VIH entre los “grupos de riesgo” (usuarios de drogas y sus compañeros sexuales) en San Francisco, proponen un muestreo intencional (“targeted sampling”), incorporando aspectos tanto de los procedimientos habituales en las encuestas como de la práctica etnográfica; también Michael Clatts *et al.* (2002) y Stephen E. Lankenau *et al.* (2004) aplican la técnica etnográfica para la captación de usuarios de crack por vía intravenosa en nueve ciudades estadounidenses, como alternativa a las limitaciones que presentan las fuentes habituales en los estudios epidemiológicos basadas en el cruce de bases de datos de distintos sistemas de información. Por otro lado, De la Fuente *et al.* (2005) describen la metodología y las características sociodemográficas de la muestra del proyecto “Itinere”, un ambicioso estudio de varias cohortes de jóvenes usuarios de heroína en Sevilla, Madrid y Barcelona. En cuanto a las utilidades demográficas de los métodos etnográficos, cabe destacar la iniciativa de Juan F. Gamella (1993 y 1994) de recuento de usuarios de drogas en un barrio de Madrid, así como los primeros observatorios etnográficos que aparecen primeramente en EE.UU. (Preble, 1980 y Goldstein *et al.*, 1990) y más tarde en España (Díaz *et al.*, 1998, y Pallarés *et al.*, 2007, cf. Romaní, 2004 y 2011).

⁴ Ya se trate de nuevas sustancias (ver Gamella y Roldán, 1997 para el caso de las drogas de síntesis en España, y Lankenau y Clatts, 2004 para el uso de ketamina inyectada entre jóvenes neoyorquinos “de alto riesgo”), o “tradicionales” (como la heroína, en el estudio irlandés de Mayock *et al.*, 2009). En cuanto a la descripción de los itinerarios urbanos de consumo, ver p. ej. Díaz *et al.*, 1992, referido al uso de cocaína en Barcelona.

mayor eficacia en la vigilancia y la acción gubernamental del uso de drogas, al tiempo que la teoría social asomará en (o quedará reducida a) los sistemas de categorías y las variables resultado que se apliquen a estos estudios⁵.

Fruto este enfoque transdisciplinar, la mayor parte de la producción etnográfica al respecto pertenecerá al campo de antropología *médica*. En relación al compromiso político por parte de ambos paradigmas epistemológicos al que aludía, Geoffrey Hunt y Judith C. Barker apuntan a la dimensión vocacional de los profesionales de esta rama disciplinar a la hora de aplicar sus “anthropological sensibilities” a los problemas sociales relacionados con el uso de alcohol y drogas (2001:174). En efecto, desde los años noventa, especialmente en el contexto de la antropología médica estadounidense, surgen varias corrientes teóricas neomarxistas que abogan por la militancia de etnografía. Es el caso de la antropología del “Social suffering”, centrada en las narrativas del trauma y la violencia estructural (Young, 1995; Kleinman *et al.*, 1997; Farmer, 2003; Bruschini, 2005, que traslada el modelo teórico a una ciudad italiana), los estudios críticos en antropología médica, que enfatizan en los determinantes políticos y económicos de la salud (Lock y Schepher-Hughes, 1990; Nancy Schepher-Hughes, 1993 y 1995; Singer y Baer, 1995) y han tenido una influencia significativa en las etnografías urbanas sobre drogas en EE.UU. (Bourgois, 1995 y 1997; Singer, 2005, 2005a, 2006, 2008 y 2008a; Bourgois y Schonberg, 2009), o la más reciente “antropología política y moral” (Fassin, 2007 y 2011; Fassin y Rechtman, 2009)⁶. Acaso con una menor preocupación por los etiquetamientos disciplinares, pero también con un enfoque neomarxista, otros autores del ámbito latino reflexionan sobre el “problema de la droga” a partir de su experiencia etnográfica desde una perspectiva política, histórica y global (Chávez de Sánchez *et*

⁵ En el caso de Francia, Anne Lovell (2002) analiza la influencia del contexto social en las prácticas de riesgo en el colectivo de inyectores de Marsella a partir de variables basadas en los conceptos de “capital social, económico, cultural o simbólico” de la teoría de Bourdieu; más recientemente, el estudio de prevalencia “Anrs-Coquelicote”, mediante una perspectiva de género y el uso de métodos etnográficos, entre otras cosas sirve para identificar en las carreras de las usuarias de drogas una historia de violencia más acentuada que en las de sus compañeros, así como conductas de mayor riesgo frente al VIH y el VHC (Jauffret-Roustide *et al.*, 2008).

⁶ Para una síntesis del devenir de la antropología médica en EE.UU., ver Inhorn y Wentzell (2012), publicada a raíz del congreso: “Medical Anthropology at the Intersections: Celebrating Fifty Years of Interdisciplinarity”, organizado por la Society for Medical Anthropology en la Universidad de Yale en 2009. Respecto a las expresiones de la disciplina en diversos contextos y latitudes, recomiendo la obra editada por Saillant y Genest (2007). Otros textos que brindan una perspectiva histórica de este campo, son: Menéndez (1990a), con un análisis de la antropología médica en Latinoamérica desde los años treinta hasta los noventa, especialmente en México; Perdiguero *et al.* (2000), que compila una bibliografía de la producción científica en este campo en España desde 1960 hasta 2000, y Martínez-Hernández (2008), donde el autor traza un recorrido por los debates teóricos que se han planteado en la disciplina.

al., 1990; Andrade, 1990; Menéndez y Di Pardo, 1996; Salazar y Jaramillo 1996; Gaínza *et al.* 1997; Romaní, 1992, 2004, 2005, 2007a y 2009; Fernández, 1998 y 2000; Epele, 2003 y 2010). De acuerdo a la tendencia actual de la disciplina y la investigación etnográfica a revisar su sentido ético más allá de la dimensión sanitarista, Maher hace un llamamiento a sus colegas para “identify and change the social and economic inequalities that render individuals and communities vulnerable to drug-related harms”, y añade que “In the age of AIDS and other blood-borne viruses, (...) [ethnographic fieldwork] implores us to make a difference” (Maher, 2002:325). Desde esos mismos principios éticos que comprometen la antropología con los problemas sociales que toma como objeto de investigación, otros autores abogan por la auto-reflexividad y una crítica a los lugares comunes dentro del campo. Por ejemplo, Neil McKeganey (2003) alerta del poder de las narrativas etnográficas, refiriéndose al dilema de la representación de los usuarios de drogas como víctimas cuando entran en juego terceras personas aún más vulnerables, como los hijos, dándose a menudo situaciones indeseables que obligan a poner en tela de juicio el derecho de los padres a la custodia.

Pero la medicalización del fenómeno de la droga y el paradigma científico hegemónico en las ciencias de la salud no han sido tan considerados con la práctica etnográfica como ésta con el enfoque y los métodos positivistas. Así pues, bien como estrategia para garantizar la inclusión de la dimensión sociocultural en la investigación sobre el tema, o para poder llevar a cabo con éxito las intervenciones en salud pública, la mayor parte de la aportación antropológica sobre drogas ha sido solidaria del modelo biomédico y el método epidemiológico. Aunque la antropología aplicada a la biopolítica en este campo cuenta con una mayor tradición en el mundo anglosajón, en el contexto español y latinoamericano la investigación etnográfica ha seguido una trayectoria similar, con un claro predominio de los enfoques conductistas basados en el modelo de la adicción y del riesgo epidemiológico⁷. El compromiso de la antropología aplicada a los usos problemáticos de drogas a menudo se ha visto traducida a un tipo de investigación empirista, expeditiva y manufacturada a la medida del paradigma positivista, encontrándose una clara convergencia entre las lógicas que perfilan los diseños metodológicos de los estudios epidemiológicos y los de tipo cualitativo. Si en los primeros se miden variables para describir y analizar numéricamente la magnitud o las

⁷ Como resumen Josep M. Comelles *et al.* haciendo mención a muchos de los trabajos que ya he referido: “It has developed out of studies on life paths among heroin users (Funes and Romaní 1985; Gamella 1990; Pallarès 1995; Romaní 1982), studies on therapeutic communities and young people during the 1980s (Comas 1985, 1988; Comas *et al.* 1992), and more recently, studies on cocaine (Díaz *et al.* 1992) and on synthetic drugs (Gamella and Álvarez-Roldán 1997) that are transdisciplinary and closer to the medical model” (2007:110–111).

causas de un tema de estudio con el apoyo de paquetes estadísticos, en muchos estudios “etnográficos” la información registrada se codifica mediante categorías, para asociar los distintos grupos sociales clasificados según la clase social, el nivel de ingresos, de formación, el sexo y demás variables, a los correspondientes tipos de discursos relacionados con el uso de drogas y sus prácticas de riesgo. Por suerte, para facilitar (y estructurar) esta laboriosa tarea, los antropólogos y sus colaboradores cuentan con un repertorio de programas informáticos. Como alerta Moore en relación al contexto australiano,

“The appropriation of ethnography in the Australian drug field usually takes the form of what are described as ‘ethnographic’ projects featuring all the hallmarks of qualitative research: neat and static, pre-set, sampling frames that cannot be known before assessing the sociodemographic and social processes of the group or situation concerned, a set of pre-defined questions and the use of NUDIST (or similar) computer software as an analytical problem-solver (also noted in Chapman et al., 1997; Gifford, 1996) –when ethnographers know that the serendipitous nature of ethnography means that the field will ultimately define the direction of the research. Projects described as ‘ethnographic’ get funded but they are not ethnography– more often they are qualitative research with structured, semi-structured and unstructured interviews with convenience samples of drug users, key informant interviews and/or limited (non-participant) observation.” (2002:278).

Las investigaciones que siguen este tipo de metodología suelen relacionarse con la denominada “grounded theory” o teoría fundamentada, propuesta por Barney Glasser y Anselm Strauss (1967)⁸. Contrariamente a lo que su nombre indica, este método no parte de hipótesis teóricas, sino de datos empíricos. Así pues, el concepto de teoría según esta corriente se distancia del que tradicionalmente se maneja en ciencias sociales y humanas, aproximándose, diría yo, a los postulados del Círculo de Viena. El peaje cientifista de esta propuesta metodológica, en tanto que renuncia a cualquier tipo de apriorismo, se cobra en su limitado vuelo teórico. Sin embargo, hay que reconocer su validez para proporcionar información fácilmente digerible por los mecanismos de gubernamentalidad. Gracias a esta ventaja, su uso se ha extendido, especialmente en el mundo anglosajón, hasta el punto de convertirse en una metonimia de la investigación cualitativa.

Son varios los motivos que, si no justifican, sí explican la difusión de esta miope epistemología de la salud. En primer lugar, el propio sistema de producción científica que sustenta (en sentido estructural y nodriza) las instituciones de investigación en salud pública juega un papel decisivo en

⁸ A esta primera publicación, seguirían la de Strauss (1987) y Strauss y Corbin (1990), que plantean una escisión dentro del método de la teoría fundamentada.

la retroalimentación de este modelo. El volumen de actividad científica depende de las subvenciones que se conceden a los proyectos de investigación, según el criterio de un colectivo de gestores y profesionales del campo –en su mayoría epidemiólogos, médicos, psiquiatras y psicólogos– poco familiarizados con las disciplinas de las ciencias sociales y humanas, cuyo estatuto científico no acaba de ser plenamente reconocido (Hunt y Barker, 2001; Moore, 2002; Romaní, 2011). También hay que tener en cuenta que la investigación etnográfica exige unos plazos mucho más prolongados que los de los estudios epidemiológicos, de manera que estos últimos resultan mucho más rentables para los *curricula* de los investigadores, así como para obtener financiación en el futuro, de acuerdo a los sistemas de evaluación vigentes. Por otro lado, el modelo que impera en las ciencias de la salud –que no es sino el de la epidemiología clínica– reserva una posición inferior a la investigación cualitativa en su escala de evidencia científica (Sackett *et al.* 2000 y Robson 2002). Jugando todos estos factores en contra, no es de extrañar que la investigación cualitativa en el campo de las drogas –como ocurre con otros muchos fenómenos complejos asimilados por el pensamiento biomédico– se sitúe en minoría respecto a los estudios cuantitativos, a pesar de que, con Romaní (2011), haya jugado un papel fundamental en la mayoría de las intervenciones sociosanitarias llevadas a cabo.

Vuelvo a insistir en que la investigación cualitativa aplicada al control del uso de drogas ha demostrado ser muy fructífera y cada vez existe un mayor convencimiento de sus múltiples utilidades entre los profesionales relacionados con la biopolítica de las drogas, lo que asocia una creciente presencia en la investigación del campo sociosanitario. Pero debido a la finalidad pragmática que ha predominado en los trabajos “etnográficos”, la antropología sobre drogas ha acabado relegando gran parte de la crítica teórica a disciplinas afines, como la sociología médica y/o política (ver Young, 1988; O'Malley y Mugford, 1991; Ehrenberg y Mignon, 1992; Castel, 1992; Ogien, 1996; Young, R, 2002; Brook *et al.*, 2005; Coomber, 2006; Hughes *et al.*, 2006; Peretti-Watel y Moatti, 2006; Goode, 2007; Ehrenberg, 2009; Netherland, 2012; Coomber *et al.*, 2013), con distinto énfasis en las teorías sobre la desviación y el control social heredadas de la escuela de Chicago⁹; o la historia de la medicina (Berridge y Edwards, 1987; Berridge, 1988, 2000, 2005 y 2010; Yvarel, 1991; Conrad y Schneider, 1992; Escotado, 1994, 2008; Ehrenberg, 1999; Bergeron, 1999), donde prevalece el enfoque constructivista.

⁹ Entre los estudios fundacionales sobre la sociología del uso de drogas en el medio urbano, cabe destacar los de Dai, [1937]; Lindesmith [1947] y (1965); y Becker, (1953) y [1963].

Con la habitual emulación de las metodologías positivistas y la tendencia a reproducir automáticamente las asunciones y los sistemas de categorías (tales como “abuso de drogas” y también “drug misuse” en inglés, “drogadicción”, “conductas de riesgo”, e incluso “percepciones de riesgo”, por citar algunos ejemplos) compartidas por las distintas disciplinas implicadas en este campo, ya sea la psicología, la epidemiología o la sociología, si bien se arrojan resultados inmediatos codificados de acuerdo a un lenguaje común, se pierde la oportunidad que brinda la etnografía de salir de la lógica, las presunciones y las categorías del propio investigador. Por otro lado, de seguir limitándose al plano descriptivo, la investigación etnográfica corre el riesgo de quedarse anclada en una visión hiperrealista de las escenas descritas, sin capacidad para contrastar la realidad observada y los discursos dominantes a la luz de conceptos y enfoques teóricos que revelen relaciones productivas e incluso lleven a cuestionar dogmas dentro del campo. En cuanto al plano académico, hay que reconocer que los trabajos marcadamente empíricos han rendido una escasa contribución científica a las ciencias sociales y las humanidades. Rhodes *et al.*, en un artículo donde critican la marginación de los estudios cualitativos en las revistas científicas sobre drogas, alertan del riesgo que corre la investigación sobre drogas de quedarse rezagada respecto a los enfoques teóricos contemporáneos:

“The field of addiction science reflects the theoretical and methodological parochialism of the biological and laboratory sciences. It is in danger of developing outside the orbit of dramatic theoretical advances in critical approaches to understanding power relations and subjectivity formation occurring in the humanities and qualitative social sciences over the past decade (for example, Butler, 1997; Keane, 2002; Peterson & Bunton, 1997; Rose, 1996; Valverde, 1998).” (Rhodes *et al.*, 2010:2).

Por su parte, Agar, en el mismo artículo donde formula la pregunta con la que he empezado este capítulo, antes de concluir con algunas recomendaciones, apela al potencial creativo de los enfoques cualitativos. Haciendo balance del conocimiento acumulado a partir de las investigaciones sobre drogas llevadas a cabo hasta ese momento, el antropólogo considera que:

“We are less in need of new data and more in need of new ideas to tackle the great unanswered question of the drug field –why and how does dependency happen among the people that it does, and what kinds of policies and interventions make sense that are both humane and effective?” (Agar, 2002:257).

Hay que reconocer que algunos antropólogos se han preocupado especialmente por desarrollar análisis teóricos sobre el tema de las drogas a partir de su experiencia etnográfica (p. ej., Romaní, 1992, 2004, 2005,

2007a y 2009; Gamella, 1990; Grund, 1993; Bouhnik, 2002 y 2007, entre otros autores ya citados). El valor del legado antropológico ha estribado en el anclaje de la reflexión teórica con la investigación empírica sobre la escena del uso de drogas, marcado los límites epistemológicos no sólo del paradigma biomédico, sino también de algunas corrientes críticas con el sistema prohibicionista que caen el idealismo liberal o la especulación teórica desconectada del contexto social y la realidad vivida por los usuarios (p. ej., Szasz y Escohotado). Así, por ejemplo, Romaní se incluye entre los antropólogos que están “convencidos” de que precisamente ese encuentro entre “nuestros presupuestos y teorías con (...) “la realidad” (...) es la fase culminante de la actividad científica, la que permite avanzar en las metodologías y en las teorías sustantivas” (Romaní, 2011:101–102).

Con estos autores, considero que la militancia de la antropología médica no debe ser óbice para seguir avanzando en las perspectivas teóricas capaces de brindar una visión crítica de los procesos sociales y políticos relacionados con el uso de sustancias ilegales, cuya vocación no sea la de ofrecer necesariamente una aplicación biopolítica, sino aportar una deconstrucción y un análisis reflexivo sobre la misma. En otras palabras, el humanitarismo no debería estar reñido con el humanismo. Creo que la complejidad y riqueza del fenómeno de la drogas lo hacen merecedor de ser investigado también desde nuevos enfoques, como las corrientes post-estructuralistas y las teorías de (contra el) género, así como desde otros acaso más clásicos dentro de la propia antropología, que sí han influido en los estudios antropológicos y sociológicos de otros fenómenos y malestares sociales. Es el caso de la “anorexia” (Fallon *et al.*, 1994; Malson, 1998; Gremillion, 2003; Rich, 2006; Gil, 2007), el remodelamiento corporal (Esteban, 2004), la “obesidad” (Bordo, 1993; Crossley, 2004; Gracia Arnaiz, 2010; Greenhalgh, 2012), las “autolesiones” (Sargent, 2003; Casadó, en prensa) e incluso el “alcoholismo”¹⁰ (Bunzel, 1940; Menéndez, 1990; Fainzang, 1996 y Nahoum-Grappe, 1991a, 1996, con una perspectiva histórica), por citar algunas cuestiones que también han sido predominantemente enunciadas desde el discurso biomédico y gestionadas desde sus aparatos de poder.

¹⁰ Como señala Sylvie Fainzang (1996), cabe distinguir la perspectiva de la “antropología del beber”, como se denomina dentro de la tradición francesa (Castelain, 1988), o aquella centrada en el consumo normalizado de alcohol (Everett *et al.*, 1976; Douglas, 1987), de los estudios sobre el alcoholismo dentro de la antropología de la enfermedad.

Superando el complejo posmoderno.

Afortunadamente, existe un progresivo interés en los enfoques más críticos dentro de los estudios sobre drogas en las ciencias sociales, que hacen frente a la inercia del positivismo en este terreno. De nuevo con Comelles *et al.*, “there seems to be a growing tension between critical theoretical approaches associated with the sociology of the deviance and with Marxism, and neopositivist approaches more in keeping with the dominant discourse in international literature” (2007:110–111). Más allá de esas corrientes teóricas ya clásicas, y como un caso excepcional, Agar se resiste a renunciar a contribuir al desarrollo de una “grand theory” sobre sustancias ilícitas, capaz de articular el conocimiento proporcionado por la etnografía con el procedente de otros niveles, como el “químico” –a partir de los estudios en neurofisiología o la farmacología– y el epidemiológico –referido a la dimensión política, económica e histórica del fenómeno de la droga–. Aplicando la teoría de la complejidad procedente de la lingüística al trabajo realizado junto a Heather Schacht Reisinger sobre el uso de heroína y, más tarde, de MDMA y crack en Baltimore, ambos autores buscan el nexo entre los sistemas de mercado y distribución de las sustancias ilícitas y los modos en que los procesos históricos afectan de manera dispar a las poblaciones, para encontrar modelos sobre el desencadenamiento y la configuración de las epidemias de drogas; es decir, por qué éstas se dan en determinados momentos históricos, lugares y gentes (Agar, 2000; Agar y Reisinger, 2000, 2001 y 2002). En palabras de Agar, “we are (...) trying to come up with a general theory [‘trend theory’] of why and how illicit drug trends occur.” (2002:256).

Pero hay otras líneas emergentes –dudo si más o menos ambiciosas que las anteriores– que me gustaría destacar aquí. Como veremos a continuación, existe una creciente tendencia a investigar en el campo de las drogas desde perspectivas teóricas que nutren las subdisciplinas de la antropología o la sociología del cuerpo. No es casual que este tipo de investigaciones arranquen a principios de milenio, coincidiendo con el apaciguamiento de la alarma social en torno al “problema de la droga”, que en gran medida ha sido catabolizado por la implantación de los programas sustitutivos con metadona y de reducción de daños desde los años noventa. A partir del momento en que éstos llegan a rentabilizarse, parece que se abre una tregua que permite evaluar con calma la situación actual a la que han llevado las biopolíticas llevadas a cabo y repensar sus lógicas. Es decir, no se trata ya de *actuar* planteando investigaciones orientadas necesariamente a la asistencia, sino de *reflexionar* sobre lo que se ha hecho y se hace hoy día. En mi opinión, el surgimiento del conjunto

de investigaciones que circunscribo a esta nueva tendencia, plantea un punto de inflexión dentro de la investigación sobre drogas realizada hasta ese momento.

En primer lugar, porque *por fin* se deciden a expresar un tema jugoso desde el punto de vista del análisis teórico. Pero, sobre todo, por su potencial trascendencia política. Como se verá más adelante, los análisis teóricos dentro de las perspectivas críticas tradicionales han contribuido a una deconstrucción de los discursos y mecanismos de poder articulados en torno al control del uso de drogas. Así, se podría describir un proceso evolutivo en la biopolítica sobre esta cuestión, que empieza con un modelo jurídico, el cual criminaliza al usuario, y se continúa con el modelo médico, a través del cual el sujeto se convierte en paciente. Ante la crisis de este modelo hegemónico de intervención, algunos autores describen un tercer modelo o paradigma planteado desde la perspectiva de la salud pública (Colom, 2001), refiriéndose a las políticas de reducción de daños (y los programas sustitutivos), cuyas intervenciones se distinguen de las precedentes por aportar un enfoque más democrático. A partir de esta crítica, muchas de las líneas emergentes que en seguida comentaré, toman el testigo y se alzan sobre ella con un carácter “propositivo” o constructivo. Es decir, no sólo plantean un análisis crítico de las tecnologías de gubernamentalidad aplicadas a los usos de drogas, sino que también predicen unos enunciados en torno a los procesos asociados a éstas.

A menudo, estos enfoques se intersectan con el abordaje de los fenómenos relacionados con el uso de drogas en clave política, mostrando una destacada predilección por la relectura de los trabajos de Foucault y Bourdieu, fundamentalmente¹¹. Por último, hay un interés significativo, aunque poco extendido aún, en repensar los procesos asociados a las drogas a partir de los planteamientos teóricos de otros filósofos post-estructuralistas (Martin y Stenner, 2004). Si bien resulta difícil clasificar este tipo de investigaciones, dadas las convergencias de sus marcos teóricos, tópicos y reinterpretaciones de conceptos comunes, intentaré ceñirme al esquema señalado para repasar varios de los trabajos que siguen estas nuevas corrientes en el terreno de las drogas.

¹¹ Para una reflexión sobre la potencialidad y las limitaciones que pueden presentar algunas de las nociones acuñadas por Foucault (“gubernamentalidad”, “biopoder”, “tecnologías del yo”, etc.) y Bourdieu (“habitus”, “campo” y la distinción entre “capital social, económico y cultural”) en los abordajes teóricos sobre los diversos fenómenos estudiados en el campo de la antropología médica, ver Samuelson y Steffen (2004).

Dentro de los estudios que prestan una especial atención a la cuestión del cuerpo de los usuarios, acaso de manera algo artificiosa dadas las relaciones que presentan entre sí, podríamos distinguir: (a) los enfoques teóricos de tipo constructivista, que enfatizan en el nexo entre los procesos de intoxicación o de la adicción con lo social, así como la construcción de las representaciones del cuerpo de los usuarios de drogas en el discurso hegemónico, o la experiencia encarnada en los estados de transición terapéutica; (b) los de la teoría feminista, que exploran las relaciones entre el género y las prácticas de los usuarios de drogas; y (c) los de tipo fenomenológico, centrados en la dimensión simbólica y sensorial del uso de drogas.

Entre los primeros (a), con un enfoque similar a lo que plantearé más adelante en mi análisis etnográfico, algunos autores han reconsiderado aspectos nucleares de la teoría durkheimiana para analizar las formas anormales de “embodied intoxication” en la modernidad como medio para experimentar la colectividad –incluso introduciendo el elemento religioso–, más allá del discurso dominante sobre el uso de drogas como fenómeno patológico (Shilling y Mellor, 2011). Por su parte, Darin Weinberg (2002) señala los límites de los tres paradigmas hegemónicos (en su opinión, la neurología, las teorías del aprendizaje y la interacción simbólica) sobre la adicción a la hora de explorar su dimensión cultural, y propone un enfoque sociológico alternativo, que denomina el “embodiment” de la adicción, para dar cuenta del proceso de materialización de lo social, cultural e histórico en el cuerpo de los usuarios de drogas. Richard Huggins (2006) examina las representaciones del uso de drogas y la drogadicción en los discursos e imágenes del cuerpo de los usuarios en los medios de comunicación, para mostrar cómo la sociedad moderna establece sus mecanismos de control mediante el énfasis en las metáforas del “cuerpo abyecto” y la construcción social y cultural del usuario como sujeto marginal. Por último, Nettleton *et al.* (2011) aplican el concepto de ‘dys-appearing body’ (Leder, 1990) y se apoyan en un texto de Chris Shilling (*Changing Bodies*, 2008) para analizar los procesos de recuperación y de construcción de identidades en usuarios de heroína.

Respecto a (b) las investigaciones que reflexionan desde la teoría feminista sobre la administración intravenosa de heroína como una práctica performativa y de construcción de género, destacan las aportaciones de Nicole Vitellone (2003 y 2003a), donde se centra en el significado de la jeringuilla y el “rush” asociado a la venopunción en relación con la corporalidad y la identidad de género. En otro trabajo, la misma autora (2004) se apoya en la relectura del concepto de “habitus”

de Bourdieu para enfatizar la imbricación entre la experiencia del “social suffering” asociada al género y la materialidad de las sustancias – cuestionando las asunciones de Bourgois al respecto en su conocida etnografía *In Search of Respect* (1995)–, a partir de un análisis de campañas de pobreza infantil y películas de realismo social británicas en torno a la adicción a la heroína. Más recientemente, Vitellone (2011) propone un enfoque teórico materialista orientado a ontologizar las tecnologías relacionadas con el uso de drogas (centrándose de nuevo en la jeringuilla) y la cuestión del género, como una llamada de atención acerca del estatuto político y performativo de la ciencia, más allá del debate entre la epidemiología y la metodología cuantitativa. Como ejemplo de la perspectiva más fenomenológica de la “adicción” (c), Kevin McCarron (1999) analiza las relaciones entre la práctica del tatuaje y el acto de inyectarse en los usuarios de drogas a partir de los textos literarios *Junky* (1977) y *Trainspotting* (1996).

En cuanto a los enfoques foucaultianos en la antropología médica de las drogas, generalmente han centrado su punto de mira en los dispositivos de reducción de daños y, más en particular, en los centros de tratamiento sustitutivo con metadona. Así, por ejemplo, Bourgois (2000) critica el discurso moralizante –o “proyecto calvinista-puritano”, aludiendo a Weber– implícito en los programas de este tipo en EE.UU., así como en el de prescripción de heroína en Suiza, entendiéndolos ambos como estrategias disciplinarias de los usos del placer y de la productividad en los usuarios de drogas¹². Viktoria B. Bergschmidt (2004) analiza la cuestión del placer, el riesgo y el poder en los procesos de subjetivación y normalización de los usuarios de un centro de metadona en Berlín, basándose en una recopilación de sus relatos de vida. Por su parte, como veremos más adelante, Ana M. Ning (2005) aplica nociones de Foucault y Michel de Certeau a su estudio etnográfico en una clínica homónima canadiense para analizar las relaciones de poder entre los pacientes y el personal clínico, aventurando además conceptos de su propia cosecha. Más recientemente, y también referido a una investigación etnográfica en una clínica de metadona en la misma ciudad, Christopher B.R. Smith (2011) se ocupa de la dimensión política y espacial de este dispositivo terapéutico, a propósito del malestar que produjo en la comunidad su

¹² Helen Keane (2009) lleva a cabo un análisis comparado de este trabajo de Bourgois junto a otros tres textos (Friedman y Alicea, 2001; Bull, 2008, y Fraser y valentine, 2008), como muestra representativa de la orientación crítica sobre la biopolítica implícita en los tratamientos de mantenimiento con metadona, a lo largo de la primera década del milenio. En su ensayo, la autora señala las afinidades entre las distintas perspectivas de estos trabajos, así como su particular manera de problematizar acerca de las relaciones de poder entre los usuarios y el aparato clínico.

reubicación en Corktown, en la periferia de la capital¹³. En su análisis teórico, el autor discute la perspectiva foucaultiana con algunos conceptos de la filosofía de Lefebvre, así como de Deleuze y Guattari, para abordar las estrategias de agenciamiento político del espacio, tanto el urbano como el clínico, por parte de los pacientes.

Esto me lleva a comentar ya algunos ejemplos acerca de la aplicación de otras corrientes post-estructuralistas al campo de las drogas, así como su incipiente permeabilidad en los estudios etnográficos. En su Tesis Doctoral, Mauricio Sepúlveda (2011) plantea desde un enfoque posfoucaultiano una genealogía de las estrategias y prácticas discursivas sobre el riesgo en la gubernamentalidad del uso de drogas. Por su parte, Pilar Albertín (2003) toma su experiencia etnográfica con usuarios de heroína en Barcelona como objeto de reflexividad por medio del análisis del discurso. En clave más filosófica que sociológica, Dave Boothroyd (2006) analiza el papel del uso de sustancias psicoactivas en la configuración de la modernidad a la luz de una antología de Freud, Derrida, Foucault, Sartre, Deleuze y otros pensadores, abordando cuestiones fundamentales en la filosofía contemporánea, como el lenguaje y el cuerpo, el binomio naturaleza/cultura o la vida cotidiana. Otros autores, como Tim Jordan (1995), Jason Middleton (1999), Moreno (2009) y los australianos John Fitzgerald (2002), Helen Keane (2002) y Peta Husper Malins (2004), también exploran el uso de las drogas a través de los estudios culturales. Así, por ejemplo, en un plano teórico y siguiendo la estela de su tutor, Fitzgerald, Malins (2004) reflexiona acerca de la subjetividad y el deseo de los “drogadictos” en relación a la experiencia corporal vinculada al uso de drogas inyectadas, con un planteamiento optimista de la ética del mismo a partir de los conceptos de “agenciamiento maquínico” y “multiplicidades rizomáticas” acuñados por Deleuze y Guattari (*El Anti-Edipo*, 1972; *Mil Mesetas*, 1980). En un trabajo más reciente, Fitzgerald (2010) cuestiona el sistema de imágenes del cuerpo y el deseo del “adicto” en el discurso hegemónico sobre drogas, tanto en la cultura popular como en la producción científica, incluyendo la investigación etnográfica. Como alternativa a esos modos farmacologizados de representación, y mediante un análisis post-estructuralista de las narrativas del uso de drogas, el autor propone una

¹³ A la habitual reacción del vecindario frente a la implantación de centros de tratamiento sustitutivo con metadona, en el mundo anglosajón se le denomina: “Not-In-My-Back-Yard” (NIMBY). De modo similar, en castellano se suele usar la expresión: “No en la puerta de mi casa”. Para un análisis de este fenómeno en España, ver Sepúlveda *et al.*, 2008, así como Alberdi *et al.*, 2002; Nel.lo *et al.*, 2003 y el vídeo de editado por el Grup Igia, 2008, y Tempalski *et al.*, 2007 para el caso de EE.UU. (*cit.* en Romaní, 2008). Volviendo al caso de la clínica de Toronto, ver también Smith (2010), donde analiza las reacciones en la comunidad a partir de entrevistas a los vecinos.

interpretación positiva del deseo, explorando el potencial performativo y la ambigüedad de los símbolos comúnmente asociados al mismo.

Pero lo que me interesa poner de relieve aquí es la audacia de algunos de estos autores para hacer trascender esta corriente filosófica posmoderna a la realidad cotidiana de los usuarios de drogas, así como descubrir la potencialidad de sus elaboraciones teóricas para repensar viejos y nuevos paradigmas de gubernamentalidad sobre los usos de sustancias ilegales. En cuanto al primer punto, Fitzgerald y Terry Threadgold (2004) ensayan un feliz “encuentro” entre las teorías post-estructuralistas y las realidades locales descritas en sus investigaciones etnográficas. Ambos autores llevan a cabo un análisis semiótico del miedo y del mercado de heroína en las calles de Melbourne, mostrando las posibilidades heurísticas de conceptos como “devenir” y sus múltiples predicados (Deleuze y Guattari, 1980) en diálogo con algunos enfoques de/sobre el psicoanálisis (Kristeva, Burgin y Massumi, entre otros). Respecto a la segunda aplicación referida, cabe destacar la Tesis Doctoral de Malins (2009), quien, a la anterior construcción teórica sobre el cuerpo de los usuarios, añade una dimensión espacial y afectiva del uso de drogas inyectadas, para buscar algunas de las claves que podrían explicar las resistencias de los usuarios de drogas a los programas de reducción de daños. Por su parte, Emilie Gomart (2004) traslada la teoría de la sociología de la tecnología propuesta por Bruno Latour, discutiendo también algunos conceptos foucaultianos, a su investigación etnográfica llevada a cabo a mediados de los años noventa en la Blue Clinic, un centro de metadona en París. A partir de sus observaciones, la autora cuestiona la idea de la adicción proveniente de la teoría de la acción en los tratamientos abstencionistas hegemónicos en esa época en Francia, a partir de la cual el usuario de drogas pasa a ser el objeto, “esclavo” o “juguete de la droga” (*Ibid.*, p. 85), proponiendo una visión alternativa que invierte esta relación de poder entre la sustancia y el sujeto.

A pesar de estas iniciativas, hay que decir que las corrientes posmodernas están (todavía) bastante desacreditadas en el campo de la investigación sobre drogas dentro de la antropología médica. A menudo se les imputa un elitismo intelectual que se atrinchera en las torres de marfil de la academia, e incluso se les juzga “falsamente progresistas” (Otegui, 2000:238), por no decir cínicas, en la medida en que su visión escéptica del mundo conduce, paradójicamente, a una parálisis tanto epistemológica como política. Sin embargo, algunos autores, como Hunt y Barker, han defendido la aplicación de los conceptos y enfoques críticos de la teoría posmoderna a la investigación antropológica sobre el uso de drogas: “Although some more arcane issues are clearly divorced from the

day-to-day work of applied anthropologists, we argue that post-modernist/post-structuralist/interpretative theories can be highly relevant and useful to researchers studying current social issues”. (2001:175). En relación a este posible diálogo, Alastair Roy hace mención a la estrategia de conciliación entre estas corrientes teóricas y la investigación ciencias sociales propuesta por Mats Alvesson (2002), a la que denomina “reflexive pragmatism”. Mediante este concepto, dicho autor

“suggests that, whilst it is reasonable to assert that all truth claims are problematic, it is still worth trying to *understand* social phenomena and *empirical work* can be a useful way of doing this. *Reflexivity* is employed as a means of bridging the gap between philosophical considerations and research praxis. *Pragmatism* is employed as a means of achieving a balance between sceptical reflexivity and the need to deliver research projects in the real world.” (Roy, 2009:115, la cursiva es mía).

En efecto, la aplicación de las teorías posmodernas a los estudios etnográficos sobre drogas no sólo está sirviendo para mirar desde otras perspectivas los fenómenos estudiados. Ya hemos visto algunos ejemplos de cómo la teoría post-estructuralista, en sus distintas expresiones, perfunde los cuerpos y trasloca los espacios. Pero las diversas construcciones teóricas que se alzan sobre conceptos filosóficos aún poco explotados en este campo están ofreciendo además una doble dimensión constructiva. Por un lado, si asumimos con João Biehl y Ramah McKay que la “Ethnography (...) does not only hold potential for abstract philosophical critiques of politics, but is a form of political critique itself, both in its evidence-making practices and in its descriptive and analytical elaborations” (2012:1212), los enfoques críticos aplicados a los espacios y la experiencia encarnada de los usuarios de drogas cumple una función política, a la vez que ética, en tanto que *puede* servir para producir nuevos discursos emancipadores, ya que hasta ahora sólo los encontrábamos en las investigaciones neomarxistas de autores como Menéndez, en este caso a través de una relectura de Gramsci y De Martino. Por otro lado, el marco conceptual que encontramos en las corrientes posmodernas han demostrado su utilidad para repensar algunos de los lugares comunes y dogmas que aún encontramos incluso en las políticas más evolucionadas de gestión de las drogas.

Volviendo a los trabajos citados anteriormente, si bien considero que todos ellos contribuyen con sus planteamientos teóricos en este sentido, en mi opinión se hace particularmente explícito en el caso de los estudios de Fitzgerald (2002 y 2010) y Malins (2004 y 2009), así como de Gomart (2002 y 2004). En cuanto a los primeros, mediante su particular abordaje “ético-estético” de los usos de drogas, ambos proponen una lectura positiva y productiva de los aspectos sensoriales y afectivos implícitos en

el uso endovenoso de sustancias, los cuales suelen ser obviados o minimizados en los discursos expertos, las políticas y las intervenciones sociosanitarias sobre drogas. Asimismo, Gomart (2004) reflexiona sobre la autonomía de los usuarios de drogas en el marco del sistema francés de atención a las drogodependencias, poniendo de relieve, a partir de la “práctica entusiasta” y los discursos promovidos en la Blue Clinic, la capacidad productiva de las limitaciones o restricciones (“generous constraints”) asociadas a las drogas y los dispositivos de tratamientos sustitutivos, entendiéndolas como técnicas de estabilización, resistencia y performatividad.

Enfoques y desenfoques cualitativos a los programas de prescripción de heroína.

Centrándonos ya en la investigación sobre los programas de prescripción de heroína, hay que decir que los trabajos publicados hasta la fecha que aplican metodologías cualitativas (van Dam *et al.*, 2002; Köllisch y Kreuzer, 2006; Stahl y Baumohl, 2007; Romo y Póo, 2007 y Blanken *et al.*, 2010) están en clara minoría respecto a los de tipo cuantitativo, y aún no ha salido a la luz ninguna etnografía al respecto. A excepción del estudio de van Dam *et al.*, (2002), estas investigaciones guardan muchas similitudes entre sí, en tanto que se han planteado *ad hoc*, como un complemento a los ensayos clínicos, para conocer los procesos que subyacen a los resultados obtenidos en esas investigaciones, al tiempo que, han sido financiadas por las correspondientes administraciones públicas sanitarias. La mayoría de los trabajos cualitativos surgen con el ánimo de superar la visión farmacocéntrica que caracteriza los estudios epidemiológicos, buscando una aproximación a la realidad vivida por los pacientes. Sin embargo, tanto por su ubicación respecto al conjunto de investigaciones en torno a este tipo de programas, como por su diseño, derivado de la tradición epistemológica de muchos de sus autores –que suelen encontrarse entre quienes firman los artículos epidemiológicos–, considero que son un buen ejemplo de los disfraces del positivismo a los que me he referido anteriormente. Con Agar, ““Qualitative” is really only a kind of data, propositional rather than numeric. But then positivists can use propositions and post-structuralists can use numbers” (2002:250). Así pues, donde antes había cifras, ahora encontramos “verbatim”, procesados en todos los casos mediante los conocidos programas informáticos al uso. Puesto que el tipo de análisis común a estos trabajos se basa en la teoría fundamentada, no precisan un sólido anclaje teórico a partir del cual discutir los resultados, sino que parten de conceptos de uso frecuente en el campo para orientar el guión de las entrevistas a los

informantes y, más tarde, organizar las categorías de análisis de los datos empíricos. A continuación, describiré brevemente el tipo de investigación cualitativa que se ha planteado en diferentes contextos.

En los Países Bajos, Blanken *et al.* (2010) inician un estudio cualitativo en dos centros de prescripción de heroína situados en Rotterdam y Groningeen, coincidiendo con la puesta en marcha del ensayo clínico multicéntrico en estas y otras cuatro ciudades en el año 1999 (Van den Brink *et al.*, 2003). Los autores señalan como el eje teórico del trabajo la conocida triada de Zinberg (1984) “drug-set-setting” –que hace énfasis en las relaciones entre la sustancia, el sujeto y el contexto– y, según dicen, pretenden recoger el punto de vista de los usuarios a través de entrevistas semiestructuradas para ofrecer una visión holística de los programas de heroína ¹⁴. Pero el estudio sigue un enfoque conductista¹⁵, al tiempo que las categorías del guión de las veinticuatro entrevistas realizadas antes, durante y al acabar el protocolo de tratamiento, recuerdan al listado de variables medidas en los ensayos clínicos, (p. ej., “salud física y mental” o “funcionamiento social”, a partir de instrumentos como el ASI, SCL-90, OTI, etc.). Es así como los autores pretenden emparejar sus hallazgos con las variables resultado de los ensayos clínicos en cada fase de la investigación¹⁶. Asimismo, se observan algunos presupuestos de tipo moral orientados a promocionar la abstinencia del uso de sustancias ilícitas, como prueban los métodos de compensación usados por los investigadores para animar a los pacientes a participar en el estudio¹⁷. Por otro lado, resulta revelador que los autores señalen como la principal limitación del estudio el reducido tamaño de la muestra, valorando su representatividad, y por tanto, la validez del estudio, según los criterios que se aplican a las investigaciones de tipo cuantitativo. En otro estudio

¹⁴ Más concretamente, el estudio se centra en analizar (a) las percepciones de los usuarios acerca del tratamiento con heroína “farmacológica” y respecto a la heroína de callejera, (b) la valoración subjetiva de los cambios en su vida cotidiana debidos a la disponibilidad de la sustancia, así como (c) la “funcionalidad” del uso de heroína y otras drogas, en términos de “refuerzo” psicológico “positivo” o “negativo”, y de “comportamiento de respuesta” frente a “comportamiento operante”.

¹⁵ Que también se refleja en las conclusiones, donde los autores consideran que los tratamientos de tipo cognitivo-conductual, así como el denominado “contingency management”, pueden ser una intervención psicosociológica útil para “improve the patients' life structure and control (...) non-prescribed drug use” (Blanken *et al.*, 2010:S136).

¹⁶ Por ejemplo, el consumo de heroína y cocaína reconocido por los usuarios, los cambios en la “salud física y mental” y el “funcionamiento social” –según la comisión de actividades delictivas, incluida la prostitución, o la relación social con “no-usuarios de drogas”–.

¹⁷ Así, la remuneración por las entrevistas se duplica, hasta un máximo de doscientos euros, en el caso de que los informantes aceptasen el pago en especies (ropa, muebles, aparatos electrónicos, etc.), para evitar que pudiesen gastarlo en drogas ilegales.

holandés previo, Benschop *et al.* (1997) llevan a cabo entrevistas semiestructuradas a pacientes de un centro de metadona en Rotterdam, candidatos al ensayo clínico de heroína, para acabar describiendo cuantitativamente los “modos de administración” y la “función” de las sustancias ilegales consumidas, fundamentalmente heroína y cocaína, con la finalidad de predecir posibles “cambios” en dichos patrones de consumo.

De forma excepcional, la investigación cualitativa sobre la experiencia holandesa de prescripción de heroína no sólo proviene de las administraciones públicas. También la federación de asociaciones de usuarios de drogas, que, como ya he referido, miran con recelo la medicalización y la investigación experimental de la sustancia, lleva a cabo un estudio cualitativo para conocer la perspectiva de los participantes. Entre los resultados, Theo van Dam *et al.* (2002, en Lemmens, 2003:24) destacan que la mitad de los usuarios que, según el umbral estadístico de eficacia exigido en los ensayos clínicos, no responden al tratamiento, aun así refieren beneficios en las entrevistas que llevan a cabo; a la inversa, los usuarios que, bajo el criterio de esos estudios, no empeoran en la fase de seguimiento, consideran perjudicial que se interrumpiese su prescripción de heroína¹⁸. En las conclusiones, los autores alertan de la infraestimación de la eficacia de estas intervenciones en los propios ensayos clínicos, y critican los restrictivos criterios de inclusión de estas intervenciones (en *Ibid.*).

También los suizos Roland W. Stahl y Jim Baumohl (2007)¹⁹ pretenden evaluar y aportar “evidencia” sobre la “caja negra” de los tratamientos de heroína, es decir, sobre aquellos aspectos que quedan fuera del alcance de los estudios cuantitativos, a partir del punto de vista de los actores directamente implicados. Así, los autores realizan grupos focales y

¹⁸ Cabe precisar que en el ensayo clínico holandés, con una justificación “médico-ética y científica”, al final de la fase experimental se suprime el tratamiento en todos los grupos, y sólo se reanuda en los casos en los que se ‘objetiva’ según unos estándares preestablecidos un “considerable deterioro” durante la posterior fase de seguimiento (van den Brink *et al.*, 2002:40).

¹⁹ Lamentablemente, no he tenido acceso a ninguna publicación del trabajo completo, por lo que mi descripción y reflexión sobre el mismo se basa exclusivamente en un resumen de una comunicación al Congreso Anual de la Sociedad para el Trabajo social y la Investigación en San Francisco, EE.UU.

entrevistas en profundidad²⁰ para analizar las percepciones tanto de los usuarios como de los profesionales de una clínica de prescripción de heroína en San Galo. En consonancia con el planteamiento biomédico y farmacocéntrico de los ensayos clínicos, los autores describen a sus sujetos de estudio como usuarios con “adicción severa” a opiáceos refractarios a los tratamientos de metadona, asumiendo que este fracaso es atribuido al leve efecto de euforia (“rush”) que les proporciona esta sustancia, lo que les lleva a continuar consumiendo heroína en la calle y, por tanto, perpetuar su situación de riesgo y exclusión social. La ausencia de referencias al marco teórico en el *abstract* resulta ya significativa, pero, además, de los resultados mostrados se desprende que las categorías de análisis vuelven a coincidir con las dimensiones que distinguen los cuestionarios habituales en los ensayos clínicos.

En el caso alemán, Rebecca Löbmann, Tilman Köllisch y Arthur Kreuzer (2008) llevan a cabo un estudio criminológico en el contexto de la investigación sobre los programas de heroína en este país, con un abordaje tanto cuantitativo como cualitativo²¹. El objetivo de este último es el de averiguar las causas subyacentes a los resultados obtenidos en los ensayos clínicos, acerca de la disminución de las actividades delictivas entre los participantes asignados al tratamiento con heroína frente a los que recibían metadona. Para ello, Köllisch y Kreuzer realizan entrevistas en profundidad “biográficamente orientadas” a numerosos participantes del brazo de heroína en el ensayo clínico alemán²². Además de las entrevistas, se incluye un cuestionario estandarizado para cuantificar los consumos de drogas ilegales y de conductas delictivas, de manera que permita cruzar los datos con la información recogida en las encuestas realizadas en esas dos fases del ensayo clínico. El motivo de usar estos métodos, según los autores, es el de comprobar la veracidad de la

²⁰ En torno a tres cuestiones: el discurso en torno a esta modalidad terapéutica, la planificación del tratamiento (y, en su caso, de los siguientes, bien de tipo sustitutivo u orientados a la abstinencia), y la función de determinados aspectos del programa, como la disponibilidad de la heroína y de la asistencia psicosocial y psiquiátrica. Hay que tener en cuenta que los programas de prescripción de heroína en Suiza incluyen este tipo de servicios, de manera que el equipo de profesionales se compone de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. A su vez, se llevan a cabo programas para la búsqueda de empleo.

²¹ Cabe advertir este trabajo sólo ha sido publicado en alemán, por lo que para su traducción he tenido que servirme de la ayuda desinteresada de un compañero suizo, no familiarizado con el tema de estudio, así como de algunas herramientas de traducción automática, con las limitaciones que ello conlleva. Por otro lado, los resultados del subestudio cualitativo proceden de una tesis interna de la Universidad de Gießen (Köllisch y Kreuzer, 2006), a la que no he tenido acceso.

²² Concretamente, a noventa y un usuarios al inicio del estudio, y setenta y siete al cabo de un año, respectivamente, procedentes de los centros situados en las ciudades de Karlsruhe, Bonn, Colonia y Hamburgo.

información referida por los pacientes acerca de su actividad delictiva, así como para poder compararla con los datos del ensayo clínico alemán y el suizo, el cual arroja una menor tasa de delitos violentos²³. Como en los estudios anteriores, el análisis de los datos cualitativos se lleva a cabo mediante un programa informático. Desde una perspectiva positivista, los resultados de la investigación sirven para poner en evidencia los “sesgos” de cada grupo de participantes a la hora de declarar sus delitos, así como su particular lógica para no considerar como tales determinados actos no violentos, pero igualmente delictivos triangulándolos con los datos criminológicos. Asimismo, los autores contrastan estos datos con los relatos de los usuarios sobre el inicio de su actividad delictiva y su posible relación con los eventos significativos e historias de violencia, abusos en sus biografías y “problemas de comportamiento” previos al inicio del uso de drogas.

Con un planteamiento similar al estudio de Benschop *et al.* (1997), los canadienses Fischer *et al.* (2002) plantean en 1999 un estudio tentativo con usuarios de metadona, centrándose las actitudes, experiencias y valoraciones de estos tratamientos, coincidiendo con el inicio del debate sobre la implantación de programas de heroína en este país, para trasladar los aspectos relevantes al futuro ensayo clínico. Asimismo, se aprovecha el contacto con los participantes en este estudio como estrategia para acceder a parte de la muestra del ensayo clínico, reclutando usuarios refractarios que pudiesen beneficiarse del tratamiento alternativo con heroína. En cuanto a la metodología, los autores realizan grupos focales con cuarenta y siete usuarios con mayor o menor experiencia en tratamientos de metadona, en las ciudades de Vancouver, Montreal y Toronto.

Por último, queda referirme al trabajo cualitativo español (Romo y Póo, 2007 y Romo *et al.*, 2009)²⁴, que se centra en evaluar el programa de heroína en Granada a partir de las valoraciones de los usuarios y de sus familiares, coincidiendo con la última etapa del ensayo clínico andaluz, entre octubre y diciembre de 2004. El marco conceptual se basa en la noción de “carrera” y “calidad de vida”, éste último según el cuestionario desarrollado en el proyecto de la OMS denominado “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL), que distingue las siguientes categorías de análisis: “estados y funciones corporales y psicológicas”, “relaciones sociales”, “niveles de independencia” y “ambiente/contexto”.

²³ Así, los autores distinguen cuatro grupos de pacientes según la evolución de la actividad delictiva violenta a lo largo del ensayo clínico.

²⁴ En un artículo posterior publicado en una revista internacional se recogen y discuten los principales resultados de este estudio (ver Romo *et al.*, 2009).

En cuanto a la metodología, una vez seleccionada la muestra después de un breve periodo de trabajo de campo –a modo de “Técnica de Acceso Rápido”– las autoras realizan entrevistas en profundidad a quince pacientes y seis familiares. Si bien este trabajo, como en el caso de los anteriores, se mantiene en el plano descriptivo, sin demasiadas concesiones a la interpretación de las autoras, se caracteriza por un enfoque más holístico y un estilo más narrativo a la hora de presentar los resultados de la investigación, así como por prestar una mayor atención a las motivaciones, las creencias y los anhelos contenidos en los discursos de los informantes. En mi opinión, estas diferencias son atribuibles, en parte, a la adscripción disciplinar de Romo y Póo, a la antropología social y cultural y la psicología, respectivamente. No obstante, también aquí se sigue el procedimiento de análisis de la teoría fundamentada, al tiempo que se trasluce claramente la sistemática del programa informático usado para el procesamiento de los *datos* cualitativos. Asimismo, para asegurar el *rigor* de la investigación y acabar con toda posibilidad de interpretación, las autoras llevan a cabo una “codificación múltiple” (es decir, por parte de ambas) de cada una de las categorías y subcategorías de análisis, como estrategia de “lo que, en investigación cuantitativa, se conoce como ‘inter-rater-reliability’” tratando de evitar así “the possible subjectivity that occasionally occurs in qualitative data-analysis processes” (Romo *et al.*, 2009:189). Continuando con el sesgo positivista, si bien me parece interesante que las autoras hayan incluido el punto de vista de los familiares, llama la atención que su justificación sea la de “triangular” y “aumentar la fiabilidad y validez de las informaciones obtenidas” por parte de los pacientes (Romo y Póo, 2007:22), si lo que se pretende es acercarse a las percepciones de los actores sociales estudiados.

Sin ánimo de crítica, creo que esta tendencia a presentar lo subjetivo como si se tratase de hechos, de positividad, puede encontrar parte de su explicación en el contexto y la procedencia de la demanda de la investigación. Por un lado, hay que tener en cuenta el momento en que se lleva a cabo el estudio respecto al desarrollo del ensayo clínico. Por otro lado, el encargo y la financiación del trabajo cualitativo provienen de la misma administración que ha promovido el programa de prescripción de heroína en Granada, es decir, la Dirección General de Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía. Así pues, es más que razonable que las autoras hayan considerado oportuno presentar un informe que mostrase la realidad vivida por los destinatarios de esta intervención sociosanitaria, para contrastar, como en los ejemplos anteriores, sus hallazgos con los resultados de tipo cuantitativo.

En su conjunto, estos trabajos cualitativos presentan un valor indiscutible, en tanto que las conclusiones no sólo han servido para arrojar luz sobre la dimensión social (y psicológica) y complementar la “evidencia” acerca de los tratamientos con heroína implantados en distintos países. También, dada su finalidad pragmática, los estudios preliminares han contribuido a adaptar algunos aspectos metodológicos de los ensayos clínicos para facilitar su viabilidad, mientras que las evaluaciones de las intervenciones puestas en marcha han aportado sugerencias para mejorar algunos aspectos asistenciales, en consonancia con la racionalidad bajo la que se formula este tipo de terapia farmacológica. Sin embargo, a pesar del uso de metodologías cualitativas –incluida una rápida observación participante, en el caso de Romo y Póo (2007)– considero que tanto por la teleología y demanda institucional, el planteamiento epistemológico huérfano de teoría, los métodos exprés de acceso a la información (y no tanto al contexto), así como por los asépticos análisis llevados a cabo, como ya he comentado, estos estudios se encuentran más próximos al paradigma positivista que al modelo relativista o interpretativo.

Una explicación más que plausible acerca del rigor y la objetividad que pretenden estas investigaciones, y que a su vez guarda una estrecha relación con la procedencia de su demanda y finalidad, es el hecho de que la tecnología sociosanitaria de estudio, es decir, la prescripción de heroína, ha estado rodeada de mayor polémica que otro tipo de medidas orientadas a la reducción de daños. Con Martin y Stenner, “The more controversial the issue, the more importance accrues to the *facticity* of the data” (2004:397). Al margen de sus diferencias, los trabajos comentados siguen el enfoque habitual de la investigación sobre drogas, aplicando unos métodos (en este caso cualitativos, tanto da) que permitan describir la *realidad* observada de una manera fiable, así como contrastar los resultados con los datos de los estudios cuantitativos precedentes. Siguiendo con Martin y Stenner, “Traditional (qualitative and quantitative) research methodologies supply a *frame* within which representations of the reality of drug use can be depicted. What they do not typically see and do not typically present is that frame and the ways in which it influences the picture it encompasses” (*Ibid.*, p. 396). Así pues, la ausencia de marcos teóricos sólidos y la celeridad de los métodos usados en las investigaciones, sin un claro anclaje disciplinar, impide pasar del plano descriptivo de la *realidad*, a una reflexión profunda que desvele la lógica y los procesos en juego que producen las “verdades” de las que hablan los sujetos (ya no *informantes*) estudiados.

Traslocando y profundiendo teoría a la prescripción de heroína.

En conclusión, a pesar del cuestionamiento epistemológico de Dehue (2002 y 2004) acerca de los ensayos de heroína y la reflexión de Bourgois (2002) a partir de sus impresiones estando de paso por una clínica de prescripción de heroína suiza, aún no se ha llevado a cabo una investigación etnográfica propiamente dicha que, desde de un enfoque antropológico crítico, relacione los niveles micro y macropolíticos de este tipo de tecnología médica con la experiencia encarnada de los usuarios, situándolos a su vez en un espacio histórico, global y local. En cuanto a las posibles perspectivas teóricas, ya hemos visto a través de algunos ejemplos que no sólo es factible, sino también fructífero, iluminar de manera creativa los procesos que acontecen en dispositivos similares, como las clínicas de metadona, a través de conceptos poco visitados en el campo de las drogas. Dadas las similitudes entre ambos tipos de modalidades terapéuticas, en tanto que desafían el dogma abstencionista, muchas de las reflexiones que contienen los trabajos referidos anteriormente podrían trasladarse a los espacios clínicos de heroína. Sin embargo, tanto por su particular surgimiento y enclave dentro del paradigma prohibicionista, como por las peculiaridades que entraña la práctica cotidiana, los programas de heroína presentan una idiosincrasia política que los hace merecedores de un abordaje antropológico propio. Si lo que se pretende, como es el caso de la presente investigación, es analizar el poder performativo de los discursos de verdad que configuran los dispositivos de prescripción de heroína, ya sean de orden médico, jurídico o científico, para encontrar comprender su significación política, ¿por qué no ensayar una mirada antropológica acaso “post-posmoderna” sobre esta cuestión?

CAPÍTULO 3. Una apología del tropo y el pastiche.

“Todo modelo reducido tiene vocación estética”.

Lévi-Strauss
El pensamiento salvaje (1962)

Si, en su obra *El antropólogo como autor*, Clifford Geertz sitúa la antropología “mucho más del lado de los discursos «literarios» que de los «científicos»” (2004:18), en el campo de las drogas creo haber dejado claro que la tendencia dominante ha sido justo la contraria. En este sentido, mi investigación propone un modesto “giro hermenéutico” –por usar la expresión del filósofo Hans-Georg Gadamer– que no sólo replantea el papel de la autoría en los estudios antropológicos sobre drogas, sino que también recurre a la teoría literaria, como trataré de justificar aquí, para poder comprender y desbridar el complejo sistema de relaciones paradójicas que no he dejado de encontrar en el tema de estudio.

Paul Ricoeur se refiere al pensamiento de Freud, Marx y Nietzsche como “filosofía de la sospecha”, en tanto que, a diferencia de la filosofía tradicional, tienen como elemento común el enigma que encierra el lenguaje, que “no dice lo que parece decir” (Ávila, 1999:99). Como se verá, la paradoja ha sido la piedra de toque a lo largo de mi investigación en el intento de comprender las drogas y su mundo, y así he querido trasladarlo al análisis que propongo. Tal vez mi inclinación hacia la filosofía hermenéutica y la literatura (¡o acaso la óptica!) para intentar descifrar la cabalística que encierra el tema elegido pueda verse como una deserción del campo disciplinar en el que ubico este trabajo. Pero, en última instancia, no deja de ser una tarea fundamental de esta disciplina descodificar e interpretar el significado de los símbolos que revelan, a la vez que enmascaran, los valores culturales en los grupos humanos. Además, hay que reconocer que tanto la filosofía como la literatura han sido manantiales de los que ha bebido no sólo la antropología, sino el conjunto de las ciencias sociales y humanas.

En las líneas que siguen intentaré justificar el por qué de los recursos que me han servido para hacer de la realidad estudiada algo inteligible, así como para articular el análisis teórico y etnográfico que desarrollo en este trabajo. En primer lugar, se me antoja necesario ofrecer algunas

pinceladas sobre los modos de representación de los mitos en las distintas culturas, centrándome en la tradición literaria occidental. A continuación, reflexionaré brevemente sobre el papel del mito en la filosofía y la antropología finisecular hasta las corrientes posmodernas del siglo XX. Cabe advertir que en ningún caso pretendo llevar a cabo un abordaje exhaustivo de estas cuestiones, no sólo porque me adentraría en derroteros que se apartan del tema de estudio, sino porque considero que ya han sido ampliamente debatidas. Por último, enlazaré mi análisis con el sistema de tropos que vertebran mi trabajo de investigación, en torno al espacio y el cuerpo.

Apuntes sobre el mito y los arquetipos en la literatura, la filosofía y la antropología.

En primer término, debo reconocer que mi propuesta acerca del uso de la metáfora para intentar arrojar luz sobre una cuestión compleja no tiene mucho de novedoso. Desde la prehistoria, a través de los cuentos y leyendas de tradición oral y, más adelante, la literatura escrita (salvo en los pueblos que se han mantenido ágrafos), las mitologías y los arquetipos han servido a las diversas sociedades y civilizaciones para explicar los acontecimientos de la vida y dar sentido al mundo. Algunos pensadores han reflexionado sobre la función social de los recursos figurativos de la cultura como una estrategia para sublimar los malestares y garantizar el orden social. Así, Bertolt Brecht y Walter Benjamin, como nos recuerda Néstor García Canclini, han concebido la “cultura como dramatización eufemizada de los conflictos sociales”, de manera que las fricciones que acontecen en la vida social son representadas simbólicamente a través de las artes escénicas, como la danza, el cine o el teatro, las artes plásticas y la música, para evitar consecuencias nefastas. Esta dramatización o representación se hace de manera diferente en cada lugar o grupo social, y está condicionada por las instancias de legitimidad, de formación de consenso y hegemonía (García Canclini, 2004:38). Por tanto, no es de extrañar que los *dramatis personae* que encarnan las narrativas míticas de cada sociedad constituyan una pléyade de figuras del exceso que sucumben a las pasiones humanas y entran en conflicto con el destino que les depara el capricho de los dioses. Es decir, los comportamientos desviados de estas figuras arquetípicas, a menudo hiperbólicas, desafían un sistema normativo tan imbatible como las fuerzas de la naturaleza, y los sitúan en una encrucijada moral, en ocasiones con un desenlace trágico.

El mito en la literatura.

Centrándonos en el caso de la literatura occidental, me interesa destacar su función como soporte de representación de los mitos y arquetipos que, a su vez, debe entenderse invariablemente bajo la perspectiva del relativismo histórico. Sin lugar a dudas, sobre todo a partir del Renacimiento, hay un componente creativo y de ficción indispensable en la producción literaria, fruto de la imaginación y subjetividad del autor. Pero los genios de las letras, pese a que acostumbran a mostrar una visión crítica con el sistema de valores y las instituciones sociales contemporáneos, y se anticipan al pensamiento de tiempos que con frecuencia para su desgracia no llegan a vivir, no dejan de estar profundamente subjetivados por el contexto histórico y el “zeitgeist”. Así pues, los textos literarios atesoran cosmologías y sistemas de imágenes que se acomodan a –o a menudo sacuden– el pensamiento de la época.

A su vez, los estilos narrativos siguen un proceso evolutivo o, al menos, de cambio, en consonancia con los códigos y las formaciones discursivas que les son contemporáneos. A partir de la novela moderna, las musas ya no habitan en el mundo de las ideas, sino en el mundo terrenal. Las figuras que antes se recortaban a la medida de los cánones de la mitología clásica, empiezan a inspirarse en la cultura popular, como ocurre en las obras de Lope de Vega, Cervantes, Tirso de Molina, Rabelais, Quevedo, de Rojas, Molière, Valle-Inclán, etc. Unas veces encontramos figuras tan fantásticas como mundanas, como los gigantes Gargantúa y Pantagruel, mientras que personajes como Otelo o Hamlet conservan aún el aura de orgullo y dignidad de las figuras míticas. En ocasiones, se nos presenta una dualidad complementaria en los protagonistas, como el Caballero de la Triste Figura y su antítesis encarnada en Sancho Panza. La dimensión coral también se representa a través de una colectividad arquetípica, como en el teatro de la Comedia del Arte con las máscaras de Dottore, Pantalone, Colombina, Polichinela, etc. Más tarde, la literatura pasa a convertirse en uno de los géneros de la alta cultura descrita por Raymond Williams (1966, citado por Clifford, 1991:32), retratando la sociedad victoriana a la que sirve de solaz, aunque las vanguardias pronto deshilarán los encajes del romanticismo y recuperarán el bestiario popular. Pero más allá del particularismo de cada estilo y la originalidad del autor, el imaginario moderno no dejará de versionar los arquetipos clásicos, los cuales precisamente deben a su carácter mítico la plasticidad necesaria para poder encarnar, a través de una pléyade de tipos culturales, la comedia, el drama y la tragedia de cada época y sociedad.

En su ensayo literario *Los testamentos traicionados*, Milan Kundera reflexiona, entre otras cosas, sobre los límites de la identidad y la idiosincrasia del individuo –la piedra de toque de toda novela, en su opinión–, destacando la aportación de Thomas Mann acerca de la ficción literaria en tanto vehículo de transmisión de las mitologías y arquetipos de cada pueblo:

“(...) pensamos actuar, pensamos pensar, pero es otro y otros los que piensan y actúan en nosotros: costumbres inmemoriales, arquetipos que convertidos en mitos, transmitidos de una generación a otra, poseen una inmensa fuerza de seducción y nos teledirigen desde (como dice Mann) «el pozo del pasado». Escribe Mann: «¿Está el “yo” del hombre estrechamente circunscrito y herméticamente encerrado en sus límites carnales y efímeros? ¿No pertenecen acaso varios de los elementos que lo componen al universo exterior y anterior a él? [...] La distinción entre el espíritu individual no se imponía antaño a las almas con la misma fuerza de hoy...». Y añade: Nos encontraríamos ante un fenómeno que estaríamos tentados de calificar de imitación o continuación, una concepción de la vida según la cual el papel de cada uno consiste en resucitar determinadas formas, determinados esquemas míticos establecidos por los antepasados, y en permitir su reencarnación». (Kundera, 1998:19–20).

Las disquisiciones de Mann encierran y anticipan –al menos así me lo parece– una discusión sobre la crisis del individuo moderno, huérfano y emancipado de los ídolos que daban antes sentido a su existencia y auguraban su destino. Como planteaba la filosofía nietzscheana, más tarde el proceso de individuación de Eliás (1989, 1990) y el luego pensamiento rizomático de Deleuze y Guattari en *Mil mesetas* (1980), con sus postulados de los “agenciamientos colectivos de enunciación”, que borran el sujeto y, en cierto modo, regresan al mito.

El mito en la filosofía.

Ciertamente, el sentido del mito ha sido una de las grandes cuestiones del pensamiento occidental de *fin de siècle*, después de haber sido revalorizado por el movimiento romántico frente a la razón ilustrada (Gadamer, 1997:16). La filosofía ha tenido en Nietzsche, como filólogo clásico que era, su mayor exponente. Más allá de la mera visión funcionalista de las narrativas míticas, como estrategias heurísticas para ofrecer unas coordenadas que ayuden a relativizar la vida cotidiana y orientar las conductas de los sujetos, este pensador, como señala Hans-Georg Gadamer, “en la «Segunda consideración intempestiva» vio en el mito la condición vital de cualquier cultura. Una cultura sólo podría florecer en un horizonte rodeado de mito” (1997:16). La filosofía nietzscheana apela al sistema de imágenes de la mitología griega y la religión cristiana como la clave epistemológica para fundamentar su

genealogía de la moral occidental, hasta el punto de plantear un nuevo paradigma que da por zanjado el viejo debate entre mito y logos. Con él, el filósofo alemán se adelanta, en palabras de Luis Enrique de Santiago Guervós, “a la crítica del lenguaje del siglo XIX y al giro lingüístico del siglo XX”. La obra de Nietzsche supone un «giro retórico» en la filosofía, el cual:

“trata de reducir el pensamiento a un puro juego de figuras retóricas, que explican la inalcanzable realidad y el mundo de ilusiones en que nos movemos. En su joven idiosincrasia particular, [el filósofo] se puso como ambiciosa meta revolucionaria convertir la realidad en figuras mediante metáforas apropiadas” (2000:18).

Más tarde, los filósofos post-estructuralistas, como Foucault, Ricoeur y Derrida, entre otros, tomarán el testigo de la tesis nietzscheana del lenguaje como pura metáfora, que, como veremos, se convertirá en la piedra angular de la antropología posmoderna.

A mi modo de ver, desde principios del siglo XX surge una visión esencialista del mito y los arquetipos que no sólo reconoce, sino que se deja fascinar por el polimorfismo de las distintas estructuras míticas de las sociedades “primitivas” que describían los etnólogos. Las obras de Émile Durkheim (*Las formas elementales de la vida religiosa*, 1912), Lucien Lévy-Bruhl (*La mentalidad primitiva*, 1922; *La mitología primitiva*, 1935), la propuesta de Sigmund Freud de trasladar la mitología al estudio y la cura de la psique humana (*Totem y tabú*, 1913; *Más allá del principio de placer*, 1920) o el concepto de inconsciente colectivo de Carl G. Jung, que no renuncia al sentido trascendental de la mitología (*Arquetipos e inconsciente colectivo*, 1933–1955; *Psicología y religión*, 1938), aportan bases epistemológicas fundamentales para el desarrollo de las futuras corrientes filosóficas, antropológicas y psicológicas (si bien algunos de aquellos postulados, tomados literalmente, presentan serias incompatibilidades con los derroteros que han seguido estas disciplinas a lo largo del siglo pasado).

El mito en la antropología.

El antropólogo K.O.L. Burridge empezaba su ensayo *Lévi-Strauss y el mito* (1967) reconociendo que el “tema del mito es y ha sido el juguete de todos” (1970:129). En efecto, el sentido del mito en las diversas culturas se ha constatado como uno de los temas privilegiados a lo largo de las corrientes que se han sucedido en la historia de la disciplina hasta los

años sesenta¹. Dentro de la corriente del relativismo cultural, uno de los autores americanos a los que la cuestión del mito causa una mayor fascinación es Marshall Sahlins. A partir de una particular interpretación de las observaciones de Lévi-Strauss, quizá un tanto extrema en opinión de algunos autores (ver Kuper, 2001:189–234), Sahlins acuña el concepto de “mitopraxis” o “reproducción estereotípica”, tomando como estudio de caso la muerte del capitán Cook en Hawai. La propuesta de este antropólogo queda resumida en uno de sus enunciados: “la forma final del mito cósmico es el evento inmediato”². Si recordamos con Gadamer que “en el antiguo uso lingüístico homérico [la palabra *mythos*] no quiere decir otra cosa que «discurso», «proclamación», «notificación», «dar a conocer una noticia»” (1997:25), es decir, una verdad, un hecho, antes de que pase a ser su propio antónimo varios siglos más tarde, podría considerarse que la teoría de Sahlins recupera el sentido primigenio del término³.

Pero lo que revolucionará el estudio del mito en la antropología, después de haberlo hecho con el tema del parentesco, será el proyecto estructuralista de Claude Lévi-Strauss (*Antropología estructural*, 1958; *El totemismo en la actualidad*, 1962; *El pensamiento salvaje*, 1962; *Las mitológicas*, 1964–1971). Frente al relativismo cultural de la escuela americana que se limitaba a describir pormenorizadamente los sistemas de pensamiento y representaciones de las diversas sociedades estudiadas,

¹ En un breve repaso, si nos remontamos al evolucionismo unilineal (Morgan, Bachofen, Tylor, Lubbock, Frazer, etc.) la mitología es considerada como el paso previo a la religión, que será sucedida por la ciencia positiva que surge en la civilización occidental. Dentro del funcionalismo, Malinowski propone su tesis de los mitos como patrones de conducta, representados en rituales que legitimaban las prácticas. En la antropología americana, el particularismo histórico (con Boas y Lowie) se interesa por recoger y comparar en sus etnografías los mitos y el folklore de los pueblos, pero sin preocuparse demasiado por su análisis teórico, en su renuncia a la formulación de leyes universales referidas a las culturas. La publicación de *Tótem y tabú* (1913) servirá de inspiración a la heredera de esta corriente, la escuela de Cultura y Personalidad. Dentro de ésta, quizá la autora que más se deja seducir por el análisis de las estructuras míticas sea Ruth Benedict. Así, mediante el par de contrarios apolíneo/dionisiaco proveniente de la filosofía nietzscheana, esta autora distingue los ‘patrones culturales’ de los zuñi y los kwakiult, de acuerdo al temperamento observado en las conductas de los nativos.

² Sahlins, M. *Islands of History*, p. 58, citado en Kuper (2001:207).

³ Recordemos que, según Sahlins, los mitos de las sociedades polinesias profetizan los propios acontecimientos que se producen en la realidad, de manera que la construcción de la historia por los nativos queda subordinada a su estructura mítica. No obstante, para designar el engranaje entre mito y evento, este autor propone la expresión “estructura de la coyuntura”, en tanto que configura la historia de los pueblos a la vez que reordena su cultura (ver Kuper, 2001:208–209). Así pues, el antropólogo toma la mitología (y también la religión) como sinécdoque de cultura, es decir, como un sistema simbólico que proporciona no sólo una cosmovisión, sino también unos modelos de acción válidos para orientar un futuro cambio social.

el estructuralismo se preocupa por encontrar isomorfismos en las diferentes culturas a través de una perspectiva sincrónica, con la finalidad de explicar la lógica común que subyace en todas ellas. Haciendo un esfuerzo de síntesis, su principal tarea podría resumirse en desbridar el sistema de relaciones entre las unidades mínimas constitutivas de las culturas, tomándolas no obstante como elementos indisolubles de la estructura en la que cobran su sentido. En palabras del propio antropólogo:

“Una creación fantasmática de la mente en un determinado lugar debería ser única (...) Mi problema residía en intentar descubrir si había algún tipo de orden por detrás de ese aparente desorden (...) En mi opinión es absolutamente imposible concebir el significado sin orden” (Lévi-Strauss, 2002:33).

Tomando los postulados de la lingüística de Ferdinand Saussure, para el estructuralismo levistraussiano el mito pertenece al orden del lenguaje y su interés se centra en identificar las relaciones internas entre las unidades mínimas que conforman el discurso mítico, a las que denomina “mitemas”⁴. Así pues, como sentencia Gadamer, “Lévi-Strauss y sus amigos consiguieron construir una (...) gramática generativa de la conciencia mítica” (1997:52). En su ensayo *El significado del mito* (1967), Mary Douglas reflexiona a propósito del famoso texto de su colega francés *La gesta de Asdiwal* (1958) sobre la potencia del método de análisis que éste propone. La antropóloga se refiere al particular sistema de opuestos que aplica este autor para desvelar las dialécticas que se suceden cíclicamente en la estructura interna de los mitos, y destaca la vocación sociológica de este análisis de las formaciones mitológicas. Es decir, la misma dialéctica que se observa en la estructura del mito, se da en la interrelación de éste con la sociedad, cuya realidad es dialéctica también. Por tanto, el sentido levistraussiano del mito es el de representar y “conciliar contradicciones” de la vida social (Douglas, 1970:84), lo cual enlaza con la función del mito que veíamos más arriba, en tanto recurso para expresar y catalizar los conflictos y malestares sociales.

Me permitiré un breve comentario sobre la incisiva crítica de Douglas a las “ideas de reversión y de inversión” en torno a las cuales Lévi-Strauss centra su argumentación (Douglas, 1970:92), así como al “efecto *bricolage*” de su método de análisis (*Ibid.*, p. 101). En referencia al citado ensayo, esta autora desconfía de la premisa de su colega según la cual “el mito es el reverso de la realidad en su país de origen”, así como de su formulación de una “curiosa ley” por la cual el proceso de inversión se

⁴ Para profundizar en el análisis estructural de los mitos que propone Lévi-Strauss, ver el capítulo 11 de su obra *Antropología estructural* (1987).

produce “a cierta distancia” de ese lugar. En relación al análisis de Lévi-Strauss en otra tribu (*Structure et dialectique*, 1956), a la antropóloga no termina de convencerle que “un mito que parece no tener contraparte en el ritual de la tribu en la que se cuenta, [resulte] ser una inversión de los ritos de otra tribu”. Asimismo, ante la supuesta “confusión” creada por Lévi-Strauss a partir de su particular sistema de inversiones, acaba preguntándose si el investigador peca de “ingenuo” o “de mala fe” (*Ibid.*, p. 92–93). Debo decir que, al margen de la veracidad de los enunciados de Lévi-Strauss sobre el sentido del mito en las sociedades estudiadas, me sorprende el enconado reproche de esta autora al uso de una “metáfora que proviene de la óptica, sin ninguna explicación de por qué ha de observarse el mismo proceso en una ciencia tan desvinculada de ésta como la mítica” (*Ibid.*, p. 92), cuando en su propia obra la analogía es uno de los principales recursos en sus argumentaciones.

En cuanto al segundo aspecto de su crítica, la autora se sirve de la comparación que hace el antropólogo en su obra *El pensamiento salvaje* (1962) del “pensamiento mítico como *bricolage*” en las sociedades tradicionales, en contraposición a la tarea científica de un ingeniero de la cultura occidental (Lévi-Strauss, 1988:35 y ss.), para referirse con ese mismo término en un sentido peyorativo a su método de análisis y al rol del investigador, como “*bricoleur*”, luego como el propio “ingeniero” de su comparación y, finalmente, como un “jugador de cartas” (*Ibid.*, p. 99). De nuevo, no es mi intención cuestionar con Douglas la libertad que pueda tomarse Lévi-Strauss para sentar y cambiar las “reglas del juego”, usando la comparación del autor, a la hora de aproximarse a la estructura de los mitos; ni tampoco discutir las posibles limitaciones de su método “sincrónico” para estudiar la mitología de sociedades sujetas al devenir del tiempo, que llevaran a Edmund Leach a sugerir la aplicación del análisis estructural a las mitologías fósiles o, mejor dicho, pretéritas, como la griega, la israelita o la budista (*cf.* p. 100). Pero no deja de llamarme la atención que la crítica a la supuesta artificiosidad de la propuesta analítica de Lévi-Strauss provenga precisamente de una autora también estructuralista que, como ella misma pone de manifiesto en sus ensayos, comparte la misma vocación sociológica de su compañero.

La crítica de Douglas al método levistraussiano que acabo de referir me lleva a enlazar con el siguiente punto de mi argumentación. Si, volviendo a la comparación de Burridge, el mito era el “juguete” de la antropología tradicional en tanto objeto de estudio, a partir de los años setenta y especialmente durante la década siguiente, la antropología posmoderna propone revalorizar el uso de la metáfora para trasladar el potencial heurístico de la retórica a los textos etnográficos. Como ya adelantaba,

serán las filosofías post-nietzscheanas de autores como Foucault, Ricoeur, Derrida, Rorty e incluso Gadamer, las que sirvan de soporte teórico a las argumentaciones de los nuevos antropólogos. En una entrevista en la que se le preguntaba al primero de estos filósofos por su tendencia a dramatizar la escritura y dotar de un “carácter de ficción” su obra *La voluntad de saber*, contestó:

“[el] problema de la ficción, es para mí un problema muy importante; me doy cuenta de que no he escrito más que ficciones. No quiero, sin embargo, decir que esté fuera de verdad. Me parece que existe la posibilidad de hacer funcionar la ficción en la verdad; de inducir efectos de verdad en un discurso de ficción, y hacer de tal suerte que el discurso de verdad suscite, “fabrique” algo que no existe todavía, es decir, “ficcione”. Se “ficciona” historia a partir de una realidad política que se hace verdadera, se “ficciona” una política que no existe todavía a partir de una realidad histórica” (Foucault, 1992:172).

Generalmente, se considera que el primero trasladar la idea de la ficción o la “fabulación” al análisis de la escritura etnográfica y de plantear un “giro hermenéutico” en la antropología, dejándose seducir por la teoría literaria y las corrientes filosóficas mencionadas, es Clifford Geertz. Así, este autor toma de Ricoeur la idea de la interpretación de los discursos y la acción social como texto escrito para desvelar sus significados y su contenido simbólico (Kuper, 2001), centrando su trayectoria investigadora en aquellos aspectos a los que escuela parsoniana de la que provenía sólo les había dedicado un interés parcial. Si en *La interpretación de las culturas* (1973) ya despunta su gusto por la escritura, en su ensayo *El antropólogo como autor* (2004), Geertz pone de relieve que, como en las obras literarias, las etnografías también responden a un estilo de autor a la hora de describir las formas de vida de los grupos sociales estudiados en un momento dado. Tomando como ejemplo varias monografías clásicas de cuatro vacas sagradas de la antropología, Lévi-Strauss, Evans-Pritchard, Malinowski y Benedict, Geertz analiza la escritura etnográfica de sus respectivos textos para señalar el uso intencionado de la retórica por parte de los autores en sus representaciones de las sociedades etnografiadas. Se trata, pues, de “construcciones hechas para persuadir” a los lectores, generalmente del ámbito académico (Geertz, 2004:148), a la vez que sirven de traducción, “traslocación” o “conexión textual” entre el “Estar Allí” y el “Estar Aquí” (*Ibid.* p. 153–154). Más adelante, me referiré al debate que surge en ese agitado momento en la antropología acerca de la crisis de representación y de la autoría, cuando plantee la discusión epistemológica sobre mi investigación etnográfica en el centro. En cuanto a la cuestión sobre la naturaleza real o ficticia del relato, así como de la

“objetividad” para describir la realidad, hay que decir que merecería una discusión aparte⁵.

Por su parte, James Clifford, uno de los adalides de la antropología posmoderna, en la introducción a *Retóricas de la antropología*⁶ se refiere a:

“[los escritos de] Michel Foucault (1973), Michel de Certeau (1983) y Terry Eagleton (1983) [donde] arguyen que la literatura, en sí misma, es una categoría trascendental de la investigación científica. Desde el siglo XVIII, convienen los autores citados, la ciencia occidental ha excluido ciertos aspectos significativos y definitorios: la retórica (en nombre de la explicación clara, transparente); la ficción (en nombre del valor de los hechos en sí); y la subjetividad (en nombre de la objetividad). Tales cualidades, relegadas por la ciencia, pasaron a engrosar la categoría, acaso infamante, de lo literario. (...) tanto lo metafórico como lo alegórico quedaron reducidos a simple especulación escasamente respetuosa con lo circundante, para con lo que es susceptible de observación y estudio. [Pero el discurso literario] (...) ha logrado éxitos evidentes, a pesar de todo. Ello lo convierte en figurativo y polisémico”. (Clifford, 1991:31).

La revalorización de esos tres elementos, la retórica, la ficción y la subjetividad, obliga a reflexionar sobre el lenguaje estético y los métodos de escritura en la antropología. Si Douglas (des-)calificaba el análisis estructural de “bricolage”, reflejando sobre Lévi-Strauss su propia metáfora, en su obra *Dilemas de la cultura* (2001)⁷, Clifford argumenta que el método del *collage* se encuentra en la base de la antropología que se instituye como disciplina en Francia durante los años veinte y treinta, de forma paralela a las vanguardias artísticas. Así, la fragmentación y descodificación del orden cultural, el irónico extrañamiento de las categorías y jerarquías familiares, la yuxtaposición transgresora e imposible y la fascinación por recolectar lo exótico y lo “insolite” (Clifford, 2001:162) son rasgos compartidos por el movimiento surrealista y la etnografía moderna, que surge como una “antinomía” del humanismo antropológico decimonónico (*Ibid.*, p. 179). Más allá de tratarse de un método, el collage deviene un paradigma científico y moral. Por un lado, “Escribir etnografías con el modelo del collage sería evitar el retrato de

⁵ Así, por ejemplo, Ricardo Sanmartín (1995) reflexiona sobre las similitudes y diferencias entre la monografía antropológica y la novela, tomando por caso la comparación de su trabajo de campo en la Albufera de Valencia entre los años setenta y ochenta, y la descripción de este contexto en la obra *Cañas y barro* (1902) de Blasco Ibáñez, contrastando además con documentos históricos desde mediados de siglo XX.

⁶ La obra original, *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnograph* (1986), editada por James Clifford y George E. Marcus, reúne ensayos que datan desde 1979 hasta la fecha de su publicación.

⁷ La versión en inglés lleva por título *The Predicament of Culture: Twentieth-Century Ethnography, Literature, and Art* (1988).

culturas como totalidades orgánicas o como mundos unificados, realistas, sujetos a un discurso explicativo continuo” (*Ibid.*, p.180). Por otro lado, de esta conjunción estética emerge una vocación política bidireccional:

“[Si] el surrealismo unido a la etnografía recupera su temprana vocación como política de crítica cultural, (...) la etnografía combinada con el surrealismo ya no puede ser vista como la dimensión empírica y descriptiva [o interpretativa] de la antropología (...), [sino que] surge como la teoría y la práctica de la yuxtaposición. Estudia y forma parte de la invención e interrupción de totalidades significativas en obras de importación-exportación cultural”. (*Ibid.*, p. 181).

A pesar de la eventual desacreditación de las corrientes posmodernas a la que me refería más arriba, considero que apelar al mito y la ficción como recursos heurísticos en los análisis antropológicos (y no sólo en las etnografías) en el campo de las drogas, sin ocultar el “montaje”, los “cortes” y las “suturas” del proceso de investigación (*Ibid.*, p. 180), puede resultar incluso más eficaz que acumular datos o cifras para intentar elucidar algunas de las cuestiones clave de la realidad que nos rodea. También para producir una verdad con sentido político, un discurso (o anti-discurso, tal vez) que desvele nuevas relaciones entre las palabras y las cosas –en un guiño a Foucault–, y de sorprendernos con un reordenamiento epistemológico del mundo en que vivimos, como ensayaran los surrealistas. En suma, podría decirse que mi postura es solidaria de la que sostiene Gadamer sobre la necesidad del pensamiento mítico en nuestra sociedad secularizada para explicarse a sí misma y dotarse de sentido. Si desde los albores de la civilización occidental, por no hablar de las tradiciones de otras latitudes, las imágenes míticas han servido para hacer del mundo un lugar medianamente inteligible y habitable a nuestros antepasados, y si aceptamos que el pensamiento mítico es indisoluble de la racionalidad humana (a pesar de lo paradójica que pueda sonar la expresión, si se tiene en cuenta la dicotomía ilustrada “mito” y “logos”), no debería sorprendernos la traspolación o el “desplazamiento”, por usar la expresión de Clifford, de algunas de estas figuras arquetípicas a los textos antropológicos actuales para dar luz y arrostrar los fenómenos complejos de la sociedad contemporánea. Fenómenos que, por cierto, surgen en gran medida de nuestra propia (i-)racionalidad, así como de un entramado de lógicas tan contingentes como inconscientes, en tanto que provienen de un apriorismo discursivo. En palabras de Gadamer,

“el paso del mito al logos, el desencantamiento de la realidad, sería la dirección única de la historia sólo si la razón desencantada fuese dueña de sí misma y se realizara en una absoluta posesión de sí. Pero lo que vemos es la dependencia efectiva de la razón del poder económico, social y estatal. La idea de una razón absoluta es una ilusión. La razón sólo es en cuanto que es real e histórica. (...) La razón no está presente ni disponible cada vez que quiere ser consciente de sí

misma, cada vez que quiere ser consciente de la racionalidad de algo. (...) Su autopoiesis está siempre referida a algo que no le pertenece a ella misma, sino que le acaece y, en esa medida, ella es sólo respuesta, como aquellas otras fueron respuestas míticas. También ella es siempre interpretación de una fe (...)” (Gadamer, 1997:20–21).

Hay que reconocer, no obstante, que traslocar ficciones a la antropología sobre drogas entraña un delicado trabajo. Si la práctica de la literatura comparada resulta compleja, más aún puede serlo cotejar realidad y ficción, especialmente por el dilema ético que aparece. En última instancia, mientras que las novelas, las obras teatrales, las *performances* o incluso las fiestas populares se tratan de representaciones o reflejos de la vida social con un principio y un final, los usuarios de drogas no son personajes literarios ni comediantes, sino seres carnales que sufren una realidad sin telón. Y aun así, no deja de existir un paralelismo entre lo que la sociedad real les *hace e inflige* y la deformación que imprime la mirada de un autor o la tradición misma –como ocurre con la malformación y la ceguera de Edipo Rey en la mitología de la Antigua Grecia, o en la carnavalización de la fiesta del Asno o de los Locos en la Edad Media– a los personajes ficticios, mitológicos o populares. En una suerte de mitopraxis, el colectivo de usuarios de drogas pasa a compartir el destino trágico de un personaje de ficción, de manera que ambos devienen una metáfora de los conflictos morales y destapan la hipocresía social y política de su tiempo. Como decía más arriba, precisamente porque los mitos no dejan de reflejar las pasiones y el comportamiento humano, la sociedad se mira en ellos para comprenderse y *actuar*.

Marco teórico y sistema de tropos de mi investigación.

El análisis antropológico que planteo en el presente trabajo se sitúa en un marco teórico postestructuralista. Como es sabido, esta corriente de pensamiento parte de la premisa de que las verdades no son universales, sino que son producidas por los discursos de poder. Tomando como roca base la filosofía de Foucault, me propongo desentrañar la lógica de las políticas actuales de prescripción de heroína y, a continuación, descubrir los procesos que se desencadenan en uno de estos emplazamientos de gubernamentalidad.

Como quiera que el biopoder se ejerce en el espacio y en el cuerpo, mi análisis se estructura en torno a un conjunto de conceptos y tropos referidos a estas dos dimensiones políticas que se intersectan entre sí. En la segunda parte de la Tesis, por un lado, me sirvo del concepto de ‘heterotopía’ de Foucault para destacar la dimensión espacial y política

que subyace a los sucesivos emplazamientos del uso de drogas desde la Antigüedad y los dispositivos de control que surgen en torno a estas prácticas del cuerpo. Como trataré de argumentar, el desplazamiento efectivo y simbólico de los rituales de consumo ejercidos por el poder en la modernidad, ya sea fuera del espacio normativo o dentro del aparato institucional, se acompañan de una resignificación de las sustancias, de los lugares donde pasan a ubicarse, y también de los individuos que incorporan el uso de drogas a su vida cotidiana. En consecuencia, la gestión de la droga en el seno del sistema capitalista produce nuevas subjetividades, al tiempo que reconfigurará las gramáticas corporales asociadas a estas tecnologías del placer.

Para describir las transformaciones somáticas y semánticas de los usuarios de drogas en el espacio (bio-)político, he recurrido al concepto de ‘habitus’ de Bourdieu y de ‘género’ de Butler, buscando la complementariedad de ambos. Ambas nociones me permitirán describir, en primer lugar, las figuras marginales que producen los estados liminares a los que lleva la gestión represiva de la droga, y me servirán de base para incorporar el segundo tropo de mi investigación, que tomo prestado del género literario creado por Valle-Inclán: el del ‘esperpento yonqui’. Con esta suerte de *habitus* o género, trataré de ilustrar los procesos de representación social y, a su vez, de incorporación de lo grotesco y lo infame en el colectivo de usuarios de drogas inyectadas, relacionando estos procesos con el análisis heteropológico de los usos de drogas. En segundo lugar, bajo los mismos conceptos de ‘habitus’ y ‘género’, analizaré los procesos de transformación de las identidades y la corporalidad de los usuarios de drogas que activa el aparato sociosanitario que se despliega para el tratamiento de las denominadas adicciones, focalizándome en la diversificación farmacológica que surge paralelamente a las políticas de reducción de daños y, en particular, en los programas de mantenimiento con heroína.

En la tercera parte de la Tesis Doctoral, donde desarrollo la investigación etnográfica llevada a cabo en un centro de prescripción de heroína, continuaré mi descripción heterotopológica para desvelar el mecanismo y las paradojas que encierra este dispositivo, y situar los procesos de subjetivación en los pacientes, que se debaten entre la resistencia y la normalización del esperpento yonqui. Por último, la tesis de la carnavalización y el cuerpo grotesco en la Edad Media y el Renacimiento que Mijail Bajtin desarrolla en su crítica literaria de la obra rabelaisiana apuntalarán mi análisis antropológico acerca de la función política y performativa de la heterotopía de estudio, ejercida tanto en el plano espacial como corporal.

Antes de pasar a desmenuzar el sistema de tropos que configuran mi análisis antropológico, distinguiendo entre la dimensión espacial, corporal y carnavalesca, me permitiré aclarar algunos aspectos acerca de mi propuesta epistemológica. En primer lugar, he tenido presente la advertencia de Hammersley y Atkinson (2003) acerca de la falacia científica que David Schneider compara con la “plantilla procustea”, haciendo alusión a los drásticos métodos del mítico bandido griego⁸ (Kuper, 2001:177). Así, he tratado de evitar la “verificación” de mis “hipótesis” mediante una interpretación de los datos forzada por los presupuestos teóricos, sirviéndome de éstos como un recurso de búsqueda de sentido y para elaborar una lectura más crítica y profunda del fenómeno de estudio. En cuanto a la posible crítica a la “literaturización” de la realidad, siguiendo con la línea que he defendido en el capítulo anterior, considero que mi propuesta puede aportar una nueva óptica para evitar los lugares comunes en la investigación sobre drogas y, seguidamente, aproximarme etnográficamente a un escenario aún poco sondeado en el campo de las ciencias sociales.

Es posible que se me atribuya cierto formalismo en mi planteamiento general, en el sentido de búsqueda de la esencia de las cosas, dada mi inclinación a señalar las generalidades estructurales, acaso primarias. Sin embargo, para no caer en un exceso de abstracción, he tratado de contextualizar cada enunciado, atendiendo a las circunstancias históricas y políticas de los fenómenos analizados. Respecto a la investigación etnográfica, como detallaré más adelante, mis interpretaciones se basan en las escenas cotidianas presenciadas en la institución de estudio, así como en las vivencias encarnadas y narradas por los informantes.

Por último, quisiera resaltar la dimensión política y ética de la epistemología de mi investigación, a través de la función performativa de los textos científicos, sobre la que volveré con más detenimiento en la tercera parte de la Tesis.

⁸ Procusto, Damastes o Polipemón tendía a sus víctimas en un lecho de hierro y cortaba sus miembros o los descoyuntaba y estiraba hasta hacerlos coincidir con los extremos. Según unas versiones, acortaba o alargaba maquiavélicamente su lecho habiendo estimado antes la altura de su víctima; en otras, el bandido invitaba al desgraciado a tenderse en una cama corta o larga, de forma que no coincidiese con su altura.

Espacio: las heterotopías.

Después de anunciar en su prólogo a *Las palabras y las cosas* [1966] que “este libro nació de un texto de Borges”, Foucault reconoce veladamente su deuda con el escritor argentino respecto a un concepto sobre el que reflexionará en su obra perteneciente a ese periodo, que no es sino el de las “heterotopías”. Acaso la tácita referencia a *El Aleph* (1949) se revela en la probable inspiración del filósofo en la “pequeña esfera tornasolada, de casi intolerable fulgor” que el protagonista descubre en el sótano de la casa de su difunta amada Beatriz Viterbo (Borges, 2003:192). Como le confía Carlos Argentino Daneri, su rival y primo hermano de aquel amor no correspondido, este objeto, un “Aleph”, se trata de “uno de los puntos del espacio que contienen todos los puntos (...) el lugar donde están, sin confundirse, todos los lugares del orbe, vistos desde todos los ángulos” (*Ibid.*, p. 187). Jaleado por los juegos imposibles, paradójicos y mágicos de los cuentos borgeanos Foucault describe así la naturaleza de estos emplazamientos:

“Las heterotopías inquietan, sin duda, porque minan secretamente el lenguaje, porque impiden nombrar esto y aquello, porque rompen los nombres comunes o los enmarañan, porque arruinan de antemano la “sintaxis” y no sólo la que construye las frases –aquella menos evidente que hace “mantenerse juntas” (unas al lado o frente a otras) a las palabras y a las cosas (...). Las heterotopías, (como las que se encuentran en Borges) secan el propósito, detienen las palabras en sí mismas, desafían, desde su raíz, toda posibilidad de gramática; desatan los mitos y envuelven en esterilidad el lirismo de las frases.” (Foucault, 2010:3).

Tomando como referencia la descripción que Foucault plantea en su conferencia “Des espaces autres” [1967], el concepto de heterotopía será uno de los ejes de mi análisis antropológico. En los capítulos que siguen, ensayaré una genealogía topológica de los sistemas de control de los usos de drogas a partir de los seis principios con que el filósofo define dicho concepto, situando así las prácticas de consumo en el espacio social e institucional. Para repasar los distintos emplazamientos destinados al uso de drogas como fenómeno ritual, me apoyaré en los dos primeros principios que enuncia este autor. A lo largo del recorrido que propongo, mantendré un enfoque transcultural y diacrónico para comprender los mecanismos que ordenan y dan sentido a las conductas y experiencias de los usuarios de drogas. Así, mediante un estudio comparado de las relaciones entre los emplazamientos consagrados a los ritos de paso, de normalización o de institución, argumentaré cómo las “formas elementales de la vida religiosa” que la antropología clásica identifica en las sociedades tradicionales, a pesar de la secularización del mundo contemporáneo, se traducen asimismo en “el lecho de roca” –en el sentido estructuralista del término que le da Lévi-Strauss en la introducción a la

Obra de Mauss (Clifford, 2001:161)– y la propia morfología de las nuevas tecnologías que la biopolítica de las drogas despliega.

En la tercera parte, trasladaré el tropo de las heterotopías a mi investigación etnográfica en el centro de prescripción de heroína de Granada, el único existente en nuestro país hasta ahora, para proponer una anatomía micropolítica de este tipo de emplazamientos. Para ello, me serviré de los bisturíes teóricos que Foucault dispone en los cuatro principios restantes de su “heterotopología”, empezando por situar este dispositivo en el sistema de coordenadas que definen su significación política en relación al sistema de valores dominante del afuera. A partir del hilo conductor del espacio, me propongo desvelar la lógica implícita del programa, indagando en los mecanismos estructurales que sustentan esa intervención sociosanitaria.

Con el objeto de elucidar la función de este emplazamiento clínico en tanto que espacio liminar y performativo, ensayaré una anatomía de su sistema de relaciones espaciales y, como desarrollaré luego, su imbricación con las políticas del cuerpo. A partir de una relectura postestructuralista de los planteamientos teóricos de la escuela de L’Anné Sociologique, principalmente, trataré de relacionar las descripciones de los rituales de transición y sus esquemas de pensamiento subyacentes por la antropología tradicional, con una anatomía heterotopológica del dispositivo de estudio. Esta articulación teórica, a la vez que profundiza en los procesos de traducción de lo sagrado a lo largo del tiempo y el espacio en clave social y política, servirá para elucidar los procesos de reflexión y subjetivación del cuerpo de los pacientes, a partir de las reglas del juego que se activa entre el dispositivo institucional de estudio y el espacio social hegemónico. Conviene advertir que en algunos segmentos de este itinerario, el concepto de espacio se aproximará a la noción de “espacio antropológico” de Maurice Merleau-Ponty (1993:295–312). A partir de una dimensión fenomenológica del espacio, trataré de descubrir cómo los pacientes *viven* este dispositivo clínico, así como los modos en que perciben y describen los efectos de la sustancia en sus cuerpos. En consonancia con el enfoque teórico que propongo para analizar los procesos que acontecen en este enclave institucional, el concepto de “espacio vivido” del filósofo existencialista, lejos de sustituir la dimensión política que guía mi análisis topológico, servirá para desbridar el sistema de relaciones entre este emplazamiento y el mosaico que compone el resto de lugares transitados a lo largo de sus trayectorias y vidas cotidianas.

Cuerpo: el esperpento yonqui.

Max: La tragedia nuestra no es tragedia.

Don Latino: ¡Pues algo será!

Max: El Esperpento.

(...)

Max: (...) El esperpentismo lo ha inventado Goya. Los héroes clásicos han ido a pasearse al callejón del Gato.

Don Latino: ¡Estás completamente curda!

Max: Los héroes clásicos reflejados en los espejos cóncavos dan el Esperpento. El sentido trágico de la vida española sólo puede darse con una estética sistemáticamente deformada.

(...)

Max: Las imágenes más bellas en un espejo cóncavo son absurdas.

Don Latino: Conforme. Pero a mí me divierte mirarme en los espejos de la calle del Gato.

Max: Y a mí. La deformación deja de serlo cuando está sujeta a una matemática perfecta. Mi estética actual es transformar con matemática de espejo cóncavo las normas clásicas.

Don Latino: ¿Y dónde está el espejo?

Max: En el fondo del vaso.

Don Latino: ¡Eres genial! ¡Me quito el cráneo!

Max: Latino, deformemos la expresión en el mismo espejo que nos deforma las caras y toda la vida miserable de España.

Don Latino: Nos mudaremos al callejón del Gato.

En esta célebre escena XII de *Luces de bohemia*, Ramón del Valle-Inclán aprovecha la lucidez que anuncia la muerte de su protagonista, el poeta ciego Max Estrella, para describir a través del diálogo con su pícaro lazarrillo, Don Latino de Hispalis, la tramoya que se esconde tras un nuevo género literario: el esperpento. Aunque el lector ya habrá desvelado el sentido del juego de imágenes con que he titulado este trabajo, me parece obligado recordar que Valle-Inclán encuentra su inspiración en la madrileña Calle del poeta Álvarez Gato. En esta calle, popularmente conocida como el Callejón del Gato, un espejo cóncavo y otro convexo amenizaban a los transeúntes, especialmente los niños, devolviéndoles

una imagen grotesca de sus cuerpos, cómica y perturbadora a la vez⁹. Con esta obra, el escritor inaugura un género dramático¹⁰, que es tanto una propuesta estética como una cosmovisión de la realidad española contemporánea al autor. En la entrevista titulada *Don Ramón María del Valle-Inclán en México*¹¹, el escritor anuncia:

“Estoy haciendo algo nuevo, distinto a mis obras anteriores. Ahora escribo teatro para muñecos. Es algo que he creado y que yo titulo «Esperpentos». Este teatro no es representable para actores, sino para muñecos, a la manera del teatro «Di Piccoli» en Italia. De este género he publicado *Luces de Bohemia* que apareció en la revista *España y Los cuernos de Don Friolera*, que se publicó en *La Pluma*. Esta modalidad consiste en buscar el lado cómico en lo trágico de la vida misma. ¿Imagina usted a un marido que riñera con su mujer, diciéndole parlamentos del

⁹ En sus escritos de crítica literaria a la estética del esperpento de Valle-Inclán, Pedro Salinas, Guillermo de Torre y Alonso Zamora Vicente relatan sus recuerdos de infancia al pasar por el Callejón del Gato. El primero cuenta: “Es ésta breve y humilde vía madrileña; para todas las gentes de mi edad barrunto que tendrá, como para mí, regusto singular e incomparable. Estrecha, y despachadera, sirve a modo de atajo o pasaje entre dos calles más principales, la de la Cruz y la de la Gorguera (...) En la pared exterior de un negocio de ferretería instalado en la esquina había hecho colgar el dueño, para lustre y atracción de su tienda, dos espejos de deformación: el uno que estiraba las figuras de los mirantes, ahilándolas cómicamente: el otro que las ensanchaba sin compasión. En un Madrid tan parvo como el de entonces en recreos para la infancia, estos teatros de azogue, donde uno jugaba su propia farsa, eran sueños de la niñatería capitalina y casi, casi atracción fabulosa de la forastera. Yo, entre tantos, piaba porque mi madre o mi niñera me llevaran al callejón del Gato, para que allí, bien tenazada la mano de la acompañante, porque no se podía evitar su chispa de miedo, se nos apareciese nuestra personilla delicadamente esbelta o engrosada a lo monstruoso, anticipando así nuestros sinos de gordos o flacos, y ofreciéndonos un futuro somático que asustaba y daba risa a la par (...) ¿Cómo iba yo a pensar que en aquellos espejos donde yo me deportaba inocentemente iba a tomar lecciones de retórica (...) don Ramón del Valle-Inclán y que la calle del Gato era su pública academia del gusto? Pero así fue y así lo dice en sus *Luces de bohemia*” (Salinas, 1988:228–229). También Alonso Zamora reconoce: “todos los madrileños que no somos ya muy jóvenes hemos ido a mirarnos en los espejos de la calle del Gato (...) Valle habrá pasado innumerables veces ante esos espejos y habrá visto su propia figura, ya de por sí esperpéntica, en las paredes de la ferretería (...) // Ya nada más fácil que hacer una ligera pirueta mental y trasladar su vieja pompa modernista a la grotesca gesticulación que los espejos inspiran. En ese Callejón del Gato (...), atajo para ir al Ateneo, al teatro Español de regreso de innumerables tertulias, Valle-Inclán ha visto reflejadas, un brillo inédito en el mirar, conversaciones, actitudes, gestos, profesiones... Aceptemos su explicación del espejo, válida aunque no hubieran existido nunca los espejos concretos de esa callejuela oscura, estrecha, camino de ninguna parte” (Zamora, 1988:312–313).

¹⁰ Como pone de relieve Guillermo de Torre, la plasticidad y la teatralidad de la estética del esperpento rebasa los límites de la obra dramática y se extiende al resto de géneros literarios que cultiva Valle: “Arte visual el suyo, plástico y aun tectónico –por el relieve de sus líneas constructivas– como pocos otros. Lo visual, no lo discursivo, es el denominador común de todas las ficciones valle-inclanescas, revistan unas formas y otras. Como apuntó muy bien Ramón Pérez de Ayala (...) «cuando le leemos olvidamos estar leyendo y nos parece estar viendo con los ojos»” (De Torre, 1965:152–153). Así pues, en opinión de la mayoría de los críticos literarios, el denominado ciclo esperpéntico, que inaugura la publicación de *Luces de bohemia* en 1920, se sigue con *Divinas Palabras* (1920) y *Martes de Carnaval* (1930), así como las novelas *Tirano Banderas* (1926), *El Ruedo Ibérico*, compuesto por la trilogía: *La Corte de los Milagros* (1927), *Viva mi Dueño* (1928) y *Baza de Espadas* (1932).

¹¹ Realizada por Esperanza Velázquez Bringas, Manuel Horta y Roberto Barrios, y publicada en *Repertorio Americano*, San José de Costa Rica, el 28 de noviembre de 1921.

estilo de los del teatro de Echegaray? Porque hay que apropiarse la literatura a ellos. ¿Supone usted esa escena? Pues bien, para ellos sería una escena dolorosa, acaso brutal... Para el espectador, una sencilla farsa grotesca. Esto es algo que no existe en la literatura española. Sólo Cervantes vislumbró un poco de esto. Porque en *El Quijote* lo vemos continuamente. Don Quijote no reacciona nunca como un hombre, sino como un muñeco; por eso provoca la hilaridad de los demás, aun cuando él esté en momentos de pena. En las figuras de Goya hay también rasgos del que observa el lado trágico-cómico” (Valle-Inclán, 1994:201–202).

Una vez más, la metáfora del espejo deviene un instrumento de (de-)construcción social, al tiempo que se desvela una inquietante similitud entre tres sistemas de relaciones espaciales: 1) el de los “autres lieux” que menciona Foucault, 2) el universo esperpéntico de Valle que proyecta la “matemática del espejo cóncavo” sobre los cuerpos y su cotidianidad, y 3) los emplazamientos de crisis y desviación que, tanto en un plano real como ficticio, dispone nuestra cultura.

Desde el punto de vista formal, Foucault sitúa su lente en un espacio virtual entre las utopías y las heterotopías. Por un lado, como ocurre con las utopías, el reflejo que produce no es real, “c’est un lieu sans lieu”. Pero, de forma similar a las heterotopías, aparte de que el espejo sí que existe, este tiene la particularidad de establecer una relación bidireccional entre los espacios que quedan a cada lado del cristal, de tal manera que también el espacio real necesita del irreal para poder ser percibido. Así, la imagen que proyecta de nosotros mismos no la vemos en el espacio que estamos ocupando realmente, sino en ese otro espacio irreal (*Ibid.*, p.756). Pero mientras que el filósofo se centra en el *espacio* para describir el sistema de relaciones entre lugares reales y utópicos, el dramaturgo estiliza tanto las *figuras* como el paradójico *fondo* de realidad y ficción en que se desenvuelven¹². Así pues, la deformación grotesca se aplica a las descripciones de los personajes, pero también al contexto, la atmósfera y las situaciones dramáticas, e incluso a las propias piezas literarias pertenecientes a este género. Por un lado, los lugares que aparecen en

¹² Según Francisco Ruiz Ramón, el esperpento nace de la conjugación del mito y la farsa. Por un lado, en las obras que componen el ciclo mítico –la trilogía *Comedias Bárbaras* (1905, 1908 y 1923), *El embrujado* (1912) y *Divinas palabras* (1920)– “Valle-Inclán vuelve los ojos a su Galicia natal para crear, partiendo de ella, un cosmos mítico, pleno de temblor y misterio (...) En él, trascendida toda determinación cultural, vuelve a aparecer, mediante un héroe y un coro, la parte maldita del hombre.” (Ruiz Ramón, 1992:100). Por otra parte, se inspirará en el teatro de marionetas con elementos de la Comedia dell’Arte, del entremés, del universo cervantino y del modernista para sus piezas del ciclo de la farsa –p. ej., *Farsa infantil de la cabeza del dragón* (1909) o *Farsa italiana de la enamorada del rey* (1920)–, que serán la antesala de los esperpentos, quedando éstos más próximos a la tragedia.

Luces de bohemia tienen un emplazamiento real¹³. Pero, por otro lado, estos mismos lugares aparecen en la obra como un reflejo, un espacio ficticio. Y es precisamente esta cualidad la que los diferencia del resto de lugares, y hace que para volver a ellos no baste con visitarlos, sino también recordarlos tal como los describe Valle-Inclán con su prosa en las acotaciones escénicas. El espacio y el cuerpo quedan atrapados en un juego de reflejos, están sujetos a una misma lógica de la reflexión, de tal manera que se sitúan a la vez en los planos mítico y real. De hecho, el género del “esperpento supone una quiebra del sistema lógico y de las convenciones sociales. Estructuralmente puede reducirse a una *superposición* de los modelos pertenecientes a campos semánticos opuestos y disonantes” (Zamora, 2007:24). Dicho esto, lo que me interesa del esperpento es más su cualidad para representar el cuerpo y los procesos de incorporación referidos a los sujetos de estudio que el espacio en sí, para el que reservo el concepto foucaultiano. Así pues, me sirvo de este tropo literario para proponer una hermenéutica que entiende el cuerpo como un sistema simbólico y una metáfora de lo social. Se trata, pues, de una imagen que desafía los límites entre la biología y la cultura, que (con-)funde la figura con el fondo, y la palabra con el cuerpo vivido.

En cuanto al término “esperpento”, hasta la fecha, la etimología de la palabra en cuestión permanece desconocida. Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), la voz “esperpento” designa un “hecho grotesco o desatinado”, o bien una “persona o cosa notable por su fealdad, desaliño o mala traza” en un lenguaje coloquial. Ambas coinciden con las acepciones que ya recordaba Pedro Salinas en su famosa crítica literaria sobre la significación del esperpento, publicada en 1947 (Salinas, 1988:232). Sin embargo, en la versión actual del Diccionario ya encontramos como segunda acepción del término la definición de este género literario. En cuanto a la definición de esperpento de Alonso Zamora, se trata de una “voz traída del habla popular, que designa lo feo, lo ridículo, lo llamativo por escaparse de la norma hacia lo grotesco o monstruoso” (2007:14).

Si volvemos a las representaciones de lo grotesco a lo largo de la historia, tanto en la producción literaria como artística, vemos cómo desde las

¹³ Así, por ejemplo, desde el año 2002, en la víspera del Día del Teatro, se celebra en el centro de Madrid “La noche de Max Estrella”, que consiste en un recorrido literario nocturno que sigue los pasos de pareja protagonista de la obra. Durante toda la noche, se representan en la calle piezas de teatro inspiradas en la creación de Valle-Inclán, se disponen librerías al aire libre y se pronuncian discursos. El itinerario pasa por el mismo Callejón del Gato, la Cueva de Zaratustra el librero, donde se recrea el inicio de la obra, la casa del padre de Segismundo, en la Calle Mayor, el edificio de Gobernación donde Max se encuentra con Mateo, el preso anarquista, la taberna de Picalagartos, en la esquina de Puerta del Sol con la Calle de la Montera, entre otros lugares.

pinturas rupestres, las estatuillas de Thersite, los gigantes Gargantúa y Pantagruel, el infierno, el purgatorio y el paraíso bosco y dantesco, los delirios de Don Quijote y la panza de Sancho, la sátira quevedesca, las pinturas negras, los caprichos y monstruos producidos por el sueño de la razón, los esperpentos, las greguerías, la metamorfosis de Gregorio, hasta el almuerzo desnudo¹⁴, las figuras se transforman plásticamente según el pensamiento de cada época. De hecho, para la estilización funambulesca de los esperpentos, Valle, que que frecuentaba las galerías del Museo del Prado, no duda en buscar su inspiración en las formas caprichosas y los claroscuros de las pinturas de El Bosco, El Greco, Goya y pintores coetáneos como José Gutiérrez Solana, sin dejar de tener bien presente la mitología de su Galicia natal. Pero, a su vez, también la representación de lo grotesco emerge cíclicamente en contextos de crisis, de cambio de paradigmas, de decadencia moral y de ocaso de los ídolos. Resulta tentador abordar el tema de la relatividad de la belleza y la fealdad, por no hablar del gusto, que no sólo depende del momento histórico o la cultura, sino de cada grupo social que la compone e incluso la idiosincrasia de cada individuo. Pero para no distanciarme de mi propósito, me conformaré con decir que considero aquí esperpento la estética asociada a los usuarios de drogas en situación de marginalidad, si bien no dejan de encontrarse rasgos incluso en los sujetos que están más integrados socialmente, sobre todo cuando cuentan con una larga trayectoria yonqui a sus espaldas.

Por otro lado, la influencia del mito en el género del esperpento disuelve las fronteras entre el cuerpo, la naturaleza y el cosmos, por lo que volviendo al tema que nos ocupa, este concepto sugiere interesantes modos de relacionar el sujeto, la experiencia del uso/asimilación de sustancias y la sociedad, en relación a lo que apuntaba más arriba. Pero, además, el esperpento incorpora el deseo y el placer imbricados en la cultura de donde surgen. Como señala la crítica literaria Iris María Zavala, inspirándose Jean F. Lyotard (1974), “Nowhere is the dialogue of popular discourse and libidinal fantasy life more enriching than in Valle-Inclán’s texts, where the popular and the libidinal interact and intersect” (Zavala, 1994:88). Esta dimensión del concepto en cuestión se revela esencial para abordar el estudio de las representaciones y prácticas del goce opiáceo en los usuarios de drogas, y más específicamente la gestión del deseo y la experiencia del placer en los sujetos de mi investigación etnográfica, en estrecha relación con su mundo vivido, y los valores y expresiones de la cultura en su particularidad.

¹⁴ No deja de resultar curioso que Miguel de Cervantes y Ramón del Valle-Inclán fuesen mancos, Francisco de Goya sordo, Francisco de Quevedo fuese poco agraciado y tuviese una deformidad, y William S. Burroughs fuese “queer” (en castellano, “raro”, “marica”) y yonqui.

Asimismo, el esperpento proporciona claves para un análisis fenomenológico de la escena etnográfica, en tanto que abraza la materialidad de la experiencia humana, sin dejar de representar las funciones fisiológicas, haciendo descender lo sublime al nivel terrenal, lo quijotesco a la mundanidad de Sancho Panza. Y esto nos lleva de nuevo a Nietzsche y la cuestión del cuerpo en relación a su crítica del lenguaje, en tanto que su filosofía revaloriza el cuerpo como el origen de las percepciones y sensaciones corporales, de las imágenes que éstas producen, y por último del concepto o la palabra, es decir, del logos. Nietzsche nos dice: “Es esencial partir del cuerpo y utilizarlo como hilo conductor (Leitfaden). Es el fenómeno más rico, el que permite una observación más clara. La creencia en el cuerpo está mejor arraigada que la fe en el espíritu” (1980:635). Como señala de Santiago Guervós (2000:38), el filósofo “se vuelve hacia esas «realidades» radicales que constituyen el inframundo de la corporalidad (...), y a partir de *Humano demasiado humano* dejará a un lado todo aquello que huele a «idealidades», para entregarse a la fisiología (*Ecce homo*, p. 82)”; pero, a su vez, para Nietzsche la percepción sensible, la experiencia sensorial, no deja de estar basada en figuraciones, en tropos, de manera que la metáfora deviene el nexo necesario entre el cuerpo y el lenguaje.

Aunque me interesa destacar el particularismo que encierra el esperpento como un elemento definitorio de la población de estudio, resulta obligado proyectar esta mirada de lo grotesco a la otra orilla del atlántico para conectarla con la somatopolítica del devenir yonqui en la literatura de William S. Burroughs. Como se sabe, a lo largo de su obra, especialmente en *Yonqui (Junky, 1953)* y *El almuerzo desnudo (Naked Lunch, 1959)*, el escritor norteamericano describe el universo sórdido de la droga en EE.UU. durante la década posterior a la Segunda Guerra Mundial. En sus crónicas relata sus vivencias como yonqui, por lo que bien podrían considerarse una historia de vida o autoetnografía. Como ya se adivinará, no considero que lo hiperbólico o delirante de su prosa, ni su deliberada ruptura de la linealidad narrativa¹⁵ sean óbice para hacernos una composición de la realidad del colectivo yonqui que le es coetáneo. Por el contrario, tanto los elementos ficticios y míticos como su paranoica teoría, que a su vez se refleja en su escritura a modo de *collage*, proporcionan interesantes claves para analizar la biopolítica de la droga y las amalgamadas trayectorias biográficas de los yonquis. Pero me conformaré con señalar aquí el modo en que Burroughs retrata dichas figuras sociales.

¹⁵ Como es sabido, ésta derivará en la técnica del “cut-up” y del “fold-in” en sus obras posteriores. Por medio de estos recursos estilísticos, Burroughs desafía las reglas gramaticales con la intención de combatir el virus del lenguaje que, según su visión, infecta la mente humana.

Como Dante en su descenso al infierno, el autor describe a los yonquis como seres anómicos que se desenvuelven y sufren una absurda existencia en los suburbios neoyorquinos. Si no fuese porque también narra en primera persona su experiencia como un condenado más, el distanciamiento que acostumbra a marcar respecto a esos personajes de coro o casi de decorado –como también hace Valle-Inclán, aunque con un estilo muy diferente– rozaría lo cínico, sobrepasando la frialdad esquizoide que modula su prosa. En la descripción de esas figuras esperpénticas se perfila su silueta fantasmal, su “gesto característico”, su inframundo:

“Miré alrededor y me di cuenta de que los drogadictos formaban un grupo claramente definido, igual que los maricones que se exhibían en una esquina de patio. Los yonquis estaban juntos, agrupados, hablando de sus cosas y haciendo el gesto característico de los yonquis. Todos los yonquis llevan sombrero, si lo tienen. Todos parecen iguales; es como si, de alguna forma que resulta imposible de definir con exactitud, llevaran un traje idéntico. La droga los ha marcado con su sello indeleble” (Burroughs, 2004:179).

Pero Burroughs va más allá de la estética yonqui y, siguiendo un método inductivo a partir de su propia experiencia, enuncia una fenomenología opioide con un estilo naturalista *quasi* clínico, que no rehúsa servirse de tecnicismos médicos. Así, por ejemplo, en el prefacio de *Yonqui* el autor nos revela ya la motivación (o la ausencia de ésta) para iniciarse en la droga hasta convertirse en “drogadicto”:

“Ésta es la pregunta que se plantea con más frecuencia: ¿qué hace que alguien se convierta en drogadicto? La respuesta es que, normalmente, nadie se propone convertirse en adicto (...) Por lo menos es necesario pincharse dos veces al día durante tres meses para adquirir el hábito. Y no se experimenta el síndrome de abstinencia hasta después de varios periodos de adicción separados por épocas de abstinencia. Tardé casi seis meses en adquirir mi primer hábito, y, a pesar de ello, cuando lo dejé los síntomas del síndrome de abstinencia fueron leves. No creo exagerado afirmar que para convertirse en adicto se necesita cerca de un año y varios cientos de pinchazos (...) Naturalmente, hay quien hace otras preguntas: ¿por qué empieza alguien a usar estupefacientes? ¿Por qué sigue usándolos hasta convertirse en adicto? Uno se hace adicto a los narcóticos porque carece de motivaciones fuertes que lo lleven a cualquier otra dirección. Yo empecé por pura curiosidad. Luego empecé a pincharme cada vez que me apetecía. Terminé colgado. La mayor parte de los adictos con los que he hablado tuvieron una experiencia semejante”. (*Ibid.*, p. 20–21).

Debo aclarar que no pretendo tomar su testimonio como si se tratase de un enunciado categórico. De hecho, en los sujetos de mi investigación etnográfica he encontrado un variado repertorio de causas que, según

ellos, les han llevado de forma más o menos directa al consumo de drogas. Por otro lado, si no en todos, en muchos casos aparece un evento traumático que precipita el inicio de su carrera y, a juzgar por el dolor que les produce evocar esa experiencia, no parece estar aún resuelto su duelo. Siguiendo con la comprensión de lo fenomenológico, libidinal y transgresor en el esperpento yonqui a través de la literatura de Burroughs, encontramos una clave ineludible en su descripción de la fisiología opioide, acaso porque en ambos universos literarios lo grotesco supone una cosmovisión antropocéntrica y, a su vez, una manifestación del mundo mítico en el mundo real. A través de los conceptos del ‘álgebra de la necesidad’ y la ‘ecuación de la droga’, el escritor norteamericano ofrece una descripción de la homeostasis yonqui que se anticipa a la teoría metabólica de la adicción, como veremos más adelante¹⁶. Ambas expresiones aluden a una nueva economía que pasa a regir las funciones fisiológicas del yonqui a partir de una fuente exógena de opiáceos, o en otras palabras, una prótesis farmacológica que traspasa la superficie del cuerpo y lo conecta con el mundo. Se trata, pues, de una función fisiológica exacerbada, una matemática perversa que se impone sobre todas las demás regulaciones corporales, incluso la nutrición y el deseo sexual, los instintos de supervivencia del individuo y la propia especie humana por antonomasia.

Con el esperpento yonqui, allá donde las fronteras entre lo biológico y el cosmos quedan disueltas, surge un nuevo orden, una utopía opioide de la modernidad, que se hace particularmente inteligible a través la filosofía de Deleuze y Guattari (2008), pero también del sentido de lo protésico según Merleau-Ponty (1993) y, más recientemente, Preciado (2008). Así, podría decirse que los orificios que irrumpen en la epidermis del yonqui conectan el mundo exterior con receptores *gamma*, *kappa* y *mu*, y, a través de éstos, con órganos y sistemas, permitiendo una homeostasis cósmica, sagrada y diabólica, entre ambos espacios, una dialéctica que discurre a través de flujos sanguíneos, linfáticos y cefalorraquídeos y ejes neurohormonales, que detiene movimientos peristálticos y corta la respiración, que contrae las pupilas y enfría la piel. Ya en la parte etnográfica de la investigación, volveré a referirme a cómo el orden opiáceo produce una reconfiguración de la fenomenología de lo corporal, de la percepción del propio cuerpo.

Por otro lado, hay que reconocer que la corporalidad yonqui en la ficción paranoide de Burroughs invierte la constelación de imágenes grotescas medieval y renacentista en un sentido incluso aún más negativo y menos

¹⁶ Como es sabido, con estas expresiones Burroughs se refiere a la reducción de los intereses y preocupaciones de los yonquis a la mera obtención y administración de su dosis de heroína.

funambulesco que los fantoches valleinclanianos, en correspondencia con las representaciones sociales que encontramos más extendidas en torno a este colectivo. Así, las figuras tradicionales de los excesos, del yantar, del beber o del fornicar sin límite, representados en la tradición cristiana por los pecados capitales de la gula y la lujuria, devienen ingenuas caricaturas frente a la decrepitud del cuerpo yonqui que surge en el poscapitalismo. Si el cuerpo pantagruélico es gigantesco, vital, convexo y con excrecencias, resulta cómico y despierta camaradería, el cuerpo yonqui es caquético, cadavérico, cóncavo y con oquedades, y, lejos de parecer amigable, es inquietante e infunde miedo, cuando no lástima. Como apunta Véronique Nahoum-Grappe (1991), el “toxicómano” es la contrafigura del borracho bribón. El monstruo opioide de voracidad insaciable producido por el fordismo, en última instancia, desafía las reglas en el imaginario colectivo, acaso como nunca antes lo había hecho ningún otro exceso del cuerpo. No en vano, la ecuación necesidad-sustancia que gobierna al yonqui desborda el repertorio de conductas, prácticas corporales y sustancias que han acompañado de forma más o menos ritualizada a la especie humana desde que tiene memoria, incluso en sus desmanes y herejías, llegando a encarnar una amenaza al orden social desconocida.

Aunque ambos géneros, el de la ficción paranoide y el del esperpento, retratan la negatividad de la sociedad a través de figuras satíricas, cabe señalar que si me he servido de este último como tropo para mi investigación se debe a la idiosincrasia de los perfiles encontrados en la población de mi estudio, que hunde sus raíces en aquellos cánones morales y culturales que varias décadas atrás inspiraran este género literario. Así, mientras la prosa de Burroughs se recrea en lo obscuro, la náusea y un deseo vacío y delirante que recuerda al inframundo perverso del Divino Marqués, el humor negro de Valle tendrá su referente en la cultura española que, a modo de guiñol, aparece encarnada acaso en peles zarandeados por una existencia trágica que tampoco indulta a personajes más humanizados, como el poeta Max Estrella, capaces de despertar empatía.

Enlazando con este extremo, y aunque confío en la buena fe del lector, quisiera subrayar la intencionalidad ética del esteticismo valleinclanesco para que no se malinterprete mi propuesta interpretativa sobre el esperpento yonqui, ya que no deja de connotar una denuncia social y política. En última instancia, a través de la “matemática del espejo cóncavo” que esconde su nuevo género, lo que hace Valle-Inclán no es sino satirizar un sistema moral perverso. Así, el juego estilístico del esperpento, como un “proceso de mueca desengañada y amarga” (Zamora, 2007:13), deviene una metáfora de la decadencia

social, política y económica de la España de principios de siglo XX, y aún arrastra aquel “sentimiento trágico de la vida” que tiñe la Generación del 98. Así pues, a modo de reto epistemológico, me he aventurado a tomar lo obscuro, lo indecoroso o lo abyecto en las representaciones sobre la corporalidad yonqui como objeto estudio, trasladando el tropo del esperpento a mi investigación etnográfica con la finalidad de ilustrar los procesos de incorporación y subjetivación del sistema de valores hegemónico¹⁷. Se ha hecho necesario, por tanto, atravesar la barrera de lo políticamente correcto, mostrar ese lado inmanente al género humano que a menudo queda silenciado en los textos científicos e incluso filosóficos, pero que sí lo vemos ampliamente representado en la (pre-)historia del arte y la literatura –por supuesto, aquí incluyo la tradición oral–, articulándose con los sistemas morales y de pensamiento mágico/religioso de cada cultura. Sabemos que las distintas cosmogonías se han ocupado de las pasiones y miserias, el destino y los misterios de la vida del hombre desde la noche de los tiempos, desplegando un amplio abanico de registros que se extiende de lo escatológico o pornográfico a lo sublime y místico, con curiosas mezclas entre ambas polaridades. Desde los albores de la civilización occidental, la moral y la estética han ido de la mano. Así lo atestiguan los diálogos de Platón de *El banquete* y *La República*, donde la belleza y la armonía son sinónimos del amor y la bondad moral, mientras que la fealdad representa lo opuesto a esos

¹⁷ Centrándonos en el término obscuro, según la RAE, su etimología proviene del vocablo latino *obscēnus*, y significa: “impúdico, torpe, ofensivo al pudor”. En el Diccionario Crítico Etimológico de Joan Corominas, la traducción del latín sería “siniestro, fatal”, “indecente, obscuro”. Para el historiador José Miguel Lorenzo Arribas, la palabra en castellano aparece por primera vez en la obra *Universal Vocabulario en latín y en romance*, de Alfonso de Palencia, fechada en 1490. Este lingüista considera que la palabra deriva del término latino *cenum* (o *caenum*), que se traduce como “lodo”, y le da la acepción de: “[aquello que e]s no limpio, torpe. Es por feo cantar (...) a las palabras desvergonçadas llamaron oscenas, que ya el uso escribe obscenas”. No obstante a su origen latino, para el historiador, “la palabra ya había aparecido en los ambientes eruditos visigodos, e Isidoro de Sevilla (*Etimologías* X, 198) la deriva de impura lascivia, «palabra derivada del vicio propio de los oscos (*Obscus*)», es decir, que en el particular hacer etimológico-fonético del obispo, la clave de obscuro la hace recaer en todo un pueblo itálico de la antigüedad, los oscos, que han pasado a la historia, no tanto por sus procacidades, sino por haber adaptado al alfabeto latino una variedad dialectal del griego (el eubeo). De hecho, la etimología real es dudosa, pues en latín se dan dos formas de escribir la palabra, *obscenus* y *obscænus*, que a decir de los estudiosos, permiten suponer un intermediario etrusco entre el modelo griego y el préstamo latino” (*cit.* en http://cvc.cervantes.es/el_rinconete/antiores/agosto_06/02082006_01.htm, visitada el 9 de febrero de 2012). La versión de Lorenzo coincide con la del Diccionario Enciclopédico de la Lengua Inglesa Webster, que traduce el término latino como “suciedad”, “cieno”, si bien el vocablo obscuro tendría una etimología incierta. Por último, este autor también se refiere a una “etimología imaginaria, aunque justificable, de la palabra obscuro, que ha hecho cierta fortuna a partir de D. H. Lawrence es la que lo que relaciona con estar «fuera de la escena», lo que no se ve.” (*Ibid.*).

valores¹⁸. Volviendo a Nietzsche, en *El crepúsculo de los ídolos* el filósofo nos dice: “Nada es feo, a no ser el hombre que *degenera* (...) Visto fisiológicamente, todo lo feo debilita y entristece al hombre, le recuerda la ruina, el peligro, la impotencia (...) ¿A quién odia¹⁹ aquí el hombre? No hay duda: odia *la decadencia de su tipo*”. (2002:127–128). Más adelante retomaré esta idea de la degeneración somática y moral, pues está en la base de los procesos discursivos que configuran la materialidad y la subjetividad de los usuarios de drogas, o en otras palabras, que los define políticamente, y como tal emergerá en los relatos de los sujetos de mi investigación etnográfica.

De nuevo con Valle, en su obra *La Lámpara Maravillosa* (1912) el autor relaciona la reflexión estética que aquí plantea con la representación de lo grotesco en las figuras bizantinas, en contraposición a los cánones clásicos, lo cual no deja de emparentar con la estilización diabolizada del esperpento:

“Los monstruos del arte bizantino donde las formas originarias degeneran hasta el absurdo, nos enseñan (...) [una] comprensión de la belleza, en pugna con aquel helenismo que perpetúa el sentido eterno de la vida en las Ideas de Platón. Gárgolas, canecillos, endriagos, vestiglos, traían esta nueva intuición entrañada en sus formas perversas (...) El espíritu de los gnósticos descubre una emoción estética en el absurdo de las formas, en la creación de monstruos, en el acabamiento de la vida”. (Valle-Inclán, 1960:78–79).

Vemos, por tanto, cómo el escritor dignifica lo grotesco hasta el punto de elevarlo a una categoría divina. Aunque el género del esperpento no deja de ser un producto literario, bien como teoría o bien como representación artística, me parece oportuno subrayar, a propósito de la incorporación de este tropo a mi análisis antropológico, que las formas desviadas de la norma, incluso en su forma encarnada, también son susceptibles de ser revalorizadas hasta llegar a parecernos bellas e incluso sagradas, si entendemos el cuerpo como una construcción social y un espacio simbólico. ¿Acaso no es esto lo que, más recientemente, pretende mostrar

¹⁸ En su obra *Estética de lo feo* (1853), Karl Rosenkranz analiza por primera vez, de acuerdo a su tradición filosófica contemporánea, la relación entre la fealdad, la moralidad y lo cómico. Para profundizar sobre la relatividad de la idea de lo bello y lo feo en la historia del arte, recomiendo la *Historia de la fealdad* de Umberto Eco (2007), así como el breve ensayo *La belleza imperfecta* de Carlos Reyero (2005) referido al cambio en la iconografía que representa a los locos o los discapacitados físicos que acontece en la era moderna y sigue hasta las vanguardias artísticas, hasta el punto de invertir el sentido moral y estético de los cánones de belleza.

¹⁹ Nietzsche recurre a un juego de palabras, a partir de la raíz en alemán que comparten los términos feo (häslich) y odio (Hass). (*N. del T.*)

el denominado arte abyecto?²⁰ Es cierto que el arte, la literatura y eventualmente la filosofía son campos abiertos, privilegiados, que permiten que lo humano sea tratado, desde la forma más sutil hasta la más brutal, con una comprensión muy superior a la de la racionalidad científica. Pero, como ya he tratado de justificar, no dejan de proporcionar esquemas hermenéuticos especialmente valiosos para las ciencias sociales, y más específicamente para la incipiente antropología del cuerpo a la que espero contribuir en parte con el presente trabajo.

¿Por qué uso el término “yonqui”?

Por medio de la sustantivación del adjetivo, el esperpento viene a ser aquí el equivalente al concepto de ‘habitus’ (Bourdieu) o ‘género’ (Butler), pero añadiéndole una connotación expresiva y definitoria. Sin embargo, no deja de resultar una categoría demasiado inclusiva, ya que podrían encontrarse multitud de tipos esperpénticos en nuestra sociedad, incluso sin necesidad de remitirnos a los espacios negativos del sistema social que suelen estar habitados por indigentes, “sin-techo”, mendigos, alcohólicos, prostitutas, etc. No hay más que encender cualquier canal de televisión para observar un desfile de figuras grotescas, a modo de caricaturas de los cánones estéticos del momento, que a su vez representan un modelo socialmente valorizado por las masas. Por tanto, se hacía necesario buscar un adjetivo que denotase la especificidad del tipo social objeto de estudio.

En primer lugar, descarté los términos acuñados desde el saber experto, o más concretamente la psiquiatría, porque altera la secuencia en que he estructurado conceptualmente el proceso de resignificación política que tiene lugar en la heterotopía que aquí describo. No obstante, hay que reconocer que resulta imposible eludir el discurso científico a la hora de ensayar una deconstrucción de la subjetividad de los usuarios de drogas y remontarse a su genealogía. Por otro lado, inevitablemente la terminología científica ha permeado a la sociedad general más allá del campo institucional, produciéndose una vulgarización tanto en el plano denotativo como connotativo. Así, la palabra “drogadicto”, e incluso “adicto”, llega no sólo a rozar la sinonimia con la palabra “delincuente” en el periodo epidémico de la heroína en nuestro país, sino que suma una connotación mucho más fuerte con la aparición del sida, de manera que la

²⁰ Algunos artistas destacados en torno a esta categoría son David Nebreda, Orlan, David Ho, Cindy Scherman, Joachim Luetke, Ashley Word, Damián Hirst, Von Hagens o Joel-Peter Witkin. Concretamente este último también relaciona las figuras *queer* o borderline que representa en su obra (enanos, cuerpos deformes, travestis e incluso cadáveres) con imágenes que remiten a lo sagrado.

acepción de la palabra se aproxima a la de un ser con cualidades más vampíricas que humanas. En el plano denotativo, encontramos la derivación “drogata”, que quizá sea la voz que más se asemeje en nuestro idioma, en un argot popular, al término “yonqui”. Sin embargo, a pesar de que la desinencia, -ata, igual que -aca o incluso -eta, que suele aplicarse para referirse de forma despectiva y discriminar o ridiculizar a un individuo por su pertenencia étnica, nacionalidad, ideología, subcultura, etc. (por ejemplo, ‘negrata’, ‘sudaca’, ‘sociata’, ‘bacalaeta’, ‘fumeta’), le concede una dimensión social al término, no me convencía la metonimia en la que cae la denotación a consecuencia de la raíz de la palabra, que se reduce a la sustancia.

Más alejados del discurso científico quedan los términos ‘enganchado’ o ‘colgado’. Ambos connotan el concepto de adicción, incluso apelan a la metáfora de encontrarse sujeto a algo engorroso que anula la voluntad, al tiempo que impide la movilidad o plantea dificultad para avanzar. Incluso el segundo término llega a situar al individuo en una posición de inferioridad con respecto a ese algo, es decir, (de-)pendiendo de la droga. Pero, quizá por su desinencia (-ado), ambas expresiones carecen de sustantividad para denominar una figura con tanta significación social en nuestra cultura. Coloquialmente, la palabra “vicioso” también tiene la acepción de usuario de drogas, y no deja de resultar sugerente por su contundente connotación moral, pero, a diferencia de las voces anteriores, cubre un espectro semántico demasiado amplio como para hacernos pensar unívocamente en un individuo habituado al consumo de drogas ilegales. Seguramente me esté dejando una extensa lista de sinónimos dentro del argot característico de los distintos epicentros de la droga en nuestro país, pero después de haberme referido a los términos más extendidos en el contexto español, parece oportuno pasar a justificar mi elección de la palabra “yonqui”.

En cuanto a la etimología del término ‘junkie’, según David T. Courtwright se remonta a principios de los años veinte, cuando los usuarios de morfina y heroína de Nueva York recogían chatarra (en inglés, ‘junk’) de los desechos industriales para venderla a un precio más elevado y costear así sus dosis. Según este autor, la aparición del término coincide con el cambio de perfil de usuario en EE.UU. y los emplazamientos de consumo: mientras que la generación de finales de siglo XIX se correspondía con mujeres pertenecientes a una clase social media o alta, cuyo uso regular de morfina y opio tenía su origen en la prescripción médica (por lo que el historiador los considera casos yatrogénicos), durante la I Guerra Mundial toman el relevo varones jóvenes de clase social baja, que pasan a usar heroína y morfina de modo autogestionado y

en espacios marginales. Así pues, “The term [junkie] was symbolically appropriate as well, since the locus of addiction had, within a single generation, shifted from the office and parlor to the desolate piles of urban debris” (Courtwright, 2001:110). Asimismo, en su obra Burroughs usa el término “junk” –traducido como “droga” en la versión en castellano– para referirse a la heroína, aludiendo así a la connotación de “basura” del término, acorde con su sórdido universo literario. En suma, la palabra en cuestión se acuña, metafóricamente, para designar un nuevo tipo social a partir de sus propias prácticas y los objetos que pasan a integrarse en su estilo de vida e incluso en su cuerpo, unas prácticas que se alejan tanto de lo normativo –incluyendo también ahí la prescripción farmacológica y sus efectos colaterales– como los espacios en que se mueve. Puede decirse, por tanto, que el término ‘junkie’ goza de suficiente entidad semántica como para designar un *habitus* o un género.

Por otro lado, a pesar de su universalización, he preferido castellanizar el término, que incluso aparece recogido en el Diccionario de la RAE con la siguiente acepción (más que discutible, hay que decir): “en la jerga de la droga, adicto a la heroína”. Más adelante, profundizaré acerca de la generalidad del término y mi intención de atenuarla incorporando la figura del esperpento, con la finalidad de representar la particularidad del ser yonqui de los sujetos de mi investigación etnográfica, en tanto que pertenecen a un contexto histórico, social y cultural concreto.

Queda por mencionar otra ventaja del término ‘yonqui’ en relación a la vigilancia feminista del lenguaje que comentaré en breve, ya que, como señala el Diccionario de la RAE, posee un “género común”, epiceno o ambiguo. Es decir, el sustantivo no tiene género gramatical propio, por lo que necesita ir precedido de un artículo femenino o masculino para diferenciar el sexo al que va referido (por ejemplo, *un* yonqui o *una* yonqui). Estratégicamente, hay que reconocer que la neutralidad de género facilita las cosas en la escritura feminista, a pesar de que dentro de su pluralidad de perspectivas, algunas contradictorias entre sí, no sea posible hablar de cánones gramaticales.

La figura encarnada.

Una cuestión más sobre la que cabe reflexionar es la de cómo se define ontológicamente la esencia grotesca del esperpento yonqui. Ya hemos visto que mediante este género literario Valle retrata la decadencia de la sociedad española finisecular. Pero, ¿son los esperpentos figuras resultantes de una deformación intencionada de la realidad? ¿O

representan una crítica burlesca a una realidad ya de por sí deforme? Es más, ¿acaso tiene sentido buscar una imagen *primaria* o *esencial* del cuerpo yonqui en esta reverberación de reflejos?

Lejos de considerar el cuerpo yonqui como un objeto-sujeto *a priori* que, desde una visión biologicista, se podría definir a partir de un conjunto de funciones fisiológicas alteradas las cuales, a su vez, se manifiestan en una fisionomía alejada de lo normativo, entiendo su economía somática desde una perspectiva constructivista²¹. Con Foucault, no es posible hablar de una subjetividad (e incluso sexualidad) apriorística, sino que, a diferencia de los principios del psicoanálisis freudiano, el yo y sus formas del deseo responden a un “mecanismo de incitación” discursiva, aunque paradójicamente sea a través del “orden de la represión” (2009:10 y 13). Mi enfoque, por tanto, se acerca al de las corrientes feministas que contrastan los límites del enunciado fundador de Simone de Beauvoir, “no se nace mujer, se llega a serlo” (1987:13), con las orientaciones psicoanalíticas y naturalistas, como ensayan Julia Kristeva, Teresa de Lauretis, Monique Wittig, Judith Butler o Beatriz Preciado, contribuyendo así a la denominada teoría *queer*. Pero en mi análisis me interesa destacar desde una sensibilidad antropológica la dimensión encarnada de este proceso, prestando una atención especial a lo fenomenológico, es decir, a la experiencia corpórea del sujeto en el mundo, en la parte etnográfica.

Por tanto, la corporalidad yonqui es aquí un espacio vivo de representación históricamente situado, pero también metahistórico, donde se libran y se sufren las dialécticas políticas, sociales, económicas y geográficas de su época y de todos los tiempos, es decir, de un tiempo cronológico a la vez que mítico. Los contornos, flujos y prácticas del esperpento yonqui se configuran dentro de un sistema simbólico en conflicto con el orden social hegemónico. Pero, a diferencia de los “escenarios corporales” que, por ejemplo, describe Francisco Ferrándiz en su etnografía sobre el culto de posesión espiritista de María Lionza en

²¹ Ver Turner (1989) y Featherstone, Hepworth y Turner (1993) para un compendio de las teorías filosóficas y sociológicas sobre la corporalidad, por medio del cual se postula una sociología del cuerpo, así como la obra de Shilling (1993). Por su parte, Le Breton (2002) brinda un enfoque más antropológico, explorando los límites simbólicos del cuerpo y las conductas del riesgo (2002a). En el campo de la antropología médica, cabe destacar el artículo fundacional de Schepher-Hughes y Lock (1987), que recupera la dimensión fenomenológica del cuerpo, su sentido simbólico para interpretar la sociedad, así como su agencia política. También Csordas (1990) propone los procesos del “embodiment” como modelo teórico en la investigación antropológica. Por otra parte, como es sabido, el cuerpo deviene la diana epistemológica de las corrientes feministas de la filosofía contemporánea (Haraway, 1995; Butler, 2002; Preciado, 2008 y 2011, entre otras autoras), que siguen la estela de los filósofos post-estructuralistas, como Foucault, Deleuze o Derrida.

Venezuela (2004), el cuerpo yonqui es un espacio biográfico vivido en primera persona, un microcosmos donde se inscribe y contesta el sistema moral dominante. En un proceso que opera en un sentido tanto literal como metafórico, las trayectorias vitales de los usuarios de drogas que bordean el espacio normativo son incorporadas o, si se prefiere, encarnadas. El yonqui deviene una suerte de “monstruo del sueño de la razón”, a pesar de, paradójicamente, sea un producto de la modernidad, o la sobremodernidad, como diría Marc Augé. Como si se tratase de un golem del capitalismo, esta figura se proyecta como la sombra de la sociedad de la opulencia y el hiperconsumo. Siguiendo a Zygmunt Bauman (2005), los usuarios de drogas encajarían en la categoría de ‘residuos’ del sistema capitalista, pero también de víctimas propiciatorias. En el género yonqui no sólo se expresa la coyuntura histórica en que aparece, sino que proyecta el “malestar de la cultura”. La “triste figura” del yonqui encarna la figura sempiterna del chivo expiatorio (en un sentido solidario al de Girard, 2002 y 2005) que se tatúa, se inyecta, estomaga, cicatriza, retiene, descompone, cataliza y expía los malestares de la historia.

De esta reflexión sobre los predicados del cuerpo yonqui se desprende la dualidad que encierra esta figura social, que oscila entre el victimismo y la resistencia. Por un lado, el cuerpo deviene un lugar de dominación, hasta el punto de que el sujeto se convierte en mercancía, de acuerdo al proceso de alienación de lo social que describe Baudrillard (2007). Nadie lo ha expresado mejor que Burroughs: “La droga es el producto ideal... la mercancía definitiva (...) El comerciante de droga no vende su producto al consumidor, vende el consumidor a su producto” (2005:9). En este proceso, el usuario encarna un estigma, en un sentido tanto simbólico como material, que marcará una “carrera moral” (Goffman, 2006). A lo largo de su devenir yonqui, tendrá lugar un proceso de subjetivación social, en el que también mediará, en muchos casos, el aparato penitenciario y clínico. De acuerdo a esta epistemología del cuerpo, la figura del esperpento yonqui encajaría con la noción de *habitus*. En palabras de Bourdieu, este concepto se refiere a:

“un sistema de disposiciones (...) producto de toda la experiencia biográfica (...) [una] especie de programas (en el sentido que se le da en computación) históricamente elaborados // El *habitus* (...) es un cuerpo estructurado, un cuerpo que se ha incorporado a las estructuras inmanentes de un mundo o de un sector particular de este mundo, de un campo, y que estructura la percepción de este mundo y también la acción en este mundo” (Bourdieu, 1990:91 y 2002:146).

Así, la pertenencia a una clase social determinada, la educación recibida, los espacios de interacción en la vida cotidiana y, en suma, el capital social

que adquirimos según la forma de estar en el mundo, perfilan de forma continua ese “sistema de disposiciones duraderas y transferibles” que se inscriben en el cuerpo (Bourdieu, 2007:86). La forma de vestir, de hablar, de comportarse y la “distinción” o el “gusto”, esa quintaesencia a la que el autor dedica algunas de sus obras más conocidas (Bourdieu, 2010 y 2012), conforman un conjunto de prácticas corporales contextualizadas, incorporadas de manera inconsciente (Bourdieu, 1990), a través de las cuales vemos materializada la cultura.

Una de las potencialidades del concepto de *habitus* que lo hace especialmente valioso para mi análisis es su capacidad para vincular las estructuras sociales con lo subjetivo y pragmático del individuo, por medio de una incorporación inconsciente –ya Durkheim advertía este mismo mecanismo para las representaciones colectivas–, así como la dimensión material de la existencia con la dimensión simbólica. El orden de lo social queda interiorizado por el sujeto de tal manera que sus “disposiciones corporales adquiridas” y su “sentido práctico”, esto es, su modo de percibir y actuar, se organizan de acuerdo a las estructuras objetivas y su poder simbólico (Bourdieu, 1990). Asimismo, la imbricación que destaca el sociólogo entre el *habitus* y las instituciones sociales que él denomina “campo”, es decir, entre “la historia hecha cuerpo y la historia hecha cosa” (*Ibid.*, p. 53), es lo que me permite abordar análisis del espacio institucional de estudio en relación al (proceso de domesticación del) esperpento yonqui.

Sin embargo, el determinismo del concepto de *habitus* plantea algunas contradicciones de acuerdo a la dualidad de esta figura social, en tanto que, como ya he apuntado, el cuerpo yonqui también representa un lugar de resistencia, bien como un medio de huida de lo real a través de la experimentación sensorial y la alteración del estado de conciencia, bien como un medio de afirmación del yo a través de unas prácticas corporales que desafían lo normativo. Como vemos, la discusión sobre la esencialización del individuo, de su cuerpo, así como de su deseo y sus formas de goce frente a la relativización de la construcción social del sujeto, nos conduce de nuevo a la paradójica producción de imágenes reflejadas por una tramoya de espejos que queda disimulada en los pliegues de la realidad. Para algunos autores, el concepto de *habitus* tal como lo formula Bourdieu ofrece pocas oportunidades a los actores sociales para modificar de forma consciente los esquemas que parecen estar destinados a incorporar y reproducir por su adscripción de clase, y no se preocupa por las consecuencias de la mutabilidad que agita las sociedades contemporáneas en la configuración de las identidades sociales. Con David Le Breton, “El problema que permanece es el del

cambio, del hombre que ya no es “agente”, sino “actor” de su existencia y de lo social” (2002: 88). Desde una perspectiva marxista, García Canclini critica la imagen estática y pasiva de los grupos sociales que proyecta el concepto de *habitus*, en tanto que Bourdieu sólo atiende a los procesos de reproducción para definirlo, sin detenerse a analizar cómo las prácticas y los procesos de adaptación a los cambios de las “condiciones objetivas” pueden llegar transformar esa estructura (García Canclini, en: Bourdieu, 1990:27–28). Hay que reconocer que el sociólogo francés flexibiliza el concepto *habitus* a lo largo de su obra, y llega a defenderse frente a esa crítica común con cierto hastío: “como he dicho centenares de veces, el *habitus* no es un destino” (Bourdieu, 2003:82). Asimismo, “Michel Pinçon recuerda que en *Algerie* Bourdieu describe el *habitus* como una estructura modificable debido a su conformación permanente con los cambios de las condiciones objetivas (García Canclini, en: Bourdieu, 1990:28).

Así pues, con mi propuesta del esperpento yonqui pretendo representar a los usuarios de drogas no como meras víctimas que reproducen los discursos de exclusión social, y que comparten unos significados culturales que les “vienen dados” en los entornos donde actúan, sino también como agentes de cambio o de resistencia, creadores de nuevos discursos y significados, de alter-identidades²². ¿Acaso no son los esperpentos sino una ópera insurrecta y escandalosa de la otredad? Con Zavala, Valle-Inclán “projects the inert weight of social systems and repressive powers, indicating openings for their subversion” (1994:90). Así pues, con el ánimo de seguir apuntalando lo que entiendo por “esperpento” a partir de las corrientes teóricas en ciencias sociales, creo que la categoría analítica de *género* según Judith Butler (2007 y 2008) podría aproximarse al concepto valleinclaniano que traigo aquí.

Si bien la multitud de matizaciones lógicas en las argumentaciones de esta filósofa hacen difícil espigar definiciones puras y completas de los conceptos que maneja en su obra sin correr el riesgo de traicionar el sentido que ahí cobran, me aventuraré diciendo que, para dicha autora, el género es una expresión performativa de un modo de existencia y de identidad social que queda configurada por actos, discursos,

²² Sobre la identidad yonqui como forma de resistencia a las convenciones de género, en concreto la masculinidad, recomiendo el trabajo de Keire (1998) referido a la transición demográfica que acontece en la epidemia de heroína a principios de siglo XX en la ciudad de Nueva York. En él, la autora analiza cómo la representación social de la “adicción a las drogas” como un rasgo femenino, que perdura hasta los años treinta, pasa a actuarse por las prostitutas, chulos y gays o “fairies” que pasan a integrar, entre otros tipos sociales, la nueva generación de usuarios, invirtiendo los roles de género a partir de una práctica que deviene especialmente subversiva.

representaciones sociales, así como relaciones de poder y, a su vez, sirve de base de reflexividad. Este último elemento deviene esencial en su pensamiento, ya que, como teórica y activista *queer*, lo que hace Butler no es sino descomponer el género y ponerlo “en disputa”, es decir, subvertir los códigos identitarios convencionales para acabar proponiendo una suerte de devenir ontológico, de estados en transición alternativos que no dejan de entrañar una carnavalización de roles de género. Bajo mi punto de vista, esta idea del cambio como modo de existencia remite al concepto de “devenir” de Deleuze y Guattari: “El devenir no produce otra cosa que sí mismo (...) Lo que es real es el propio devenir, el bloque de devenir, y no los términos supuestamente fijos en los que se transformaría el que deviene” (2008:244). Es decir, el objeto-sujeto se hace verbo, la acción es lo ontológico, no la sustancia en sí, ni un hipotético canon o una idea que acaso la prefigure en un sentido platónico.

Es así como entiendo las figuras del esperpento yonqui, como trans-identidades *queer* en constante mutabilidad, tanto antes como después de penetrar en y ser penetradas por el campo institucional, si bien mi investigación se centrará en uno de esos encuentros con el espacio clínico. A modo de apunte, aunque en la mayoría de los sujetos de estudio no será el primero de esos entrecruzamientos, quizá sí se trate del entorno terapéutico más paradójico, puesto que ahí el uso de heroína se perpetúa a la vez que se *trans*-forma. Así, como vemos, el concepto de género me permite, por un lado, matizar el sentido antropológico del esperpento yonqui para poder destacar más adelante la plasticidad y pluralidad de los roles sociales que juegan los pacientes de la escena etnográfica, y cómo lidian con los procesos de subjetivación y de transformación identitaria que promueve el dispositivo terapéutico del que participan. Por otro lado, la noción de género remite necesariamente a la sexualidad, en el sentido de las formas del deseo y el placer, superando la dicotomía masculino/femenino, aunque las relaciones de causalidad entre ambas nociones es un tema más que debatido en la teoría *queer*. Así, si bien Butler advierte que las prácticas sexuales no bastan para producir géneros y que “ser de un cierto género no implica que se desee de una cierta manera, existe no obstante un deseo que es constitutivo del género mismo y, como consecuencia, no se puede separar de manera rápida o fácil la vida del género de la vida del deseo” (2006:14). En mi propuesta, el esperpento yonqui *también* se configura a partir de una economía libidinal que cuestiona las formas normativas del goce, como una alternativa más de género.

Así, más allá de los discursos del orden (valga el retruécano en alusión a la obra de Foucault), es decir, de los sistemas de delimitación de lo normal y

lo patológico y de clasificación de las entidades morbosas, el esperpento yonqui deviene una suerte de tecno-género como puedan serlo los transexuales, por citar otro colectivo que ha sido objeto de violencia y represión tanto jurídica como médica. También Preciado repara en esta estrecha relación entre género y poder que se da en ambos colectivos, afirmando que las “modificaciones del estatuto legal de una sustancia [la heroína] y la calificación del consumidor como criminal o enfermo mental (adicción en el caso de la heroína, disforia de género en el caso de las hormonas sexuales) permiten establecer una filiación política entre drogas ilegales y biocódigos de producción de género” (2008:280). Por tanto, en el presente texto, las disposiciones y prácticas corporales de los yonquis, el poder simbólico y el “sentido práctico”, las conductas y los modos de vida que se articulan en torno a la inyección ritual de heroína dentro de unas determinadas condiciones de posibilidad, en suma, todo aquello que configura el *habitus* de este colectivo, deja de formularse aquí como un conjunto de síntomas o criterios diagnósticos de un síndrome o una enfermedad, ni siquiera de una patología sociogénica. Más allá del plano de la voluntad o la elección consciente por parte del sujeto –y esto es importante recalcarlo–, el uso intravenoso de heroína cumple la función de “tecnología del yo” o “técnicas de sí”, las cuales, en palabras de Foucault, “permiten a los individuos efectuar, solos o con la ayuda de otros, algunas operaciones sobre su cuerpo y su alma, sus pensamientos, sus conductas y su modo de ser, así como transformarse, a fin de alcanzar cierto estado de felicidad, de fuerza de sabiduría, de perfección o inmortalidad” (1999:445).

Ciertamente, el tono vitalista de esta definición contrasta con las vidas dantescas de los yonquis y el inframundo en que habitan muchos de ellos, así como el componente autodestructivo de las ambivalentes lógicas del deseo, el placer y el exceso, de vivir el cuerpo al límite, que connota su práctica corporal, como analizaré en la parte etnográfica de mi investigación. Sin embargo, hay que insistir en que la subalternidad de la corporalidad yonqui, en última instancia, se construye precisamente a partir de la represión y la intolerancia, las mismas que denuncia el movimiento *queer* para defender su causa y a los suyos: “Lo más importante es cesar de legislar para todas estas vidas lo que es habitable sólo para algunos, y (...) abstenerse de proscribir para todas las vidas lo que es invivable para algunos (...) [incluso hasta] la muerte social o literal” (Butler, 2008:23). Precisamente lo que pretendo con mi tesis del esperpento yonqui es buscar los contrastes entre los procesos de degeneración (en el mismo sentido que le da Butler en referencia al colectivo de gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, intersexuales y demás alteridades) que se han proyectado sobre los cuerpos de los usuarios de

drogas, como también ha ocurrido con otras figuras liminares, y las formaciones y prácticas discursivas que pueden revalorizarlos y humanizarlos. En solidaridad con ese enfoque ético, dada su relación causal y conflictiva con el marco prohibicionista de las drogas y el aparato abstencionista, lo que busco es identificar los resortes de este régimen para desestabilizarlo, y a partir de ahí probar a invertir la polaridad hermenéutica del ser yonqui y dejar de entenderlo como un destino trágico.

Aun habiendo perfilado el tropo del esperpento con los conceptos teóricos referidos, la riqueza de matices y significados de este género literario es tal que analizarlos requeriría dedicar una extensión mucho mayor a este apartado, alejándome del hilo de mi investigación. No obstante, añadiré que hay un aspecto del esperpento que, al menos bajo mi punto de vista, excede tanto la noción de *habitus* como la de *género*. Este aspecto no es sino el lugar de la emoción del sujeto en la experiencia liminar vivida, o en otras palabras, la dimensión afectiva del yonqui-situado-en-el-mundo a partir de su existencia contrahegemónica, en tanto figura *outsider*. Como analiza Zavala, Valle “encourages associations from the margins with feelings, emotions, and sensations to convert all elements of experience into fluid, mobile meanings, disrupting centralized authoritarian forms of control”. (1994: 89). Esta dimensión que brinda el esperpento se revelará de especial importancia en el análisis de mi investigación etnográfica.

Ritual: lo grotesco y la carnavalización.

Tal vez parezca algo contradictorio trasladar al tema que nos ocupa la tesis de Bajtin sobre la carnavalización en su análisis de la obra de François Rabelais. ¿Cómo hablar del universo yonqui a partir de la celebración del carnaval? ¿Dónde encontramos ahí el vitalismo medieval y renacentista? En los párrafos que siguen intentaré mostrar cómo lo que me permite referirme al cuerpo yonqui de la misma manera que el crítico ruso describe el cuerpo grotesco en el mundo rabelaisiano es precisamente la ambivalencia que ambos encierran. A su vez, destacaré las conexiones entre el análisis bajtiano de lo grotesco y carnaval y el esperpento.

Siguiendo a Bajtin (2003), tanto la muerte que da vida como la risa que espanta el llanto aún vertebran el sistema de relaciones entre el cuerpo y el cosmos durante la Edad Media y el Renacimiento, permaneciendo como los componentes de una unidad indisoluble. En el realismo grotesco no hay límites entre lo somático y el universo, ni interrupción en la rueda

de la fortuna. A su vez, la fiesta de carnaval apela a lo grotesco para parodiar e invertir las jerarquías sociales y los valores del sistema moral hegemónico –en última instancia, ¿quién, sino los bufones, pueden burlarse del rey en sus propias narices para su solaz y el de la corte sin temer por su cabeza?–, al tiempo que celebra el ciclo de la vida-muerte-renacer. Lo grotesco aquí es, por tanto, una figura tragicómica. Pero a partir del siglo XVI, con el celebrado triunfo de la razón sobre el mito y luego con el advenimiento del pensamiento ilustrado, se produce una escisión de esa unidad binaria, una solución de continuidad entre el cuerpo del individuo y el afuera, entre la vida y la muerte. Es entonces cuando la sátira se tiñe de negro y se tuerce la sonrisa, situándose en el polo opuesto del optimismo del carnaval. La sátira se vuelve tragedia. Con el Romanticismo lo grotesco mantiene la fascinación por la muerte, pero con su tétrica gravedad se aleja aún más del realismo ordinario y mundano, abandona por completo su cariz festivo y popular, y adquiere formas tenebrosas en un ambiente lúgubre que despierta terror. Así, para Bajtin el cuerpo grotesco queda desmembrado, de tal manera que “el problema de lo grotesco y su esencia estética sólo puede plantearse y resolverse correctamente dentro del ámbito de la cultura popular de la Edad Media y la literatura del Renacimiento, y en este sentido Rabelais es esclarecedor.” (Bajtin, 2003:52).

Sin embargo, a pesar del progresivo despedazamiento del cuerpo grotesco y del secuestro del carnaval por la modernidad, a finales del siglo XIX y principios del XX se produce un giro de pensamiento filosófico (y paralelamente el nacimiento de la psicología como ciencia) necesario para comprender, e incluso explicar, la naturaleza humana y su relación con el mundo. Coincidiendo con los últimos estertores del orden religioso y la salutación de la ciencia, Marx, Freud y Nietzsche, los epígonos de ese triángulo patricida y emancipador, precisamente las grandes inteligencias de la historia que proclaman la muerte de Dios, recuperan la idea mítica del Eros y el Thanatos, la dialéctica y el eterno retorno, ejerciéndose una influencia recíproca. Incluso el pensamiento occidental desvía su mirada a Oriente y hasta acaba dirigiéndose al misticismo. Autores como Nietzsche, Jung o Eliade, entre otros, se interesan por la mitología hindú y su sistema de categorías duales para formular sus teorías, experimentar nuevos métodos y buscar un remedio a las enfermedades del alma en Occidente. Así, por ejemplo, el concepto alquímico de la “coincidentia oppositorum” que enunciara Nicolás de Cusa en su ensayo *De Docta Ignorantia*, fechado en 1440, que toma prestado de la noción de la unidad de los opuestos de la filosofía de Heráclito, es considerado por Eliade el “patrón mítico” en sus escritos sobre el mito y el ritual, así como el *modus operandi* de la psique humana, o más concretamente, del “self”, por la

psicología analítica de Jung. Paradójicamente, en el punto álgido de la desacralización en la civilización occidental acontece un resurgir de la ambivalencia, la lucha y la muerte-resurrección para salvar al hombre (de nuevo).

Llegamos así a pleno siglo XX y el arquetipo que subyacía a lo grotesco, es decir, las imbricaciones entre la vida, la muerte y el cosmos, vuelven a emerger con fuerza en el pensamiento moderno para tratar lo humano. Para entonces son numerosos los autores que se ocupan de analizar las relaciones entre contrarios. Véase Freud, en *Tótem y Tabú*, que más tarde iluminarán las etnografías de la escuela de Cultura y Personalidad; por su parte, Lévi-Strauss postula un dualismo intrínseco a la unidad psíquica de la humanidad, mientras que Douglas (1973) toma el testigo de Robertson Smith, pionero en el análisis de las categorías ambivalentes en lo religioso y maestro de Durkheim y Frazer, para plantear sus audaces analogías sobre lo puro y lo impuro. Pero a su vez, el renacimiento de los movimientos anti-racionalistas a finales del siglo XIX y principios del XX también tiene una clara influencia en el modernismo y, por ende, en la obra de Valle-Inclán, que será especialmente sensible al resurgir de la mística durante el proceso de secularización. De hecho, en el primer volumen de su *Opera Omnia*²³, *La lámpara maravillosa: Ejercicios espirituales* (1916), el escritor reúne una serie de ensayos de estructura cabalística y contenido místico, donde nos descubre los resortes de la estética de su obra ya escrita, y sienta los pilares filosóficos de la que aún está por llegar. Hay que precisar, con la filóloga Virginia Milner Garlitz, que la producción literaria valleinclaniana está atravesada por el esoterismo *popular* o, si se prefiere, *tradicional*, pero el ocultismo como movimiento finisecular, impulsado por Eliphas Lévi, y la Tradición Secreta trascenderán especialmente a la “obra madura” del escritor (2007:17)²⁴. Un ejemplo de la influencia de la teoría de los contrarios en *La Lámpara Maravillosa* es la figura del andrógino que, como apunta

²³ La publicación de esta obra en varios tomos se inicia en 1913.

²⁴ De acuerdo a la reflexión que planteo sobre el paradójico fenómeno del resurgir del misticismo durante el proceso de secularización y su relación con la obra de Valle, Milner Garlitz nos dice que: “El interés de Valle-Inclán por las fuerzas esotéricas le sitúa dentro de la gran boga ocultista que permeaba tantos sectores de la actividad humana del siglo XIX, incluso el literario (...) Algunos observadores afirman que los cultos esotéricos, que prometen al iniciado alguna forma de revelación superior, florecen cuando se derrumban los centros religiosos establecidos y sobreviene un periodo de duda y ansiedad. Otros críticos ensanchan el cuadro para declarar que no solo la religión estaba en entredicho, sino todo el mundo erigido por el racionalismo y que los movimientos resultantes reaccionaron contra los principios del materialismo y el positivismo, bases del arte realista y naturalista, buscando, por lo tanto, establecer de nuevo la comunicación con el mundo espiritual anhelantes de lo trascendente y de la unidad cósmica (Webb)” (Milner Garlitz, 2007:19).

Milner Garlitz, aquí representa la armonía de las fuerzas antagónicas (*Ibid.*, p. 121).

Por tanto, como en la estética grotesca que describe Bajtin, también en el esperpento valleincliniano encontramos una estilización funambulesca, que consiste en cosificar, caricaturizar, animalizar y apodar a sus personajes, como peles, monigotes o fantoches que no son dueños de su destino, al tiempo que se extrema el contraste de claroscuros, del uso del lenguaje, culto y vulgar²⁵, los colores vibrantes, lo escatológico, lo deforme, lo sagrado y lo profano, el acortamiento o la prolongación de las distancias, el espacio real y el espacio mítico, la tragicomedia sublimada en el humor negro y el absurdo, por citar los principales recursos estilísticos, y todo ello como una forma de redención del ser-humano-en-el-mundo. Un universo que emparenta con la estética de lo grotesco y el sentido del carnaval, pero en los tiempos modernos. Ahora bien, ¿cómo se traduce lo grotesco y el carnaval en los tiempos posmodernos?

Tal vez sea Foucault el siguiente en atreverse a descifrar la cabalística que encierran estos dos tropos, analizando sus misteriosas figuras a lo largo de su obra. Más allá del Renacimiento, Foucault sigue la estela de las figuras grotescas desde la Época Clásica hasta la Modernidad para entrever qué es lo que las hace mutar, bajo qué sucesión de lógicas y juegos de poder se modelan sus cuerpos y qué desfile de racionalidades reconfiguran y reubican la celebración de lo carnavalesco. Al final, Bajtin en cierto modo se traiciona a sí mismo y acaba dándole la razón al filósofo galo cuando, después de remitir a Rabelais como fuente casi exclusiva para conocer la esencia de lo grotesco, añade que: “Para comprender la profundidad, las múltiples significaciones y la fuerza de los diversos temas grotescos, es preciso hacerlo desde el punto de vista de la unidad de la cultura popular y la cosmovisión carnavalesca; fuera de estos elementos, los temas grotescos se vuelven unilaterales, anodinos y débiles” (Bajtin, 2003:52). Y esto, es decir, considerar la esencia de lo grotesco y lo carnavalesco como un constructo social y cultural, cuya lógica interna presenta una capacidad heurística para interpretar la realidad cambiante, aunque ciertamente plantea dificultades, es precisamente el esquema que subyace a mi análisis del cuerpo yonqui y su paso por la heterotopía de estudio. A su vez, llegamos así al proceso de carnavalización como ritual que tiene lugar en el encuentro entre el esperpento yonqui y el espacio institucional.

²⁵ Sobre las formas de hablar de los personajes de *Luces de bohemia* en *La difícil universalidad española*, ver los comentarios de Guillermo de Torre (165:155–156).

En suma, la tesis bajtiana en relación al universo grotesco del esperpento yonqui me permite abordar en la presente investigación el problema de la liminaridad, es decir, las relaciones entre lo positivo y lo negativo del espacio social, las escenas de transición, los estados corporales que desafían las fronteras y los límites, y las figuras anormales que bordean el sistema moral, como desarrollaré en su momento. Pero también la carnavalización bajtiana sirve para describir los emplazamientos institucionales de prescripción de heroína, en tanto que en estos espacios se convoca la colectividad yonqui y se ritualiza lo orgiástico. En estos escenarios converge lo profano y lo sagrado, lo sucio y lo curativo, se invierte lo normativo y las relaciones de poder, el lenguaje popular se mezcla con el científico, a la vez que se desmitifica la sustancia y la experiencia yonqui, de manera que se reorbitan los satélites del uso de heroína en lo simbólico y lo real. Adelantando una de las conclusiones de mi estudio, este tipo de lugares se trataría de un espacio performativo donde se domestica el cuerpo grotesco devolviéndole su polo positivo. El esperpento yonqui se re-genera, es decir, se humaniza, recupera su fecundidad en el espacio social hegemónico y queda así redimido.

Notas sobre algunos aspectos formales de la escritura.

La voz de quien escribe.

El uso de la primera persona del singular en este trabajo tiene varias justificaciones. En primer lugar, lejos de considerarlo como una actitud narcisista, lo entiendo como un gesto de modestia, honestidad y valentía por parte de quien escribe, en oposición al refugio que brinda el recurso del plural mayestático o la forma reflexiva. El presente trabajo se trata de un ejercicio eminentemente individual²⁶ (desde la idea inicial hasta su última errata), que no responde al encargo de agencia alguna, no ha recibido financiación institucional, y cuyo diseño y elaboración ha dependido exclusivamente de su autora (incluida la tediosa tarea de transcribir las entrevistas). Se trata, pues, de una investigación independiente fruto de un trabajo que tiene bastante de autodidacta y romántico, de amor al saber por saber. La experiencia, especialmente una vez concluida la investigación, ha sido gratificante y, entre otras cosas, me ha servido para darme cuenta de hasta qué punto necesito disponer de libertad para no acabar perdiendo mi identidad en lo que hago. Sin embargo, el goce de libertad también ha supuesto un sacrificio personal. De hecho, llegué un momento en que decidí renunciar a mi trabajo de

²⁶ Sin desmerecer la imprescindible participación de los informantes en este estudio, la juiciosa orientación de mis tutores y la ayuda incondicional de mi familia y mis amigos.

médica especialista para poder seguir avanzando en la Tesis, una tarea que tuve que alternar con alguna que otra beca de investigación no relacionada, y que más tarde se prolongó incluso después de haber agotado la prestación por desempleo. Así pues, la culminación de este trabajo no ha estado supeditada a ningún tipo de contrato, sino que ha dependido de mi empeño y confianza en mí misma. Por tanto, me parecería cuanto menos absurdo, por no decir hipócrita, escudarme en las formas impersonales a la hora de escribir. Así pues, mediante el uso lingüístico de elección asumo plena y directamente las consecuencias y las posibles críticas no sólo a mi discurso y práctica de tipo etnográfico, sino a la tesis en su conjunto. Dicho esto, quien esté leyendo ya se habrá percatado de que, con el ánimo de hacerle partícipe del texto y establecer una empatía, en ocasiones uso la primera personal del plural, siempre y cuando no se trate de un enunciado que implique una autoría.

Cuestiones lingüísticas sobre el género binario.

Reconociendo la dimensión política y performativa del lenguaje, me parece oportuno apuntar una reflexión sobre el uso de las formas masculina y femenina en el presente texto, dadas las dificultades que plantea el castellano para garantizar una representación ecuánime del género y evitar reproducir discursos patriarcales²⁷. Más adelante comentaré cómo he intentado compensar algunas de las limitaciones del lenguaje en la redacción de la Tesis. Pero antes me gustaría defender mi postura frente a determinados condicionamientos de tipo político o ético que he descubierto mientras me afanaba en acometer esta tarea.

En primer lugar, el presente trabajo no se trata de un texto oficial ni un discurso político que deba velar por un lenguaje políticamente correcto para no escandalizar a la opinión pública o ahuyentar posibles electores. Creo saludable para la ciencia y la sociedad misma que se preserve el talante crítico en la producción científica, con libertad para cuestionar posturas que, por su ética y/o estética, puedan gozar de una aceptación casi unánime, o al menos dentro una constelación de grupos de poder (incluida la comunidad científica), hasta el punto de que contravenir algunos de esos preceptos se llegue a considerar una deficiencia, una falta de sensibilidad, o hasta una violación de un tabú. Centrándonos en el debate del uso lingüístico del género, la propia academia se suma a la militancia política del denominado lenguaje no sexista, que, como en el caso de las organizaciones sindicales y administraciones públicas de

²⁷ Para una visión crítica de los usos no sexistas del lenguaje desde el punto de vista lexicológico, animo a leer el informe del lingüista Ignacio Bosque (2012), publicado por la RAE.

distintos niveles, queda testimoniada por las guías oficiales que estas instituciones avalan para la generalización de su uso. Hay que reconocer que una Tesis Doctoral no es precisamente un producto ajeno a la academia, sino que, muy al contrario, quizá se trata del trabajo más académico de todos los posibles, asociando además un ritual de defensa ante un tribunal. Sin embargo considero que en la redacción del texto debe mantenerse la misma actitud de desconfianza que nos lleva a afilar nuestra crítica a la hora de disecar las realidades que tomamos como objeto de estudio. Esta actitud conlleva cuestionar los cánones de estilo en la escritura científica, especialmente en el campo de las ciencias sociales, que a menudo se siguen como una letanía o una vacuna para prevenir que las formas discursivas de estos textos se juzguen como conservadoras recalitrantes, aunque se acabe escribiendo de forma artificial, repetitiva y hasta imprecisa.

Por otro lado, cabe señalar que incluso dentro de las corrientes feministas actuales, especialmente las más radicales, hay disenso respecto a la observancia de las recomendaciones oficiales del uso “no sexista” del lenguaje. Así, por ejemplo, la filósofa y activista Beatriz Preciado, en sus ensayos *Manifiesto contrasexual* (2002) y *Testo yonqui* (2008), donde reflexiona sobre la teoría queer y sus propias prácticas corporales de resignificación del tecnogénero, acostumbra a usar indistintamente el masculino y el femenino para referirse a su persona, como una estrategia discursiva para subvertir el constructo social del género binario (masculino/femenino).

Dicho esto, mi postura no ha sido óbice para intentar salvar los escollos que plantea nuestro idioma a la hora de representar a los individuos de acuerdo a su asignación de género convencional, aunque durante el proceso de redacción he ido variado mis criterios. Así, por ejemplo, al referirme en plural a los sujetos del estudio etnográfico, y en ocasiones al citar a un conjunto de autores que incluía ambos sexos, empecé usando sistemáticamente la barra “a/o”, un recurso habitualmente recomendado en las múltiples guías oficiales sobre el uso no sexista del lenguaje. Sin embargo, conforme acumulaba páginas escritas con ese sistema de designación, me daba cuenta de que las constantes referencias a los dos grupos de roles principales que juegan los informantes, es decir, profesionales y pacientes, hacía cada vez más incómoda y abrupta la lectura, quedando el texto trufado de desinencias reiterativas y barras divisorias. Tampoco me convencía repetir cada expresión nominal mediante los pares morfológicos, especialmente cuando, para buscar la concordancia, debía desdoblarse también el adjetivo o el artículo determinado o cuantificador que acompañaban al sustantivo (por

ejemplo, ‘antiguos y antiguas pacientes’, ‘varios y varias usuarios y usuarias de drogas, ‘algunos y algunas enfermeros y enfermeras’, etc.).

Siempre que ha sido posible, he dado preferencia a recursos lingüísticos que me permitían burlar la doble referencia por sexo, frecuentando expresiones tales como ‘personal sanitario’, en lugar de ‘los o las profesionales’, ‘el grupo investigador’, en vez de ‘los investigadores y las investigadoras’, ‘pacientes’, en lugar de ‘usuarios y usuarias’, etc. Aunque, a su vez, me he prevenido de caer en la ambigüedad a la que puede conducir una generalización de este recurso, sobre todo en aquellos casos en que se hacía necesario discriminar entre usuarios y usuarias para resaltar una diferencia observada entre ambos.

A pesar de estos esfuerzos, en múltiples ocasiones no me ha quedado más remedio que recurrir al uso del masculino genérico, después de haber descartado las alternativas posibles. La elección no sólo responde a una cuestión estética y pragmática, ya que suaviza la lectura y proporciona una mayor economía y eficacia gramatical, sino a los motivos de índole científica y política que ya he señalado. Uno de los casos más problemáticos ha sido la plantilla médica del centro, dada la descompensada paridad que se mantuvo durante los primeros años de mi trabajo de campo en el centro, hasta llegar a su total feminización. Así, cuando empecé el trabajo de campo, el entonces Director del centro era el único hombre entre sus colegas de profesión, lo que ya hacía cuestionable el uso del masculino para referirme a este estamento profesional. Cuando el galeno dejó su puesto de trabajo, quedando la plantilla conformada íntegramente por mujeres, desapareció mi preocupación por la disyuntiva del uso genérico del masculino frente al desdoblamiento del sustantivo a la hora de representar al colectivo médico. Pero cada vez que quería hacer balance del periodo de estudio, se me planteaba el dilema de qué forma utilizar sin caer en la discriminación en ningún sentido. Finalmente, decidí usar genéricamente el masculino y el femenino como modo de diferenciar la plantilla en ambas etapas, aunque reconozco que en más de una ocasión he generalizado en femenino sin reparar en esa precisión cronológica.

Por último, que me he resistido a usar recursos menos convencionales o extendidos como el '@'²⁸ o el más actual 'x', en lugar de "a" y "o", como proponen los sectores sociales de ideología más progresista, porque prefiero reservarlo a los registros más coloquiales o informales que usamos en las plataformas virtuales (redes sociales, e-mails, etc.) o el formato panfletario.

²⁸ No obstante, algunas guías recomiendan este recurso, como las siguientes que señala el académico de la lengua española Ignacio Bosque en su reciente informe: *Guía sobre comunicación socioambiental con perspectiva de género*. Consejería de Medio Ambiente, Junta de Andalucía (sin fecha), *Guía para un uso del lenguaje no sexista en las relaciones laborales y en el ámbito sindical. Guía para delegadas y delegados*. Secretaría confederal de la mujer de CC.OO. y Ministerio de Igualdad, Madrid, 2010, *Manual de lenguaje no sexista en la Universidad Politécnica de Madrid*. Madrid, Unidad de Igualdad, Universidad Politécnica de Madrid (sin fecha), y *Guía sindical del lenguaje no sexista*. Madrid, Secretaría de Igualdad, Unión General de Trabajadores, 2008.

II PARTE

LAS HETEROTOPÍAS DE LAS DROGAS

CAPÍTULO 4. Cartografiando heterotopías psicoactivas.

Los espacios liminares y las heterotopías de crisis/desviación.

La relación entre espacio y sociedad, tomando el espacio bien como metáfora del orden social, bien como escenario de representación de la vida cotidiana, ha sido uno de los temas más visitados por la antropología y la filosofía contemporáneas. A principios del siglo XX, en su obra *Los ritos de paso*, Arnold Van Gennep compara la sociedad con “una especie de casa dividida en habitaciones y pasillos” (2008:45). La transición por cada uno de estos compartimentos representa la sucesión de etapas en la vida o situación social del individuo en las sociedades “semicivilizadas”. Para el folclorista francés, los individuos o agrupaciones que se sitúan en los umbrales de estos compartimentos se encuentran:

“en estado de aislamiento manifiesto de dos maneras, que pueden darse en forma separada o combinada. En la medida en que se hallan fuera de esa sociedad especial o general, son débiles; son fuertes en cuanto pertenecientes al mundo sagrado, al constituir dicha sociedad, para sus miembros, el mundo profano”. (Van Gennep, 2008, 45-46).

Mary Douglas reconoce la originalidad de Van Gennep en formular sus esquemas sobre los procesos rituales, en tanto que:

“fue [este autor] quien distinguió por primera vez una forma común en todas las ceremonias de transición. Constató que allá donde se quiere expresar el paso de un status social a otro se utilizan inevitablemente símbolos de transición, y asimismo que el rito adopta la forma de una separación preliminar de la comunidad y una reintegración subsiguiente a ella” (Douglas, 1988: 106).

En su obra *Pureza y peligro*, la antropóloga celebra la perspicacia de su antecesor para situar el peligro precisamente en los estados marginales o de transición. Siguiendo su estela, Douglas enfatiza que “el peligro se controla por el rito que precisamente lo separa de su viejo estado, lo hace objeto de segregación durante algún tiempo y luego públicamente declara su ingreso en su nuevo estado” (1973:131-132). Más tarde, con una intencionalidad sociológica similar, Victor Turner analiza en su obra *El proceso ritual* la relación entre los rituales y la estructura social. El autor se centra en la significación de la categoría de liminaridad, a partir de la cual Van Gennep distinguió las transiciones espaciales de los ritos de paso, es decir, la fase “preliminar”, “liminar” y “postliminar”. Turner identifica cada una de estas etapas como “unidades de espacio y tiempo

en los que conducta y simbolismo se ven momentáneamente emancipados de las normas y valores que rigen la vida pública de quienes ocupan posiciones estructurales” (Turner, 1988:170).

Hasta ahora vemos cómo en los trabajos antropológicos se ha representado espacialmente la liminaridad en la periferia, en los márgenes, en los bordes o las afueras de la estructura social. Sin embargo, en su conferencia “Des espaces autres” [1967], Foucault se sirve del principio óptico de la reflexividad para analizar el sistema de relaciones entre los emplazamientos sagrados (y progresivamente secularizados) y el resto de escenarios que configuran el espacio social hegemónico. Así, este autor advierte que: “nous ne vivons pas dans une sorte de vide, à l’intérieur duquel on pourrait situer des individus et des choses (...) [au contraire] nous vivons à l’intérieur d’un ensemble de relations qui définissent des emplacements irréductibles les uns aux autres” (1994:755).

A partir del conjunto de relaciones que definen los distintos emplazamientos, Foucault cita algunos ejemplos pertenecientes a la esfera privada, como la casa, el dormitorio, o la cama. También se aventura con ejemplos tomados del ámbito público, como las calles o los trenes, a los que considera lugares de paso, o los “emplacements de halte provisoire”, tales como los cafés, los cines y la plaza¹ (*Ibid.*, p. 755). De todos ellos, los lugares que suscitan su interés son aquellos que “ont la curieuse propriété d’être en rapport avec tous les autres emplacements, mais sur un mode tel qu’ils suspendent, neutralisent ou inversent l’ensemble des rapports qui se trouvent, par eux, désignés, réflétés ou réfléchis.” (*Ibid.*). Dentro de estos últimos, Foucault distingue en primer lugar las *utopías*, “emplacements sans lieu réel”, pero que “entretiennent avec l’espace réel de la société un rapport général d’analogie directe ou inversée” (*Ibid.*). En oposición a éstas, sitúa las *heterotopías*, lugares que “son hors de tous les lieux, bien que pourtant ils soient effectivement localisables”, en los que se ensayan las utopías; esta suerte de “contre-emplacements” están “dessinés dans l’institution même de la société” (*Ibid.*, pp. 755–756). Parafraseando a este autor, las heterotopías representan, contestan e invierten todos los demás emplazamientos reales y efectivos que se encuentran en el interior de la cultura, de tal suerte que las normas que en ellas dominan parecen estar en contradicción con las del espacio público

¹ El filósofo se anticipa a las teorías antropológicas sobre el espacio y la modernidad que Augé formulará en los años noventa. Mientras los primeros ejemplos citados están en consonancia con el concepto de lugar antropológico que acuña la tradición etnológica, los siguientes emplazamientos guardan relación con los lugares de tránsito que el antropólogo francés llama ‘no lugares’ (Augé, 2001).

hegemónico. En adelante, para designar los emplazamientos reales a los que me he referido antes como ‘lugares antropológicos’, usaré el término de ‘topía’ que propone Honorio Velasco, en contraposición a las heterotopías y las utopías (Velasco, 2007:387–388).

Emparentando con las corrientes antropológicas antes mencionadas, Foucault distingue, por un lado, las heterotopías de crisis dentro de las sociedades primitivas. Es decir, “lieux privilégiés, ou sacrés, ou interdits, réservés aux individus qui se trouvent, par rapport à la société, et au milieu humain à l’intérieur duquel ils vivent, en état de crise” (*Ibid.*, p. 756–757). Por otro lado, dentro de la sociedad moderna, distingue las heterotopías de desviación, “dans laquelle on place les individus dont le comportement est déviant par rapport à la moyenne ou à la norme exigée.” (*Ibid.*, p. 757). Se trata de instituciones secularizadas que funcionan como panópticos, tales como las prisiones y las clínicas psiquiátricas.

A pesar de sus diferencias, tanto las heterotopías de crisis como las de desviación se sitúan en los márgenes de la sociedad para cumplir una misma función, que, en última instancia, no deja de estar regulada por el sistema normativo hegemónico. En esencia, se trata de escenarios donde tienen lugar distintas versiones de ritos de paso. Soy consciente del riesgo que entrañan las comparaciones diacrónicas entre diversas sociedades. Pero no es el sentido estético o formal del proceso ritual, que podríamos llamar ritualismo, lo que me interesa destacar aquí en relación al tema de estudio, una dimensión cuyo abordaje requeriría un trabajo prácticamente inviable por la variedad de las expresiones rituales de las diversas culturas, y más aún si añadimos una visión retrospectiva. Además, con Douglas, la “efervescencia” o intensidad en la expresividad ritual no varía necesariamente de las sociedades “primitivas” a las industrializadas, como consecuencia del consabido proceso de secularización. La antropóloga británica señala que sociedades tribales como los pigmeos, basseri o anuak “comparten con los países más avanzados industrialmente una falta de interés por el ritual” (Douglas, 1988:53). Por tanto, más que por su morfología, me interesa comprender los ritos de paso como una forma simbólica natural en tanto que “fenómeno [que] trasciende los límites de las diversas culturas” (*Ibid.*, p. 106), por supuesto no en un sentido biologizante, sino más bien levisstraussiano, es decir, como una estructura universal. En otras palabras, el sentido en que entiendo el proceso ritual que encierran las heterotopías, tanto de crisis como de desviación, puede considerarse solidario de la óptica durkheimiana, en tanto que el rito funciona como un mecanismo que refuerza lo normativo para garantizar la alianza del grupo

o la sociedad. Asimismo, de acuerdo al sistema de tropos de mi investigación, el sentido ritual de este tipo de heterotopías coincide con el de la fiesta de carnaval, donde lo grotesco, lo escatológico y lo deforme devienen las contrafiguras del afuera, al tiempo que objetos de redención.

El consumo ritual de drogas: de lo sagrado a lo profano.

Según el primer principio de heterotopías, Foucault considera que “n’y a probablement pas une seule culture au monde qui ne constitue des hétérotopies (...) Mais les hétérotopies prennent évidemment des formes qui sont très variées, et peut-être ne trouverait-on pas une seule forme d’hétérotopie qui soit absolument universelle” (*Ibid.*, p. 756). A su vez, de acuerdo al segundo principio, “chaque hétérotopie a un fonctionnement précis et déterminé à l’intérieur de la société, et la même hétérotopie peut, selon la synchronie de la culture dans laquelle elle se trouve, avoir un fonctionnement ou un autre” (*Ibid.*, p. 757). El filósofo francés ilustra este último principio tomando como ejemplo los cementerios. A lo largo de la historia de la cultura occidental, el cambio de relaciones espaciales entre estos emplazamientos y el resto de espacios culturales refleja la transición del pensamiento de la época, de lo religioso a lo secular, así como los cambios de organización y jerarquización social.

Trasladando este esquema al tema que nos interesa, el consumo de drogas, como la muerte, ha acompañado la humanidad a lo largo de la historia. A través de los trabajos históricos y antropológicos, vemos cómo los diferentes lugares reservados al uso de esas sustancias han sido tributarios del pensamiento de cada época y cultura. Los tipos de emplazamientos destinados al consumo de drogas quedan, por tanto, definidos a partir de una particular problematización y gestión del uso de los placeres y los peligros del exceso. Según el filósofo Brian Massumi, “Wherever there is a perceived danger, there is deterrence; wherever there is deterrence, there are immanent boundaries; and wherever there are immanent boundaries, there is organized violence” (1993:29).

A lo largo de la historia, la experiencia sensible (analgésica, sedante, alucinógena, excitante) asociada al uso de algunas plantas, hongos o brebajes, y su representación acorde al pensamiento de cada cultura, les ha conferido un estatus de poder que oscila entre lo profano y lo sagrado, que ha servido para justificar distintos sistemas y grados de regulación. Incluso algunos autores han observado una relación entre los sistemas de regulación del uso de sustancias psicoactivas y el tipo de estructura social. Así, por ejemplo, en comparación con las sociedades cazadoras-

recolectoras, en las sociedades más jerarquizadas se percibe una mayor restricción del consumo de enteógenos, quedando reservado bien a individuos que desempeñan un rol específico durante la celebración de rituales, como los chamanes, o bien a las clases dominantes por considerarse la sustancia un bien de prestigio, como la coca (Dobkin de Ríos, 1975:410). Igualmente, Antonio Escohotado se cuestiona si:

“el tránsito del empleo chamánico [de enteógenos] al misterico no fue sobredeterminado por el desarrollo económico y demográfico general –sobre todo por el surgimiento de instituciones propiamente políticas como las Ciudades-Estado-, que con sus cultos locales ponían en peligro formas primitivas de religiosidad extática, administradas para grandes territorios por asociaciones informales de brujos” (Escohotado, 2008:206).

Las investigaciones arqueológicas han aportado numerosas pruebas que apoyan la hipótesis del consumo de sustancias psicoactivas en la Prehistoria. En el continente europeo, diversos análisis químicos de restos arqueobotánicos, así como “útiles relacionados con la preparación, consumo o transporte de drogas y manifestaciones artísticas inspiradas en estado de trance” testimonian el uso de drogas desde el Neolítico (Guerra, 2006:25). Incluso se han encontrado evidencias indirectas del consumo de drogas durante el Paleolítico Superior (Magdalenense, para ser exactos), como el yacimiento de la Península Ibérica de la Cueva del Juyo (Cantabria), datado en 11.970 a.C. En este santuario aparecieron dos semillas de adormidera en un depósito de ofrendas, un contexto tal que, para algunos autores, podría justificar una función ritual, más allá de un uso pragmático. Incluso se ha llegado a aventurar la hipótesis del conocimiento por estos pobladores de los efectos del látex de la planta para inducir estados alterados de conciencia (*Ibid.*, p. 189).

Si avanzamos hasta la Antigüedad, en el *Pen Tsao Ching* (2737 a.C, aprox.), la primera farmacopea china, atribuida al emperador Shen-Nung, se hace referencia a los peligros del abuso del cannabis. Según Richard Evans-Schultes y Albert Hofmann, el autor del tratado advierte que “tomado en exceso hace ver monstruos, y si se usa durante mucho tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo” (Escohotado, 2008:87, fig. 20). Asimismo, en los poemas épicos de la *Iliada* y la *Odisea*, Homero alude en numerosas ocasiones al consumo de sustancias psicoactivas, unas veces de forma lúdica, como ocurre con la bebida de Néstor o el *nepentés* preparado por Helena en el banquete de Menelao; otras veces dentro de un ritual, como el *Kykeon* de Deméter, que es bebido exclusivamente por los guerreros aristócratas en la ceremonia de los Misterios Eleusinos; y en otras ocasiones, como una práctica mágica, “como la droga con la que Circe transforma en cerdos a

los camaradas de Ulises” (Guerra, 2006:130–131). Igualmente, a partir de los textos sagrados de las doctrinas hindúes, hebreas y griegas, el antropólogo Marcel Mauss reflexiona sobre la “función regeneradora del sacrificio personal” a través de la ingestión, en comunión, de una sustancia sagrada que “determina una especie de alienación de la personalidad. Si el sacrificante come la cosa sagrada, donde se supone que mora el dios, asimila a éste; está poseído de él (...) al igual que la sacerdotisa del templo de Apolo en la Acrópolis de Argos, después de haber bebido la sangre del cordero sacrificado” (Mauss, 1970:211–212). Más adelante, el antropólogo francés cita otros ejemplos de sustancias sagradas, como el dulce de Eléusis, el *soma* [védico] o el *haoma* iraníano.

Por otro lado, sabemos desde las crónicas de los descubridores del Nuevo Mundo, que en las sociedades precolombinas muchas de las sustancias susceptibles de producir ebriedad son consideradas mágicas o sagradas. Con su *Historia general de las cosas de Nueva España*, escrita entre 1547 y 1577, el misionero fray Bernardino de Sahagún es el primer europeo en describir el uso de peyote entre los chichimecas del Norte de México². Habrá que esperar a principios del siglo XIX para que aparezcan las primeras investigaciones etnobotánicas “científicas” acerca del consumo de sustancias psicoactivas en las sociedades tradicionales, principalmente americanas³ para describir su uso lúdico, mágico-religioso o terapéutico. Siguiendo a Antonio Escohotado, algunos ejemplos del empleo profano de drogas los encontramos entre los yaquis de Sonora, que “danzan hasta la extenuación usando pulque (cerveza de pita) cargado con extractos de cierta datura”, los siberianos, que consumen una seta alucinógena (*Amanita muscaria*), o los yemeníes, que cuecen cat, un potente estimulante. En cuanto al extenso uso enteogénico en rituales colectivos, encontramos el consumo de peyote para inducir experiencias visionarias, como ocurre durante la “velada” que celebran los huichol, tarahumara o cora, o las tribus norteamericanas de la *Native American Church*; también los ritos del yagé en la cuenca amazónica, los de kawa-kawa, un brebaje con alto contenido de alcaloides, en algunos ritos chamánicos Oceanía, o el culto bwiti en África central, que gira en torno a la iboga, una planta que contiene un alcaloide indólico (Escohotado, 2008:1185 y 68–69). Por último, queda referirme al uso terapéutico de las drogas.

² “Ay otra yerva que se llama peiotl (...) hazese hazia la parte del norte: los que la comen o beben ven visiones espantosas o de risas, dura este emborrachamiento dos o tres días y después se quita. Es como un manjar de los chichimecas que los mantiene y da ánimo para pelear y no tener miedo, ni sed ni hambre y dicen que los guarda de todo peligro” (Sahagún, 1982).

³ Ya en el siglo XX, cabe destacar los trabajos de Lamb, 1916; Densmore, 1926–1927; Stone, 1932; Pardal, 1937; La Barre, 1980 [1938]), Eliade, 1951; Furst, 1990 [1972] y 2002 [1980]; Harner, 1976 [1973]; Wasson, 1983 [1980]; Schultes, Hofmann y Ratsch, 1998 [1979]; Ott, 1996 [1993]; y Escohotado, 2008 [1998]), entre otros.

Entre las fuentes más antiguas, el Papiro de Ebers y el Papiro de Smith, que datan de la dinastía XVIII egipcia –si bien el primero se considera una copia o adaptación de documentos que datan entre 2278 y 2263 a.C.– describen los remedios médicos y quirúrgicos empleados en el Antiguo Egipto (Font Quer, 1993:X). Por otra parte, como es sabido, el *Corpus hippocraticum* (siglo V a.C.) o la *Materia médica* de Dioscórides (siglo I d.C.) revelan los usos médicos del *pharmakon*, remedio y veneno en la Grecia Clásica⁴.

El sentido de este breve recorrido diacrónico del uso de drogas en diversas culturas no es otro que el de ilustrar cómo, por un lado, las sustancias psicoactivas son valoradas positivamente, en tanto que sirven para conectar con lo trascendente y pueden constituir un remedio eficaz frente a la enfermedad y otros males. Pero, a su vez, estas sustancias suponen un peligro efectivo y simbólico asociado a un uso excesivo, por lo que su acceso y los modos de consumo deben estar sometidos a un sistema de regulaciones acorde con la cosmovisión y economía política de cada sociedad⁵. Siguiendo la hipótesis durkheimiana planteada a principios del siglo XX en *Las formas elementales de la vida religiosa*, se puede identificar un gradiente de lo mágico a lo religioso, de lo profano a lo sagrado, en el espectro de instituciones que gestionan el fármaco. En un polo, se sitúa el plano pragmático e individual, en el que el mago, el hechicero, el curandero o el chamán prescriben la droga por su eficacia terapéutica⁶. En el extremo opuesto se sitúa el plano colectivo, donde la sustancia se considera un elemento sagrado que se incorpora a las ceremonias rituales. Es así como la sustancia deviene un vehículo de cohesión social y de performatividad de la norma. Para el propósito de la presente investigación, centraré mi análisis en este último extremo, es decir, el de la dialéctica entre la ritualización del consumo de drogas y el espacio normativo. No obstante, adelantaré que en el análisis de mi investigación etnográfica, la imbricación entre lo mágico y lo religioso,

⁴ Varios siglos antes, Homero escribía los siguientes versos en su Odisea:

“Tuvo entonces Helena la hija de Zeus, un propósito: una droga, de pronto, echó al vino que estaba bebiendo, contra el llanto y la ira, que hacía olvidar cualquier pena (...) Tales drogas tenía la hija de Zeus, ingeniosas y muy buenas, que dióle la esposa de Ton, Polidamna, en Egipto; allí muchas la gleba del trigo produce y la mezcla de una es buena, y la de otras nociva allí todos son médicos, nadie en el mundo es más sabio porque allí del linaje de Peón todos descienden.” (Homero, canto IV, 54–55).

⁵ Para una aproximación a estos sistemas de control social en las distintas culturas, ver Comas (1987) y Coomber y South (2004).

⁶ En las sociedades cazadoras-recolectoras, con frecuencia es el propio chamán quien tiene el privilegio exclusivo de consumir los alucinógenos más potentes para obtener el poder espiritual curativo (Guerra, 2006:99).

siguiendo la distinción de Durkheim, estará en la base de algunos hechos observados en determinados segmentos de este espacio clínico. En cuanto a los distintos tipos en que la antropología clásica han clasificado los rituales, me focalizaré en los ritos de paso, porque considero que son los procesos que catabolizan y mejor reflejan las relaciones entre los emplazamientos destinados al consumo de drogas y la estructura social.

Sigamos ahora con nuestro recorrido topológico en relación al uso de sustancias con propiedades psicoactivas, pero no sin antes advertir que mi propósito no es, de ningún modo, ofrecer una historiografía pormenorizada acerca del control social de las drogas, de lo que ya se han ocupado numerosos investigadores⁷. Así pues, la secuencia de hechos que referiré a continuación servirá para establecer las coordenadas a partir de las cuales se cartografía la regulación de los placeres y los excesos asociados al consumo de este tipo de sustancias.

A pesar de la “*sourde sacralisation*” que aún advierte Foucault en el espacio contemporáneo, y a la que volveré más adelante, se ha producido un *aparente* proceso de secularización de los emplazamientos destinados al uso legítimo de estas sustancias, especialmente a partir de la era moderna. Con los procesos coloniales y la mercantilización de productos como el opio o el tabaco, se produce una transición de lo local a lo global, se introducen nuevas sustancias en otras culturas y cambian las formas de control de su uso. En este proceso de occidentalización, los emplazamientos destinados al consumo ritual *positivo* de estas sustancias se han desplazado desde los *lugares sagrados*, es decir, las heterotopías de crisis donde se celebraban ritos de posesión y de paso en las sociedades primitivas, a *espacios lúdicos y profanos* cada vez más exiguos, como las salas de fumadores de opio en los países occidentales, Filipinas y China, durante su legalización a mediados del siglo XIX, o más tarde los *coffee shops* para la venta y el consumo de cannabis en Holanda.

Como consecuencia del nuevo orden económico poscolonial y la emergencia de EE.UU. como potencia hegemónica (Nadelmann, 1992:537), especialmente tras la II Guerra Mundial y a partir de la creación de la ONU, el prohibicionismo de las drogas atraviesa las fronteras y ordena a nivel internacional la gestión política de estas sustancias, que cobran el doble estatuto jurídico y simbólico de tabú. A partir de la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961, el poder jurídico clasifica aquellas sustancias que pueden amenazar “la

⁷ Además de los autores que ya he referido, sugiero ver: Goodman *et al.*, 1995; Porter y Teich, 1997; Courtwright, 2001; Dikötter *et al.*, 2004; Comas y Romaní, 2004; Berridge, 2008; Seddon, 2010, entre otros, así como la revista *The Social History of Alcohol and Drugs*.

salud física y moral de la humanidad” en cuatro “listas” de acuerdo a su peligrosidad. A excepción del uso experimental a cargo de las instituciones legítimas⁸, todas las conductas relacionadas con la droga, desde su cultivo, preparación, oferta, distribución, importación, y, por supuesto, su consumo, quedan relegados a *emplazamientos* clandestinos, *segregados* del espacio público dominante.

En el caso de la legislación española, la ley de Protección de la seguridad ciudadana incluye entre las “infracciones graves” el “consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos”, así como “la tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos”⁹. Por tanto, lejos de tratarse de heterotopías, los lugares de consumo de drogas se convierten necesariamente en *contra-emplazamientos*.

Vemos así cómo la ubicación y significación de cada uno de estos emplazamientos y su situación, más o menos periférica, sólo se entiende a partir de su relación con el espacio social normativo. Pero, siguiendo el principio de reflexividad propuesto por Foucault, los distintos modos e intensidades de ejercer el poder sobre las conductas y los cuerpos, de representar, administrar, prescribir o restringir cada sustancia, también se reflejará en la aparición de lugares de resistencia. A continuación, trataré de argumentar en qué espacio político dentro de este juego especular ubico las heterotopías que nos ocupan.

⁸ En el preámbulo de esta Convención, las partes reconocen “que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin”. Más adelante, en el apartado *b* del párrafo 5 del artículo 2, las sustancias incluidas en la lista IV quedan sometidas a fiscalización, “con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos con dichos estupefacientes que se realicen bajo la vigilancia y fiscalización de la Parte o estén sujetos a su vigilancia y fiscalización directas”. Valga puntualizar que la interpretación que se ha hecho del uso experimental no ha considerado exclusivamente una finalidad terapéutica, sino también militar y estratégica, como ocurrió con el Triángulo Dorado durante la Guerra de Vietnam (Escohotado, 2008:940–944), después de haber abandonado la CIA el uso de LSD como “droga de la verdad” e “incapacitante no letal” (Usó, 1996:236–237). “Hoy sabemos que el número de soldados y civiles usados inconscientemente como cobayas alcanza a decenas de miles de norteamericanos, y a un número indeterminable –pero superior– de laosianos, camboyanos y vietnamitas” (Escohotado, 2008:809).

⁹ Ley 1/1992 de 21 de febrero de 1992, artc. 25, l y 23, h, respectivamente (BOE núm. 46, 22 febrero 1992). Para una crítica del tratamiento jurídico de “las drogas” según el Derecho Penal español y una propuesta hacia la normalización, recomiendo el capítulo de los juristas De la Cuesta y Blanco (en Pantoja y Abeijón, 2003:19–42) y Arana (2012), que incluye un análisis del discurso sobre las sentencias de tráfico de drogas en el País Vasco en los años ochenta.

El espacio negativo: de la rebeldía a la exclusión.

En las sociedades tradicionales difícilmente existe un claro divorcio entre la policía que ejercen las instituciones y la autogestión de los miembros de la comunidad, en lo que se refiere al cuidado de sí y la regulación del uso de los placeres. Douglas señala que “en las sociedades reducidas en las que se da una relación de tipo personal y directo no puede existir una contradicción entre los significados personales y los públicos” (1988:22). Así, los cultos positivos y negativos que distingue Durkheim en la economía ritual son las dos caras de una misma moneda. Los primeros gestionan lo sagrado, delimitan el comportamiento normal y establecen las prescripciones (Durkheim, 2007:279 y ss.). Por un lado, el sistema ritual de los cultos positivos incluye ritos de comunión, que se celebran en lugares sagrados en los que con frecuencia se consumen sustancias psicoactivas, como peyote, mescalina, tabaco, alcohol, cáñamo, etc. Su uso forma parte de la liturgia para alterar el estado de conciencia del grupo y producir estados mentales que permiten asomarse a lo incognoscible del universo. Por otro lado, los ritos negativos son de evitación y de ascesis, de manera que, como si se tratase de un reflejo especular de los ritos positivos, invierten el sentido de éstos y, a menudo, les sirven de antesala. Es decir, los ritos negativos tienen la función de prevenir la mezcla de lo sagrado y lo profano, señalar los márgenes que no deben ser traspasados y establecer un conjunto de interdicciones o tabú, por las que el fiel debe abstenerse de adoptar ciertas conductas. Coincidiendo con Durkheim, Van Gennep señala que el rito negativo o “tabú no es autónomo; no existe más que en cuanto contrapartida de los ritos positivos” (2008:22).

Hay que reconocer que en las sociedades complejas resulta más difícil identificar este esquema de separación entre lo sagrado y lo profano, dado que su estructura no es tan orgánica, unívoca, ni unitaria como la de las sociedades tradicionales. Sin embargo, a distinta escala vemos cómo los sucesivos fenómenos de resistencia que asocia el consumo de drogas cumplen la misma función que los ritos negativos en el modelo anterior, en tanto que no se conciben si no es en relación a la norma. Es decir, siguen el “*principium divisionis*” que enuncia Pierre Bourdieu (1971:98–110) en su descripción de las relaciones espaciales de oposición entre el espacio doméstico femenino y el espacio urbano masculino. Como nos recuerda Honorio Velasco, se trata de “un procedimiento bien conocido en los sistema míticos rituales (lógicamente $a:a::b^1:b^2$, a es a b como b^1 es a b^2), por el cual una relación de oposición simultáneamente es una relación de unificación: nada se opone a otra cosa sin que a la vez esté indisolublemente unido a ella” (2007:392).

Las sociedades posindustriales son herederas de una sucesiva estratificación de diferentes formas de otorgar significado y ordenar el mundo por medio de sistemas religiosos o ideológicos. Cada una de estas formas de pensamiento asocia unos procesos rituales que reafirman un modo de organización social, y a su vez disponen un aparato policial para el control de las conductas susceptibles de entrañar un peligro. Pero la amalgama de cosmovisiones no está en equilibrio, como sí sucede, al menos en mayor medida, en el seno de las sociedades tradicionales. Cuando una de esas cosmovisiones logra ventaja para imponerse sobre las demás, pueden (re-)organizarse rituales que desafían el nuevo sistema hegemónico, pasando a funcionar como un negativo de la normatividad impuesta. Como consecuencia de esta dialéctica de poder, se produce una escisión en el corpus ritual propio de las sociedades “primitivas”, constituido por cultos positivos y negativos dentro de un mismo sistema de creencias¹⁰.

Como consecuencia de los procesos de persecución y represión de determinadas formas rituales que asocian el consumo de sustancias, se configuran formas de resistencia que invierten el sistema de prescripciones e interdicciones impuesto. Desde el punto de vista morfológico, las prácticas perseguidas podrían considerarse una forma de culto negativo en relación una gramática ritual que, aunque progresivamente pasará a ser hegemónica, no llegará a ser aceptada por determinados grupos sociales. Es decir, el culto negativo queda definido por su relación de oposición a la norma. Pero, muy al contrario de lo que sucedía en las sociedades tradicionales, en las sociedades complejas los cultos negativos son considerados por determinados grupos de poder una verdadera amenaza frente al orden social hegemónico, por lo que acaban siendo severamente reprimidos.

La ruptura de las regulaciones tradicionales durante el proceso de colonización, la política comercial anglo-francesa en la sociedad china del siglo XIX impuesta tras las Guerras del Opio, y la fiscalización instaurada por EE.UU. cuando Europa perdía sus últimas colonias, que cristalizará en un régimen fuertemente represivo, precipitan en el mundo contemporáneo una crisis universal, pero que debutará de diferente manera y tendrá su curso particular dentro de cada sociedad. Así, los

¹⁰ Así sucedió con el culto báquico en la Roma preclásica, que desde 186 a.C. fue declarada plaga moral y severamente perseguida por los cónsules Espurio Postumio y Quinto Marcio⁵⁴ (Escohotado, 2008:192); o más tarde con las ceremonias y los rituales paganos considerados por los inquisidores, tanto en el Nuevo Mundo como en Europa, actos de “herejía”, “brujería”, “misticismo heterodoxo” y “apostasía”, contra los que emprendió una “Cruzada” que tuvo su apogeo desde el siglo XVI⁵⁵ (Escohotado, 1994:55–61 y 2008:318).

cultos positivos son desacralizados por medio de una pérdida de sentido del ritual y de los valores que encierra. Paralelamente, con la violación del tabú y la profanación del uso sagrado de determinadas sustancias, quedan también anulados los ritos de evitación y ascetismo¹¹.

Así pues, es en esta “ruptura”, parafraseando a Robert Castel y Anne Coppel, que se produce cuando una sociedad es incapaz de adaptar sus sistemas de control tradicionales para gestionar el uso de sus productos, cuando el uso de drogas surge como un problema social a partir del siglo XIX dentro de las sociedades occidentales:

“Alors, la consommation se met à représenter à la fois un danger et une fascination: danger, parce qu’elle est *dérégulée*, qu’elle n’est plus inscrite dans des rituels collectifs ni commandée par les objectifs que la société reconnaît comme exprimant ses propres valeurs; fascination, parce qu’elle ouvre sur un mode de vie alternatif organisé autour d’un *autre* système de valeurs que celui du commun. Ces aspirations peuvent d’ailleurs se nommer de manières diverses, personnelles, esthétiques, religieuses, etc. Mais elles sont toujours *a-sociales* en ce sens qu’elles se construisent en dehors, à côté et souvent contre les valeurs sociales communément reçues.” (Castel y Coppel, 1991:238–239).

Es decir, el acto de consumir droga pasa a considerarse una conducta desviada, un proceso ritual negativo. Desobedeciendo el orden social cerrado y prohibicionista que se fraguará a lo largo del siglo XX, surgen movimientos sociales de resistencia asociados a unos valores y unas formas de vida que unas veces miran con indolencia la hipocresía de la sociedad burguesa, otras veces dirigen una enconada crítica a los abusos

¹¹ Profundizar en las causas que llevan a la prohibición de unas sustancias y no otras nos alejaría del esquema que desarrollo en este apartado, ya que resulta indispensable relacionar esta supuesta arbitrariedad con un abigarrado entramado de cuestiones de orden moral, geopolítico, económico, cultural, etc. Indudablemente, el estatus de legitimidad y la clasificación de los fármacos según su supuesta peligrosidad no responde a una racionalidad científica, a pesar de que los discursos hegemónicos se valgan de esa retórica para establecer sus mecanismos de control social. Un ejemplo habitual es el caso del tabaco y el alcohol, cuyo consumo asocia una tasa de morbimortalidad muy superior a la que se podría atribuir a cualquiera de las drogas ilegales. *Grosso modo*, se puede decir que la mayoría de los historiadores del tema, desde los más flemáticos a los más radicales, coincide en que son los sistemas morales, en los que será clave el ascetismo puritano, y la expansión del imperialismo capitalista en el mundo poscolonial, los que subyacen no sólo a las medidas represivas que se han aplicado a la distribución y el uso de determinadas sustancias psicoactivas, sino también al modo en que la sociedad y los Estados han gestionado el consecuente “problema de la droga”.

Para una síntesis de los acontecimientos históricos que precipitan en el concepto moderno de droga, distinguiendo entre narcóticos y medicamentos, ver: Romaní (2004) y Berridge (2010). En cuanto al juego de intereses y las circunstancias históricas que rodean el proceso de ilegalización farmacológica, recomiendo: Berridge y Edwards (1987), Musto (1987), Courtwright (2002) y Escohotado (2008), entre otros. Asimismo, con una visión liberal solidaria de la que ofrece este último autor, el antipsiquiatra Szasz (1990) argumenta mediante la teoría del chivo expiatorio el origen de una suerte de cruzada secularizada que servirá para legitimar moral, legal y científicamente el sistema prohibicionista.

de Occidente a los nuevos Estados independizados, y en ocasiones (sólo) pretenden dar un sentido más trascendente a la existencia humana.

Desde el romanticismo inglés hasta la década de los años veinte, el consumo de opiáceos deviene un rasgo de identidad subcultural (Berridge, 1988). En 1821, la primera publicación (anónima) del escrito autobiográfico de Thomas De Quincey *Confessions of an English Opium-Eater*, para fortuna de la *London Magazine*, causa sensación en el público. Aunque el autor relata tanto las virtudes como los demonios del opio, la obra se recibe como una peligrosa apología. Siendo acaso del mismo parecer, pero sin poner muchos reparos, algunos escritores ingleses, como Samuel Taylor Coleridge, Francis Thompson, William Blair y Branwell Brönte, no dudan probar en sus propias carnes los placeres del láudano (Berridge y Edwards, 1987:53; Lyon, 1969:178)¹². No obstante, para compensar la alabanza del opio que muchos veían en la obra, en la publicación del libro en 1822, De Quincey añade un apéndice para describir el síndrome de abstinencia, y, más tarde, en la edición revisada por el autor (1856), una versión más desapasionada, amplía las descripciones de los efectos negativos de la sustancia. No es de extrañar, por tanto, que la popularidad de *Confessions* se extienda entre los científicos, dada la escasa literatura médica sobre toxicología y adicciones en esa época (Lyon, 1969:93–95)¹³.

A propósito de esto, siguiendo con Escohotado, hay que tener en cuenta que el cambio de siglo coincide con el aislamiento de los principios activos de sustancias psicoactivas como el café (cafeína), el jugo de la adormidera (morfina, codeína, heroína), el peyote (mescalina) o las solanáceas (atropina) (*Ibid*, p. 421). Así, más allá del uso lúdico de las sustancias psicoactivas por la bohemia decimonónica, la fascinación ante los hallazgos farmacológicos llevará a científicos y pensadores a la

¹² Otros “hombres distinguidos por su talento” –en palabras del propio De Quincey– que sucumben a los efectos de la morfina son Poe, Shelley, Byron, Keats, Scott, Worthsworth, Goethe, Pushkin, Dostoyevski y Goya, si bien De Quincey también advierte la creciente afición al opio entre las clases bajas (Escohotado, 2008:547).

¹³ Para profundizar en la relación de los poetas románticos ingleses con el opio, ver Hayter (1968). Hay que decir que la influencia de De Quincey no se circunscribe a la insularidad británica, sino que cruza el Canal de La Mancha hasta penetrar en el ambiente literario parisino. Charles Baudelaire ofrece en *Les paradis artificiels* (1860) –una adaptación de *Confessions* y la posterior *Suspiria de Profundis* (1845) del mismo autor– una visión deliberadamente ensombrecida del hábito de consumir opio y hachís. Apelando con ironía a la moral cristiana contra el vicio, el texto no hace sino animar a los poetas a invocar la belleza en los fumadores de París. Dumas, Balzac, Hugo, Nerval, Baudelaire, Verlaine, Gautier, Rimbaud y Delacroix son algunos de los escritores y artistas que se reúnen en el famoso *Club des haschischiens* (*Ibid.*, p. 580), donde elevan el hachís a sustancia de culto. Ya en la España finisecular, un Valle-Inclán nostálgico de las costumbres simbolistas y seducido por el exotismo mexicano, glosará el “veneno verde” en el poema *La pipa de kif* (1919).

autoexperimentación¹⁴. Mientras, en el campo de la filosofía, Nietzsche desafía el racionalismo y la decadencia de la moral cristiana con su canto a la furia dionisiaca, e incluso escribe sobre su propia experiencia con el hachís en un texto publicado tardíamente (Nietzsche, 1988, *cit.* en *Ibid.*, p. 492). Su paisano Walter Benjamin también escribirá sobre sus ensayos con esta sustancia entre 1927 y 1934 (reunidos póstumamente por primera vez en *Über Haschisch*, 1972). Después de la II Guerra Mundial, Huxley, Jünger y Hofmann, entre otros científicos, seguirán este señuelo en la búsqueda del autoconocimiento mediante la exploración sensorial conforme se purifiquen sustancias alucinógenas como LSD, la harmina o DMT (*op. cit.*).

Si el siglo XIX eran los poetas románticos los que experimentaban con el opio de forma recreativa, a mediados del siglo XX tomará el relevo la generación *beatnik* con la heroína. Esta vez, con el permiso del poeta belga Henri Michaux –*Misérable miracle* (1956), *L'infini turbulent* (1957) y *Connaissance par les gouffres* (1961)–, son escritores estadounidenses, como Burroughs –*The naked lunch* (1959)–, Allen Ginsberg –*Howl* (1956)– y Jack Kerouac –*On the road* (1957)–, los que hallan en las drogas no solo un modo de estimular su imaginación literaria, sino también de diferenciar una identidad social y un estilo de vida. Los valores y la estética libertarios que abanderan la generación *beat* serán mitificados por la cultura de masas de la época y servirá de inspiración a los movimientos contraculturales de las dos décadas posteriores. Más tarde, en los años sesenta y setenta el movimiento hippie¹⁵ o las comunidades milenaristas pasan a experimentar con las drogas psiquedélicas. Victor Turner identifica la función de estos grupos sociales como la de la ‘*comunitas*’ que describe en las sociedades tradicionales.

¹⁴ Entre los incontables ensayos de este tipo, se puede destacar el caso de Sigmund Freud y el cirujano William Halsted con la cocaína (Markel, 2012:80 y ss.), el del farmacólogo Louis Lewin y el médico Kurt Beringer con la mescalina (Escotado, 2008:484–485), y el del doctor Giovanni Polli y un grupo de colegas italianos con el cannabis (Polli, 1860 y Verga, 1987, citado en *Ibid.*, p.592–593).

¹⁵ Dentro de estos movimientos contraculturales, el movimiento hippie aparece y se configura, como es sabido, en el contexto de la crisis social, moral y política que se desencadena en EE.UU. durante los años sesenta a consecuencia de la Guerra de Vietnam. A la vez que este movimiento juvenil lanza una protesta pacifista frente al conflicto bélico, el sistema de valores que proclama cuestiona las instituciones sociales convencionales y el control social que los Estados ejercen sobre los individuos. Así, muchos de los seguidores de esta corriente conviven en pequeñas comunidades autogestionadas, planteando una vuelta a las formas de vida de las sociedades precolombinas en armonía con la naturaleza, como un modelo de organización social alternativa al sistema capitalista. Igualmente, revalorizan ideas liberales respecto a la gestión del cuerpo por el propio individuo. Al tiempo que defienden la igualdad de derechos civiles y la libertad sexual, con la famosa invitación al amor libre, promueven la experimentación sensorial mediante el uso de sustancias capaces de alterar el estado de conciencia, facilitando la búsqueda de experiencias místicas.

Para este autor, durante el periodo liminar, en contraposición a la sociedad estructurada y jerarquizada, ese nuevo modelo social, la ‘comunitas’, surge “como un todo indiferenciado y homogéneo (...) [y no] segmentalizada en estatus y roles // se introduce por los intersticios de la estructura en el caso de la liminalidad: por los márgenes, en el de la marginalidad; y por debajo suyo, si se trata de la inferioridad” (*Ibid.*, pp. 181 y 134).

Estos movimientos incorporan el uso ritual de drogas (especialmente LSD y cannabis) como una forma de expresión de sus valores, de fomentar la cohesión social y una práctica de identidad colectiva, hasta llegar a convertirse en uno de los símbolos del hippismo. Pero además, siguiendo con el análisis topológico, el uso ritual de drogas se desplaza a vastos emplazamientos carnavalescos al aire libre, como el mítico festival de Woodstock celebrado en 1969, donde se amplifica la visibilidad política del movimiento. Hay que señalar que la expansión de los modelos de consumo de drogas asociados a este movimiento (un fenómeno de masas que se extiende primero desde la Costa Oeste de EE.UU. al resto de su geografía, para trasladarse rápidamente a otros países), facilitada por una construcción/desvirtuación mediática como una moda, trae consigo una frivolidad y pérdida de sentido de algunas de sus prácticas distintivas. Pero, al margen del inevitable debilitamiento de las connotaciones de tipo social, político y espiritual asociadas a los hábitos de estos grupos juveniles, el consumo de drogas que preconizan no deja de suponer un desafío a la expansión del prohibicionismo.

Si bien, como señala Escotado, la primera mitad de los años sesenta se caracteriza por un “discurso crítico contra la prohibición, tanto a nivel político y jurídico como sociológico y psiquiátrico” (2008:754), como se demuestra en la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961¹⁶, hay que tener presente que “este instrumento es el modelo de la orientación represivo-terapeutista que comienza a abrirse paso” (*Ibid.*, p.

¹⁶ En este texto, suscrito por setenta y cuatro países, la Oficina Federal de Estupefacientes hace una concesión especial al poder médico, comprometiéndose a perseguir el tráfico sin inmiscuirse en las tareas que le corresponden al estamento médico y científico. Así, en “el preámbulo [se] reconoce que «el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor», y [se] afirma que «se garantizará su disponibilidad»” (*Ibid.*, p. 747). Para una síntesis de las disposiciones que establecen las convenciones de las Naciones Unidas, y su influencia en la legislación penal de varios países de la Unión Europea, ver González (2000:193–204).

755)¹⁷. A pesar de tratarse de un instrumento que pretendía conciliar los distintos poderes en juego, la Convención sienta las bases que desestabilizarán la “paz farmacrática” que se mantenía desde finales de la Primera Guerra Mundial (*op. cit.*, p. 791). Como reacción frente a la supuesta desestabilización del orden social que supone el uso autogestionado de sustancias psicoactivas, el presidente Nixon recrudece la “guerra a la droga” y se firma el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1971, incluyéndose las anfetaminas, los barbitúricos y los alucinógenos en sus famosas Listas. Esta estrategia represora de asimilación de droga e insurgencia política proveniente de la izquierda, objetivados como elementos de peligro y amenaza al orden establecido, es secundada por algunos países europeos para sofocar el movimiento juvenil revolucionario de mayo del 68, endureciendo su legislación sobre drogas (Ralet, 2000:47). A partir de la década de los setenta, coincidiendo con la crisis política y económica de EE.UU. tras perder la Guerra de Vietnam, los contextos del uso de drogas se desplazan progresivamente de los espacios carnavalescos del Flower Power a *espacios privados*. Las sustancias psiquedélicas se sustituyen por narcóticos, y más concretamente la heroína, y empieza a extenderse la figura del yonqui en este país.

Centrándonos en el caso español, la obligada vinculación de los distintos Estados al orden jurídico establecido por los organismos supranacionales para la lucha contra el tráfico de drogas, se traduce en la adhesión del Estado español al citado Convenio Único de Viena en el año 1967, con el consiguiente refuerzo del aparato policial y administrativo. En consecuencia, se produce una activación de diversos mecanismos que, como recuerda Romaní, pone en evidencia “las estrechas relaciones de aprendizaje y colaboración que desde el primer momento se establecieron con instituciones análogas de Estados Unidos” (2010:92)¹⁸. Ese mismo año, la heroína hace su entrada en la escena social española.

En el contexto sociocultural del tardofranquismo, los primeros consumidores de heroína “procedían de las filas contraculturales y pertenecían a capas altas de la sociedad (...) Ante el *impasse* de la

¹⁷ Siguiendo a este autor, dicha Convención introduce el arbitrario sistema taxonómico de las sustancias objeto de fiscalización (añadiéndose más de noventa a las que ya lo estaban), reunidas en cuatro Listas. En la última, “sometida a un control extraordinario”, se incluye la heroína junto al «*Cannabis* y su resina», siendo considerados dos «estupefacientes especialmente peligrosos» (*Ibid.*, p. 757).

¹⁸ Sin dilación, se pone en funcionamiento una Brigada Especial de Investigación de Estupefacientes de la policía, y en 1973, aparecen grupos especializados contra el narcotráfico dentro del cuerpo de la Guardia Civil, arbitrados por la Dirección General de Seguridad del Ministerio del Interior (*Ibid.*, p. 92).

pretendida revolución psiquedélica veían en la heroína una especie de recurso a la imaginación y un vehículo para escapar a la insuficiencia, la parca felicidad de la vida” (Usó, 1996:307). Sin embargo, estos modelos contestatarios de consumo darán paso a otras formas de consumo que descienden de estrato social. Con Romaní (1982) y Del Olmo (1987), en la década de los setenta, el modelo represivo estadounidense acabará por importarse a España y algunos países latinoamericanos, donde hasta entonces no se conocía el denominado “problema de la droga”. Así, si el modelo norteamericano de control social simboliza la droga como una sustancia alienante de la voluntad humana y con gran capacidad destructiva del entorno social de los usuarios, y se ceba con “una serie de sectores sociales problemáticos o diferentes de los rigores del código penal”, en los nuevos escenarios donde penetraban las formas modernas de uso de drogas “se impuso (...) una alarma social y la creación de una «respuesta» policial a imagen y semejanza de la de los EE.UU.” (Romaní, 1992:265).

A nivel internacional, las medidas represoras contra la droga, que no dejan de reforzarse durante la guerra fría, se institucionalizan con la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1988. A partir de esta Convención, se explicita que el propósito es “perfeccionar los elementos represivos existentes e introducir otros nuevos para cubrir ámbitos hasta ese momento presuntamente impunes” (Díez Ripollés, 1992, *cit.* en González, 2000:194). En este contexto represivo y prohibicionista, la macabra ecuación de criminalización-uso de drogas perfila un horizonte cada vez más sórdido. Pero el recrudecimiento de la persecución y represión sólo contribuye a intensificar el grado de violencia material y simbólica que rodea el universo de la droga. Aplicando el teorema de Thomas (“si los individuos definen una situación como real, esa situación es real en sus consecuencias”), que llevará a Robert K. Merton a desarrollar tres décadas más tarde el concepto de “profecía autocumplida” en *Social Theory and Social Structure* (1949, ed. rev. 1957), la estrategia política con la que se pretende evitar el peligro y proteger la salud mundial, no sólo construye el “problema de la droga”, sino que éste deviene un problema con eficacia real, que a su vez genera una reacción contra el consumo de drogas aún

mayor, en un círculo vicioso¹⁹. De forma paradójica, se produce un ciclo perverso que, más allá de justificar la existencia de aquellos primeros movimientos contraculturales supuestamente desestabilizadores, con la intensificación de las medidas represivas en pro de la seguridad ciudadana, propicia la organización en paralelo de todo un sistema jerarquizado que queda al margen de lo normativo, pero se articula y entra en connivencia con el poder hegemónico. Así pues, como ocurría en los cultos de las sociedades tradicionales, también las complejas formaciones negativas de la modernidad serán más que necesarias para el mantenimiento de un *statu quo*.

¹⁹ A lo largo de la historia vemos varios ejemplos, como la peste dionisiaca [que] duró exactamente tanto como su persecución” por el cónsul Espurio Postumio en el 186 a.C. y que “cesó cuando Baco fue asimilado de modo oficial a Líber, el viejo dios romano” (Escotado, 1994:23). En su monumental obra *Historia general de las drogas*, este mismo autor expone más ampliamente su tesis de la “cruzada de las drogas”, argumentando cómo mediante el sacrificio ritual de los chivos expiatorios se produce una perversa retroalimentación del sistema moral represivo, como en el resto de “pestes morales” que se han combatido a lo largo de la historia (Escotado, 2008:1131–1136).

CAPÍTULO 5. El surgimiento de la figura yonqui.

En la España de principios de los años ochenta, el uso endovenoso de heroína, como el de otras sustancias ilegales, deja atrás su valor contestatario. Siguiendo a Usó, no sólo “las nuevas hornadas de jóvenes, sino también (...) muchos de los que, hasta la muerte de Franco, habían estado entregados en cuerpo y alma a la lucha política”, pasan a significar el consumo de drogas como un “hábito consumista”:

“Había que gozar con todo lo que había estado prohibido (drogas, algunas formas de sexualidad, ciertas fiestas, la libertad de expresarse y manifestarse, etcétera). La euforia disparó los niveles de consumo de drogas, al tiempo que se propiciaba y generaba una imagen cultural positiva de las mismas. Las drogas habían dejado de ser vehículos, es decir, meros medios, para convertirse en fines” (Usó, 1996:287-288).

Este momento histórico coincide no sólo con la Transición democrática, sino también con el rechazo y desgaste social que trae consigo la aplicación en el año 1982 de las políticas de ajuste de la crisis económica de los setenta (Fuentes, 1988:2). En este contexto social y político, el ritual negativo del “pico” se desplaza de los escenarios de rebeldía ilustrada a los *espacios urbanos periféricos*, pasando a inscribirse como una práctica *a-social*, en el sentido de negatividad que plantean Castel y Copper, citados más arriba. Desde finales de los setenta, el uso de heroína se extiende a grupos de jóvenes de clases sociales medias y bajas (Gamella, 1990 y Usó, 1996); durante la primera mitad de la década siguiente pasan a incorporarse a la escena de la droga “individuos provenientes de sectores marginales de la sociedad, entre otras cosas, por su atracción como mercado fuera de la ley ya constituido –una de las escasas alternativas sociales de las que disponen para situarse socialmente, y en el que ellos ni aunque sea como peones, pueden moverse con facilidad” (Romaní, 2010). Con Usó,

“Tras meses de crecimiento gradual, entre 1979 y 1982 se produjo una expansión masiva, casi epidémica, del uso endovenoso de heroína en España. Esta crisis afectó inicialmente a varones jóvenes, residentes en zonas urbanas, de capas medias y trabajadoras, de bajo nivel adquisitivo, aunque integradas socialmente y con una actividad laboral normalizada. La heroínomanía se agudizó, sin embargo, entre jóvenes proletarios y subproletarios con problemas laborales y educativos (...) Surgió como nueva identidad la del *yonqui*, un estereotipo que ya no tenía nada que ver con el patrón del adicto conocido hasta la fecha, dando origen a un proceso irreversible de marginación ocupacional, educativa, política e, incluso física, en todo un sector juvenil” (Usó, 1996:330).

Esta “expansión masiva de la toxicomanía callejera” estará, por tanto, protagonizada por un nuevo perfil del “heroinómano”, o “politoxicómano” (Gamella, 1990:xxiii), al tiempo que el uso de heroína será codificado como un rasgo de identidad subcultural en estos grupos marginales (Romaní, 2010). Los escenarios de la droga quedan regulados exclusivamente por las leyes del lumpen, que se fraguan al abrigo del marco legal represivo. El aparato blindado que monopoliza el acceso a la droga y la economía depredadora del mercado negro marcará el estilo de vida de los usuarios. Los que persisten en el consumo de drogas se ven obligados a desarrollar estrategias de adaptación, con tal de poder costear su dosis diaria, que ponen en riesgo el vínculo social. Sin llegar a tener una conciencia plena, se desencadena un proceso en cascada que irá debilitando sus lazos sociales conforme avance la precarización de sus vidas¹ que, en la mayoría de los casos, se ve precipitada cuando entran conflicto con el aparato policial y jurídico.

En consecuencia, la delincuencia será la que reifique la figura en negativo de estos nuevos “outsiders”, en un plano tanto simbólico como efectivo. Durante el primer lustro de los años ochenta, se despierta una fuerte alarma social en torno la droga, entrando en juego una crisis de “inseguridad ciudadana” aparentemente motivada por una frecuencia inusitada de atracos a bancos y asaltos a farmacias², que será potenciada por algunos sectores políticos adversos al reciente gobierno socialista (Romaní, 2004:105). A su vez, los medios de comunicación de masas, con los que se intenta dirigir y modular la opinión pública al servicio de un conjunto de intereses políticos y económicos, contribuyen a amplificar la alarma social. Como consecuencia de este proceso de construcción simbólica y gestión política del problema de la droga, tanto en su dimensión fáctica –con una creciente criminalización y aún tímida medicalización– como también mediática (Romaní, 1992:26), se forja la

¹ A menudo, en sus narrativas, los sujetos de mi investigación etnográfica en el centro identificaban el inicio del proceso de ruptura del vínculo social con las primeras mentiras a los padres, a la pareja o a los amigos. Me resultaba sobrecogedor que manifestasen abiertamente su sentimiento de culpa, profundo e imborrable, por haber traicionado reiteradamente a sus seres queridos y haber causado daño a desconocidos con tal de asegurarse su próximo pico, sintiéndose “obligados a delinquir sin ser delincuentes”.

² Gamella apunta que en el año 1984 llegan a registrarse 6239 atracos a bancos en España, batiendo el récord internacional (*Ibid.*, pp. 18). Respecto a los asaltos a farmacias, en una edición posterior el antropólogo nos recuerda que “de cinco robos a farmacias registrados en toda España durante 1975 se pasó a 1900 robos y atracos a farmacias en 1979 (...), un incremento superior a treinta mil por cien”. (Gamella, 2003:24).

representación social del yonqui³, o más concretamente, del “drogadicto” (Romaní, 2010:85). Esta suerte de binomio ‘usuario de heroína inyectada-delincuente’, que exhibe unas conductas antes inusitadas en la sociedad española, será la figura que encarne una nueva peligrosidad en la sociedad española:

“Dicha figura no se referirá a todos los consumidores de heroína ni a todos los drogodependientes que pudieran tener la heroína como droga-eje de sus consumos, sino a un cierto tipo de joven urbano que aparece como no normativo, de aspecto desaliñado, “extraño”. Tendrá la paradójica ambigüedad de todo estereotipo, pero incluye dos referencias principales: una correspondería al “freak” de otras sociedades urbanas contemporáneas, que puede (...) estar más o menos involucrado en distintos movimientos de tipo contracultural; mientras que la otra (...) se caracterizaría específicamente por referirse a jóvenes urbanos de sectores populares, en muchos casos con experiencias familiares más o menos conflictivas, fracaso escolar, no inserción laboral, involucrados con cierta regularidad en actividades delincuenciales o similares, con contactos tempranos con distintas drogas y adquisición de la vía endovenosa como técnica de uso para muchas de ellas. La mayoría acabarán teniendo los opiáceos como droga-eje de sus policonsumos, en los que persistirán —a pesar de todos los problemas físicos, relacionales y legales que les comporta— como elemento clave de un estilo de vida que, en el contexto en que les tocó vivir, resultó ser muy patologizante para ellos, tanto desde el punto de vista sanitario como social; aunque la mayor parte de las veces, a su pesar, desempeñaron con mucha eficacia el rol social del chivo expiatorio”. (Romaní, 2010:85).

Así pues, los usuarios de drogas que mantengan el consumo se verán condenados a seguir una “carrera toxicómana” marcada por el estatus legal y simbólico de la droga y la exclusión social⁴. Reconociendo la crítica de Castel a la vaguedad de esta última noción, que ha devenido un lugar común, hay que destacar que este estado de negatividad respecto al orden social dominante sólo tiene sentido si se entiende a partir de las “trayectorias” estigmatizantes de los sujetos excluidos:

“La exclusión social [comúnmente] se da como el estado de todos los que se encuentran por fuera de los circuitos activos de intercambios sociales” [pero] “(...) habría que agregar que estos “estados” no contienen su sentido en sí mismos. Son

³ Algunas de las investigaciones que analizan el discurso social promovido en los medios de comunicación sobre las drogas en España y cómo ha contribuido a reificar la sustancia y estigmatizar a los usuarios en el imaginario colectivo son, siguiendo el orden cronológico de publicación: Mendoza *et al.*, 1978; la serie de monografías de la revista *Comunidad y drogas* del Ministerio de Sanidad y Consumo (García *et al.*, 1987; Prieto, 1987; Costa *et al.*, 1988 y 1989; VV.AA. 1991), Sánchez y Ongil, 1989; Frojan *et al.*, 1994; Megías, 1996; Vega, 1996; Usó, 1996; Martínez, 2000; Rekalde y Romaní, 2002; y Pantoja y Abeijón, 2004, entre otras.

⁴ Entre los autores más destacados que han abordado la progresión de las carreras “toxicómanas” de los jóvenes españoles, prestando atención a la desestructuración familiar y social, con una metodología que a veces incorpora el punto de vista del actor, ver: Funes y Romaní (1985), Gamella (1990), Valverde (1996), estando el primero y el último orientados a la intervención social.

el resultado de diferentes *trayectorias* que los marcan. Efectivamente, no nacemos excluidos, no fuimos siempre excluidos, a menos que se trate de un caso muy particular” (Castel, 2004:23).

Si bien la alarma social que despierta la figura del yonqui en los años de la epidemia de heroína se va atemperando, hay que decir que la problematización de la droga, especialmente en su dimensión jurídica, seguirá recrudeciéndose a principios de los noventa. Valga recordar la promulgación de la Ley sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, más conocida como “Ley Corcuera”, que no sólo castiga la tenencia de drogas y su consumo en lugares públicos, sino que permite registros domiciliarios sin orden judicial. Esta controvertida ley “suponía una adaptación a los nuevos tiempos democráticos del viejo espíritu que inspiró la Ley de Vagos y Maleantes y la posterior de Peligrosidad Social” de 1933 (Usó, 1996:303). Por otro lado, la reforma del Código Penal en 1996 no supondrá un cambio hacia la despenalización del uso de drogas (Romaní, 2010).

El particularismo del *esperpento* yonqui.

“¿Hallaremos quizá la explicación última [a la difícil universalidad española] en el espíritu autocrítico tan desenfrenado –estimulante fermento interno, desconcertante para quienes lo ven desde fuera– que caracteriza todo lo español; en la acedia, la aspereza con que los españoles juzgan o más bien triturar, a veces, los valores propios, con una violencia, una crueldad de la que es difícil encontrar equivalente en otras literaturas?”

Guillermo de Torre
La difícil universalidad española (1965:12)

En la citada obra *La historia de Julián*, Gamella destaca el particularismo de las figuras que protagonizaron la epidemia de heroína desde 1979, cuando cambia el estereotipo de usuario y el modo de consumo de opiáceos en nuestro país: “el perfil del dependiente de esas sustancias [heroína y cocaína] ha presentado en otras culturas u otros momentos históricos unas características diametralmente opuestas a las de nuestros ‘yonkis’.” (2001:21). No obstante, el antropólogo reconoce seguidamente que:

“(…) salta a la vista en el relato que esos nuevos toxicómanos que aparecen retratados en su obra asimilaron un modelo preexistente de abuso y dependencia de drogas al que adaptaron sus experiencias y sus expectativas. Ni las prácticas, ni las expectativas, ni siquiera el lenguaje de los nuevos «tóxicos» españoles fue inventando en nuestro país. El modelo de abuso de la heroína por vía endovenosa no es un modelo autóctono, sino una importación o difusión de un previo modelo

americano”. (En una nota a pie de página, el autor agrega: “Esto es así hoy no sólo en España, Alemania e Italia, sino en países angloparlantes como Gran Bretaña o Australia”). (*Ibid.*, pp. 21 y 22).

No se trata aquí de proyectar una imagen culturalista, o peor aún, una caricaturización de los usuarios de heroína en nuestro contexto geográfico, incluyendo a los sujetos de mi investigación etnográfica. La industrialización, la solidificación de la democracia constitucional y el fenómeno de globalización al que ningún rincón del planeta puede ya escapar, han supuesto cambios estructurales en la sociedad española que alejan la realidad contemporánea de aquella imagen costumbrista de pandereta⁵. Como ya he referido, el fenómeno de consumo de drogas ilegales en nuestro país emerge profundamente imbricado en la transformación social y política que acontece durante los últimos años de Dictadura y, más extendidamente a partir de la Transición (1975–1982) y el periodo de consolidación democrática.

Pero, junto a estos acontecimientos (y precisamente en estrecha relación causal con ellos), como sucede en todo contexto cultural concreto, encontramos rasgos culturales particulares que, a la manera de Franz Boas, hunden sus raíces en la mentalidad forjada a través de la historia. Así, por ejemplo, vemos manifestarse el sistema moral hegemónico de la sociedad española en la (in-)capacidad de reacción de las administraciones públicas frente a epidemia de heroína y, más tarde, de sida. Sin bien no se trata de males endémicos, la demora con que llegan las medidas respecto a algunos países de nuestro entorno contribuye a recrudecer la tasa de morbilidad y mortalidad entre los inyectores, así como a mantener la alarma social, encarnizándose la demonización del colectivo de usuarios.

Tal vez por el sistema de valores heredado del catolicismo, la imagen denostada del yonqui haya sido más pronunciada aquí que en otros países, al tiempo que ha devenido un figura mestiza, en la que la perversión o el vicio se mezclaba con la picaresca típica española, asimilándose el drogadicto al rol de delincuente callejero, como señalaba Romani. Es ahí donde encontramos un paralelismo entre la cultura

⁵ Todavía hoy permanece el poso de la representación estereotipada de lo español que el movimiento romántico nacionalista exportó al resto de Europa, cuando antropólogos, viajeros, escritores y músicos nostálgicos volvieron la mirada de África a la piel de toro en busca del recuerdo viviente de un pasado exótico, oriental, pintoresco y primitivo. Acaso lo más preocupante sea encontrar dicha representación en el propio país, proyectada desde las regiones más favorecidas históricamente por la industrialización hacia las de tradición (o explotación) latifundista, de acuerdo a una dialéctica nacionalista que no deja de denotar un racismo cultural y fomentar la ya existente desigualdad territorial de recursos y oportunidades en el conjunto de la ciudadanía.

popular que alimenta el esperpento y nuestros yonquis de entonces, por lo general “quinquis”, aunque estos últimos pronto pasaron a encarnar un peligro mayor. Si se me permite una reflexión desde la antropología encarnada, puesto que mi generación creció con el consabido problema de la droga y la epidemia de sida, puedo atestiguar que los “drogadictos” pronto se convirtieron en la figura metonímica de los “sidosos”, pasando a representar una especie de ‘coco’, con sus letales agujones siempre a punto para atacar al más desprevenido y una ubicuidad que los convertía en seres casi más temibles que los terroristas etarras. Sobre la maldad atribuida a la figura del yonqui se contaban las historias más inverosímiles en el patio del colegio –¿acaso existe un amplificador mejor del miedo colectivo?– por lo que más valía cambiarse de acera si alguien con “mala pinta” se cruzaba en tu camino. Sin embargo, ¿quién no contaba entre sus familiares, vecinos o conocidos algún usuario de drogas? Desde luego en mi caso los hubo, y ambos con un trágico desenlace. Al fin y al cabo, en la cultura española la violencia es objeto de una celebración ritualizada, como ocurre con las fiestas taurinas en sus distintas expresiones, una crueldad que también se refleja en la literatura, véase la sátira del esperpento o *El Quijote* (que tanto molesta a Nietzsche), por no hablar de la poesía quevedesca. Y más allá de la representación, no está de más recordar el episodio de la Guerra Civil que aún late en nuestras entrañas.

Progresivamente, conforme surten eficacia las medidas biopolíticas frente a la “drogodependencia” y la epidemia de sida, el usuario de opiáceos quedará desplazado como objeto prioritario de control, aunque difícilmente logra abandonar su estatus de anormalidad y de exclusión social. El yonqui, a pesar de que no llega a extinguirse, ya no es una figura que despierta miedo, sino que deviene un mero residuo social, un “desperdicio” (Bauman, 2005) que, no obstante a su función parasitaria del sistema, cumple una función ejemplarizante, precisamente mediada por su estigmatización social. Así pues, la denostada representación social del yonqui, que asocia una imagen corporal deteriorada y unos hábitos que remiten a la contaminación, a lo sucio e indigno, resulta más eficaz que cualquier campaña de prevención del uso de drogas por vía intravenosa para los jóvenes desde la década de los años noventa, los cuales prefieren “cristalinas” sustancias de diseño en pastillas. Así por ejemplo, en su estudio sobre el uso de drogas de síntesis a mediados de los noventa, Nuria Romo recoge el testimonio de algunos adolescentes donde se perfila la representación social del yonqui en esa generación. Si bien los discursos no siempre coinciden con las prácticas (según la autora, un cuarto de la población de usuarios de éxtasis entrevistados habían usado alguna vez heroína, aunque generalmente fumada o en

comprimidos), “Para la mayoría, el consumo de heroína es el más denostado de las distintas formas de uso de drogas que se producen en «la fiesta»” (Romo, 2001:150). He aquí un par de fragmentos de las entrevistas a dos usuarias de éxtasis (*Ibid.*, p. 150–151):

¿La heroína la has probado?

Qué va, ni quiero,

¿Por qué?

Qué va. Eso es caer bajo. La heroína es caer bajo (...) Dicen que es como un, como un orgasmo en el estómago y en todo tu cuerpo ¿Sabes? Pero luego, qué va... Y a los cinco minutos necesitas más, y luego más, y luego más. ¡Qué va tío! Y para estar todo el día tirada por ahí. Yo lo veo bajo.

¿Qué opinión tienes de los jonkies?

Los jonkys. Mira, ahí pasa uno. Pues que na, que son asquerosos vaya, repugnantes. Los jonkys es que se les queda hasta la cara de jonkys. Sabes perfectamente cuándo una persona es jonky o no. (...) Su cara, sus ojos, la forma de andar siempre y..., todo.

(Blanca, 1976)

¿Te la han ofrecido alguna vez?

No. Yo es que... yo he tenido un amigo que me ha dicho que la ha aprobado y no le he vuelto a hablar (...) Lo mandé a tomar por culo porque una persona que baja el nivel para meterse heroína... Yo, la droga... yo quería experimentar, y las drogas que quería probar eran el speed, el “éxtasis” y el tripi. (...) Pero la heroína ya super fuerte (...). Para mí un jonky sólo quiere pensar: “heroína”...”.

(Joanna, 1975)

Vemos así cómo emerge en el discurso popular una representación social devaluadora del colectivo yonqui, cuya corporalidad adquiere una imagen depravada y deshumanizada, que no dista mucho de la que describe Richard Huggins referido al mundo anglosajón en su estudio sobre las representaciones del uso de drogas y la drogadicción en la prensa y las campañas policiales para la seguridad ciudadana: “The body of the drug addict –through popular representations– becomes a spectacle of the grotesque, in virtue of embodying decay, decadence, physical weakness, and perhaps the moral panic of a sober, silencing majority, rather than an individual’s self” (2006:165). Así, del mismo modo que cabe reconocer la idiosincrasia de nuestros yonquis y su representación en el imaginario de la sociedad española, no es menos cierto que esta mirada denostadora del cuerpo yonqui, en última instancia, proviene de la construcción política de la guerra a la droga que se ha exportado desde el epicentro del mundo poscapitalista a través del cine, la música y los medios de comunicación a los escenarios locales de los países industrializados, hasta metabolizarse en sus propias mitologías y mecanismos de control.

CAPÍTULO 6. La biopolítica de la anormalidad yonqui.

Desde una perspectiva cronológica lineal o, si se quiere, biográfica de acuerdo a las carreras de muchos usuarios, he descrito un primer juego de reflejos en el sistema de imágenes del cuerpo yonqui que surge en relación al espacio público dominante, que opera plásticamente una deformación grotesca en la economía somática de este colectivo. Podría decirse, pues, que estas figuras sociales han sido gestadas en el seno negativo o en la sombra del sistema social hegemónico, como un reflejo encarnado que producen los espejos deformados de un sistema estanco y aberrante. Pero si he tratado de sintetizar el recorrido espacial que ha seguido el control del uso de drogas hasta un momento histórico, ha sido para señalar la problematización de los estados liminares y el proceso paralelo de subjetivación por los aparatos de poder. Así pues, el esperpento yonqui quedará configurado por un cruce de reflejos del afuera y de la biopolítica prohibicionista, como una manifestación de una mecánica grotesca o “ubuesca” del poder (Foucault, 2001:23). Es decir, el esperpento también será producido por los discursos de poder y el saber experto, una vez el cuerpo de los usuarios se convierta en objeto de su mirada y se activen los mecanismos de control y domesticación de la bestia. Se trata, pues, de una figura social que responde a una “estética *sistemáticamente* deformada”, tal como anunciaba Max Estrella a propósito de la España negra. En este capítulo me centraré en los mecanismos de poder que se ejercen sobre el cuerpo yonqui, así como del engranaje de estos en los procesos de construcción social y política del colectivo de usuarios.

Siguiendo con Foucault (2010), para la problematización de las conductas y los cuerpos desviados de la norma se hace necesario enunciar, sustantivar y encontrar las *palabras* para las *cosas* de acuerdo a una racionalidad. Como veremos con más detenimiento, mientras que el poder jurídico marcará el *habitus* de los usuarios de drogas que pasen por prisión (e incluso de muchos que no lleguen a hacerlo), el segundo clasificará a estos sujetos, proyectando en las descripciones clínicas y farmacológicas de los textos científicos el conjunto de rasgos somáticos y el patrón de conducta que perfilan la figura del yonqui en el imaginario colectivo; a saber, la delgadez extrema, la *facies* hipocrática o la desexualización del cuerpo, especialmente el femenino, así como la búsqueda enajenada de la sustancia, la mentira y, por supuesto, la delincuencia. Es así como el retrato social del ser-yonqui queda naturalizado, sin cuestionar lo que esta figura esperpéntica tiene de circunstancial. Asimismo, el discurso médico contribuye a la “hipercorporalización” de los usuarios de drogas, como apunta Lorenzo

Llamas acerca de la cuestión del cuerpo de los homosexuales en la epidemia de sida. Según este autor, se trata de una estrategia de dominación de los grupos sociales desviados de la norma, a partir de la cual quedan sometidos a unos “principios de sujeción” que les llevará a “ser más cuerpo” que otros, no “necesariamente [como] una cuestión de «volumen», sino de «esencia» (Llamas, 1995: 153).

En correspondencia con esta mecánica de estigmatización del cuerpo, cabe situar la tesis de la de-generación de los yonquis que anunciaba antes, y que es extensible a todos los sujetos que representan un peligro social por sus prácticas corporales y sus conductas del exceso. De hecho, la degeneración, junto a otras nociones como la perversión, la rabia maníaca, el salvajismo o el barbarismo, servirán a la psiquiatría, la medicina y la antropología para hallar en el exceso “the more *animal* aspects of man: gruttony, lechery, violence, rage, agitation, and the abuse of alcohol and narcotics”, que tendrán su correlato en las nosografías psiquiátricas (Comelles, 2011:179). Así, la tesis de la degeneración la encontramos tal cual recogida por el doctor Bénédict A. Morel en su *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladiées* (1857), bajo la influencia del evolucionismo darwiniano. Si en las representaciones sociales del esperpento yonqui observamos una tendencia somaticista a la animalización del sujeto, especialmente en relación al síndrome de abstinencia por el que se anula la voluntad, el control de sí y se pone en riesgo el vínculo social –un recurso, por cierto, que también encontramos en los personajes de Valle-Inclán¹–, en dicho tratado de psiquiatría, Morel define la “dégénérescence” como una “déviation malade du type normal de l'humanité (...) Elle est le résultat d'une influence morbide, soit de l'ordre physique, soit de l'ordre moral” (*cit.* en Fainzang, 1996:66)². Asimismo, ya en la era posmoderna

¹ “A veces, lo guiñolesco se superpone a lo personal y los hombres son vistos como fantoches (...) Otras, lo humano es comparado a lo animal (...) o, viceversa, lo animal aparece humanizado”. (Zamora, 2007:24). Sobre la influencia del degeneracionismo en la literatura finisecular española, ver Litvak, 1990 (*cit.* en Campos, 1999:200).

² A modo de apunte histórico, conviene decir que la teoría de la degeneración será bienvenida no sólo por los alienistas franceses (siendo más tarde reformulada por Valentin Magnan y Paul M. Legrain, 1895), sino en gran parte de Europa. Así, el médico y criminólogo Cesare Lombroso, en su *Tratado Antropológico Experimental del Hombre Delincuente* (1876) interpretará esta teoría a la luz de la escuela positivista italiana, fundando así la llamada Antropología Criminal. En España, el degeneracionismo llega en una época de crisis social y preocupación por la delincuencia, como ocurrirá casi un siglo más tarde con la epidemia de heroína, por lo que será bien acogido tanto por los médicos higienistas como por los psiquiatras (p. ej., Dolsa i Ramón, 1875; Ots y Esquerdo, 1897; Bonafonte, 1990; Galcerán y Granés (1900), etc.). Si bien inicialmente los alienistas encuentran una mayor aplicación de esta teoría en el peritaje en los tribunales que en la práctica clínica, más adelante será ahí donde reorienten su interés, dejando los aspectos sociológicos a sus colegas higienistas (ver Campos, 1999a).

las tecnologías del poder médico contribuirán a difundir la representación de la de-generación del yonqui a través de una iconografía en muchas campañas sanitarias abstencionistas que muestra cuerpos de usuarios de drogas con un aspecto casi cadavérico³.

Según Eduardo Menéndez, los “procesos de salud/enfermedad/atención” han estado sujetos a un control social e ideológico en diferentes sociedades y periodos históricos. Para el antropólogo, este fenómeno se generaliza cuando se da la siguiente tríada:

“la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas, el desarrollo de comportamientos que requieren ser estigmatizados y/o controlados y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socioideológicos” (Menéndez, 2002:312).

El fenómeno de droga podría considerarse un buen ejemplo, en tanto que reúne los tres requisitos: a) el padecimiento asociado a los estilos de vida de los usuarios de drogas se ha simbolizado negativamente, b) el uso de drogas se ha categorizado desde los discursos de poder como un comportamiento desviado, y c) se ha desplegado una red asistencial en el campo institucional que gestiona los problemas de la droga en un plano efectivo a la vez que ideológico.

Como señala Michel de Certeau “las estrategias militares o científicas siempre se han iniciado gracias a la constitución de campos “propios” (...) Dicho de otra forma, *un poder es la condición previa del conocimiento*, y no sólo su efecto o su atributo” (2000:43; el énfasis es mío). Por su parte, el también filósofo Henri Lefebvre, afirma que “l’espace sert et (...) l’hégémonie s’exerce par le moyen de l’espace en constituant par une logique sous-jacente, par l’emploi du *savoir* et des *techniques*, un «système»” (2000:18; la cursiva es mía). En este capítulo trataré de argumentar cómo el fenómeno de la droga ha condensado en tan sólo unas décadas un conjunto de discursos articulados por una constelación de poderes que se ejercerán sobre el espacio social, pero también sobre el espacio corporal y subjetivo. Ya hemos visto cómo el paradigma prohibicionista impone medidas de fiscalización y criminalización del uso

³ En contraposición, aunque ya me he referido a las representaciones de los usuarios de drogas en el discurso científico de las ciencias sociales, conviene recalcar su contribución a la humanización de este colectivo. Así, desde finales de los años sesenta, muchas de las etnografías estadounidenses pondrán en evidencia que, lejos de la degeneración moral de los yonquis en el imaginario colectivo y los discursos de poder, los usuarios de heroína se rigen por unos códigos éticos dentro de su subcultura (ver, p. ej., Preble y Casey, 1969; Ashley, 1972; Waldorf, 1973; Reese, 1975; Bullington, 1977; Hughes, 1977; Coombs, 1981; Rosenbaum, 1981 y 1981a; Zinberg, 1984; Hanson *et al.*, 1985; y Faupel, 1987).

de drogas. Ahora me centraré en la gestión de lo liminar y fronterizo por medio de la matriz biopolítica entretejida por el poder jurídico y el poder médico, aunque con especial énfasis en este último.

Así pues, a continuación trataré de analizar cómo el saber médico ejercerá un rol fundamental en la biopolítica de la droga, enunciando formaciones y prácticas discursivas que, en diálogo con el aparato legal, orientarán la gestión del espacio simbólico y efectivo. Pero simultáneamente, este ejercicio biopolítico se acompañará de una polifonía de discursos que se yuxtaponen y contaminan. A su vez, a partir de los procesos comunicativos y disciplinarios entre los usuarios de drogas y los expertos dentro del espacio institucional, significantes y significados de la calle se mezclarán con las categorías clínicas en un pastiche semiótico, donde las representaciones del dominio normativo y del dominio yonqui se alimentarán mutuamente. Este proceso de síntesis, regenerativo y amplificador de los discursos constituirá un fenómeno performativo, con eficacia para estructurar y resignificar los modos de experiencia y las prácticas corporales individuales y colectivas.

La mirada médica de los usos de drogas: localizaciones y desplazamientos.

–Después de todo, doctor –le dijo a su colega–, es una cuestión moral. Este hombre debía haber pensado a lo que se exponía antes de drogarse.

–Sí, es una cuestión moral, pero también es una cuestión médica. Este hombre está enfermo. Se volvió a una enfermera y le pidió una dosis de morfina.

William Burroughs
Yonqui (1953)

Una historia moral acelerada corre por sus venas. Los cuerpos de los yonquis condensan tres siglos del proceso de instauración de la sociedad disciplinaria ilustrada en nuestra sociedad. A través del itinerario terapéutico recorrido durante sus carreras de consumo, se perfila la emergencia, el desarrollo y la aplicación de toda una gestión anatomopolítica y, sumándose más tarde a esta, biopolítica, que ha pasado por las mismas etapas del “nacimiento de la clínica” desde finales del siglo XVII que describiera Foucault (2007). Así, ensayando un breve repaso del proceso de problematización y gestión de las

‘drogodependencias’, se advierte un paralelismo con la génesis de la racionalidad clínica que rastrea el filósofo, y que sirve para categorizar y disciplinar los comportamientos humanos que se desvían de la norma, como la locura o determinadas prácticas sexuales.

En la obra citada, Foucault reflexiona sobre el proceso de “configuración” y de “localización” de la enfermedad en el cuerpo, cuando la mirada de la medicina moderna se vuelve sobre sí misma. Pero el dominio de lo visible y el lenguaje de lo patológico no sólo se dirigen al espacio anatómico, sino que trascienden al espacio social, lo cuestionan y reordenan su estructura institucional. La apropiación de los discursos y los usos de drogas por parte del saber y el aparato médico parece haber seguido el mismo proceso de *verbalización* y *espacialización* –usando la terminología foucaultiana– de la enfermedad en la medicina moderna. Con el ánimo de hacer más evidente este paralelismo, me serviré de la división en tres etapas que, según este autor, jalonan (a la vez que se solapan entre sí) el cambio de paradigma médico, para relacionarlas con las formaciones discursivas y las políticas asistenciales surgidas en torno a uno de los malestares más metafóricos de la sobremodernidad. A continuación, trataré de resumir el proceso de espacialización que ha conducido al despliegue de las tecnologías disciplinarias de la drogadicción, mostrando cómo se ordena el juego político entre el aparato jurídico y el aparato psiquiátrico-asistencial dentro del marco prohibicionista.

La espacialización primaria: los actos del yonqui en la nosología médica.

A partir de este primer proceso de configuración de la enfermedad, Foucault (2007) se refiere al modo en que se construye la medicina de las “especies morbosas” como entidades esenciales, sin darse una localización de los síntomas y signos patológicos sobre el cuerpo en un sentido encarnado, sino abstracto. En relación al tema que nos ocupa, podríamos identificar este esquema en el modo en que el poder psiquiátrico enuncia y clasifica la adicción/dependencia como una entidad morbosa.

En un intento de desprenderse de sus anclajes con los sistemas morales del Antiguo Régimen, el lenguaje médico sobre las conductas relacionadas con el uso de drogas seguirá pivotando en torno a tres axiomas: el exceso, la falta de control de sí y la peligrosidad social. Desde el año 1880 el poder psiquiátrico, imbricado en las formas jurídicas, categoriza los comportamientos asociados al uso no normativo de sustancias psicoactivas bajo el término de toxicomanía, “que es forjado para designar

la clase de manías propias a cada droga”, como la opiomanía, etheromanía, morfínomanía, cocainomanía, etc. (Pinell, 2004:1143). En el “espacio de configuración” de esta especie morbosa (Foucault, 2007:2), encontramos una descripción clínica y una taxonomía que se concreta en el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) de la American Psychiatric Association (APA), un texto de referencia en la práctica clínica, especialmente dentro del medio institucional.

En el año 1952, la primera versión de este manual recoge la categoría diagnóstica de ‘trastornos por consumo de sustancias psicoactivas’. Inicialmente, esta categoría se clasifica como un ‘trastorno de personalidad psicopática’, junto con la ‘conducta antisocial’ y las ‘desviaciones sexuales’ (Nathan, 1991), con claras connotaciones morales. En la segunda versión del manual (1968), aparece la categoría de ‘drogodependencia’, como una manifestación psicopatológica que plantea una amenaza al orden social, con un impacto social más serio que el de otros trastornos psiquiátricos (Nathan, 1991). Hay que esperar a la publicación de la tercera versión (1980) para que el término de dependencia abandone los ‘trastornos de personalidad’ y pase a convivir con una nueva categoría, el ‘abuso de sustancias’, de la que se distingue fundamentalmente a partir de tres de sus criterios diagnósticos: la presencia de deseo imperioso y “compulsivo” de consumir (*craving*), la tolerancia y/o el síndrome de abstinencia. En la siguiente versión, DSM-III-R (1987), la categoría de ‘dependencia’ irá ganando terreno respecto a la de ‘abuso de sustancias’, tomando de ésta algunos síntomas para incluirlos entre los criterios diagnósticos. La presencia de “dificultades legales” (APA, 1993) ha sido uno de los síntomas que ha despertado encendidas críticas, especialmente entre los clínicos más neokraepelinianos, que atribuyen la inclusión de este tipo de aspectos a una excesiva concesión a la perspectiva psicosocial. Sin embargo, más allá de la noble intención de los galenos de despojar de moralina su manual de referencia en la práctica clínica, sorprende que esta corriente clínica pretenda que los trastornos somáticos del individuo sean ajenos al proceso de construcción social en torno a las drogas en el que, por descontado, también participa activamente esta misma corriente, empezando por la naturaleza política que se esconde en el núcleo del problema del uso de drogas dentro de un contexto legal fuertemente punitivo⁴. En el Apéndice D de este manual, donde figura una “Lista comparativa comentada del DSM-III y el DSM-III-R”, se argumenta a favor de la categoría de ‘dependencia’ en detrimento de la categoría de

⁴ Hay que decir que en la reciente publicación del DSM-V (2013) han sido eliminados los “recurrent legal problems” como criterio diagnóstico del “substance use disorder”. Para una comparación pormenorizada de ambas versiones, ver el documento de APA (2013).

‘abuso de sustancias’, haciendo énfasis en la anulación del gobierno de sí y la persistencia del consumo en los usuarios de drogas⁵.

Otro de los cambios más polémicos dentro del gremio es la ya completa *sustitución* del término de ‘adicción’ (y ‘alcoholismo’) por el concepto de ‘dependencia’ en el DSM-III, con el que se pretende borrar la estigmatización social que sufrían los pacientes, antes etiquetados como alcohólicos o adictos, ahora como (drogo-)dependientes⁶. Valga señalar que el “descubrimiento de la adicción” generalmente se remonta al siglo XVIII, cuando la embriaguez deja de verse como un pecado y pasa a considerarse una enfermedad (Levine, 1978). Como ocurrió con el alcoholismo, mediante la nueva noción de drogodependencia, el discurso psiquiátrico define las relaciones entre el usuario y la sustancia psicoactiva, i.e. heroína, mediadas por la necesidad constante y la falta de autonomía del individuo. Así, los sujetos no sólo son peligrosos para la

⁵ El citado documento reza: “La distinción entre abuso y dependencia de sustancias que se hace en el DSM-III es muy problemática porque incluye las consecuencias sociales y laborales en la definición de abuso, no basta recurrir a la tolerancia o la abstinencia para definir la dependencia, y hay incongruencias en la relación entre abuso y dependencia en varias sustancias. En el DSM-III-R, se amplía la definición de dependencia, que es considerada un síndrome de conductas clínicas significativas, cogniciones y otros síntomas que indican pérdida de control del uso de la sustancia y uso continuo a pesar de las consecuencias adversas que acarrea. La mayoría de los casos de abuso según el DSM-III, se incluirán en la categoría de dependencia en el DSM-III-R. La categoría de abuso en el DSM-III-R es una categoría residual en la que la alteración no reúne los criterios de dependencia, si bien existe un patrón desadaptativo de uso” (APA, 1993:495).

⁶ Según el psiquiatra americano Charles O’Brien (2010), en la reunión donde se revisó el DSM-III, que acabaría dando lugar a la versión DSM-III-R: “The clinicians on the committee were in favor of calling the disorder ‘addiction’ or ‘addictive disorder’, but the non-clinicians argued that the word ‘addiction’ was pejorative and would lead to alienation of the patients whom we want to help. They argued in favor of the more neutral term ‘dependence’, as the discussions were influenced heavily by work on the alcohol dependence syndrome by Professor Griffith Edwards and colleagues –(Edwards, 1986)–”. En opinión de O’Brien, equiparar el concepto de dependencia (de connotaciones mucho más suaves, e inicialmente asociado a cambios psicológicos adaptativos al uso de fármacos prescritos) y el de adicción (referido a un comportamiento incontrolado y compulsivo de búsqueda de una sustancia ilegal) induce a una mala praxis médica, que suele llevar a la infradosificación en el tratamiento con opiáceos contra el dolor, como principio de precaución para evitar la dependencia (antes adicción) en el paciente. Para profundizar en estos argumentos, ver la editorial firmada por O’Brien *et al.*, 2006 y O’Brien, 2010. En esta última, además de reflexionar sobre la conveniencia de recuperar el término de adicción en el DSM-V (estando aún pendiente de publicación), el autor cuestiona la dicotomía abuso de sustancias/dependencia. Ver también el comentario de su colega Meyer (2011), cuya crítica, más allá de lo que él considera meros “cosmetic changes”, se centra en la tendencia de la próxima versión del manual a aplicar los mismos criterios diagnósticos a los distintos trastornos por uso de sustancias, incluidas las adicciones no farmacológicas, haciendo especial énfasis en los trastornos asociados al consumo de alcohol.

Otro cambio “cosmético” en el manual es el de diferenciar el individuo y la categoría con que se le diagnostique: “Por esta razón, el DSM-III-R (como lo hacía el DSM-III) evita el uso de términos tales como “un esquizofrénico” o “un alcohólico”, y en su lugar, utiliza frases conceptualmente más precisas, como “individuo con esquizofrenia” o “individuo con dependencia alcohólica” (APA, 1993:xxviii).

sociedad, sino para sí mismos. La importancia que se concede a la pérdida de voluntad y la distorsión de la percepción de riesgo en el usuario se concretan en el principal criterio diagnóstico de dependencia en el DSM-IV (1994) –que en las siguientes versiones apenas verá modificados sus contenidos sobre ‘trastornos por uso de drogas’–, el cual se refiere a la negativa del paciente a la abstinencia a pesar del perjuicio asociado al hábito. Pero, si desde principios de la década de los ochenta, el concepto clínico de drogodependencia deviene el eje discursivo sobre el que se articulan los mecanismos de subjetivación y control social de los usuarios, en la elaboración del último manual –DSM-V (APA, 2013)– se reabre el debate en torno a la molesta categoría de ‘dependencia’ y, finalmente, se vota sustituirla de nuevo por la de ‘addiction and related behaviours’, que también suprime la categoría de ‘abuso de sustancias’, al tiempo que incluye los ‘substance use disorders’ específicos para cada sustancia (APA, 2010 y 2013a). Según Charles O’Brien, jefe del “Substance-Related Disorders Work Group” de la APA, y uno de los miembros más combativos en torno a esta cuestión:

“The term dependence is misleading, because people confuse it with addiction, when in fact the tolerance and withdrawal patients experience are very *normal responses* to prescribed medications that affect the central nervous system (...) On the other hand, addiction is *compulsive drugseeking behavior* which is *quite different*. We hope that this new classification will help end this wide-spread misunderstanding.” (APA, 2010; la cursiva es mía).

Vemos, por tanto, cómo la argumentación a favor del cambio se basa en una moralización de las conductas y los sujetos según el tipo de sustancias y el modo de consumirlas. Así, el concepto de adicción viene a diferenciar las conductas enajenadas y compulsivas de los usuarios de sustancias ilegales para buscar la droga, de los efectos (de tolerancia y síndrome de abstinencia) que habitualmente producen los psicofármacos prescritos en el resto de pacientes.

Un modelo reciente dentro del campo clínico es el de la denominada “patología dual”, que algunos profesionales proponen como un intento de compensar el abordaje fundamentalmente biomédico de las ‘adicciones’/‘drogodependencias’, haciendo énfasis en la dimensión conductual de estos procesos morbosos. Pero, de nuevo, vemos cómo en este modelo se vislumbra fácilmente la clasificación que se aplica hoy día a la personalidad de los usuarios de drogas, la cual, inevitablemente, nos remite a las primeras versiones del manual citado:

“En la actualidad no se puede hablar de personalidad adictiva pero es probablemente en las llamadas personalidades «impulsivas, dramáticas e hiperemotivas», recogidas en el grupo B del DSM IV, donde se encuentran representados la mayoría de estos pacientes, es decir en las personalidades

antisocial, límite o borderline, narcisista e histriónica. Éstos plantean en ocasiones grandes dificultades de conducta y en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales” (Marset y Ritter, 2004:87).

Esta concepción de trastorno de personalidad como factor que predispone a esta entidad morbosa no deja de recordar a la malformación congénita de los pies de Edipo Rey que, como una metáfora de un desorden moral y político por una transgresión de la norma, es decir, de una conducta desviada, augura su tragedia (y la de toda su prole) y la epidemia que se cierne sobre Tebas. A propósito de esta reflexión, intentaré analizar ahora cómo el discurso médico traslada esta descripción y clasificación nosológica al cuerpo.

La espacialización secundaria: la adicción en lo orgánico y lo molecular.

“Sin opio tengo frío, me acatarro, no tengo hambre. Estoy impaciente por imponer lo que invento. Cuando fumo, tengo calor, desconozco los catarros, tengo hambre, mi impaciencia desaparece. Doctores, medita sobre este enigma.”

Jean Cocteau

Opio. Diario de una desintoxicación (2002:71)

De acuerdo al esquema que plantea Foucault (2007), la espacialización secundaria se lleva a cabo en el nivel de la anatomopolítica. Así pues, ahora me referiré, por un lado, a la “localización” de la adicción en el cuerpo de los usuarios de drogas a través de los sistemas de representación de los procesos fisiopatológicos desde mediados del siglo XX; y por otro, haré mención a los procedimientos disciplinarios que ejerce el poder psiquiátrico en correspondencia con la configuración del cuerpo adicto.

Aunque hay que decir que los enfoques clínicos de esta especie morbosa han sido plurales, desde postulados más biologicistas hasta otros psicoanalíticos o más sociogénicos, la mayor parte del arsenal terapéutico dirigido al colectivo de usuarios se articula en torno al sistema de categorías diagnósticas que he descrito y a un enfoque naturalista de la enfermedad. En última instancia, las primeras tecnologías asistenciales ofrecen recursos terapéuticos que siguen una lógica progresiva hacia la abstinencia, de acuerdo con la “historia natural de la toxicomanía” (Lert y Fombone, *cit.* en Castel, 1992, p. 18), en la que se distingue una fase de

iniciación o experimentación, de escalada, de mantenimiento, de periodo disfuncional, de cese de la enfermedad y, finalmente, un periodo de antiguo toxicómano. Así, la anatomopolítica de la adicción se orientará a la desintoxicación y deshabitación.

Pero a mediados de los sesenta, la teoría metabólica de la adicción a opiáceos trae consigo un cambio de paradigma en el proceso de medicalización de las conductas y prácticas corporales de los usuarios de drogas. En el año 1963, coincidiendo con el periodo demócrata en EE.UU., la psiquiatra Marie Nyswander inicia junto a Vincent Dole, un médico internista dedicado al estudio de la obesidad, una investigación sobre los efectos de la metadona en usuarios de heroína en el Hospital Universitario Rockefeller, en la ciudad de Nueva York. Estos autores comparan los efectos de la metadona en los usuarios de heroína con los efectos de la insulina en los enfermos de diabetes, describiendo el cuerpo adicto a partir de la "persistent neurochemical disturbance" que produce el uso de opiáceos sobre el organismo (Dole y Nyswander, 1967)⁷. Así pues, los "[addicts] needed narcotics in a *visceral* way, the way a diabetic needed insulin. This would explain relapse, and why complete abstinence was not an attainable goal for the majority of narcotic addicts" (Courtwright, 1997:259; la cursiva es mía). Es decir, por un lado, el modelo metabólico localiza la 'adicción' a los opiáceos y sus síntomas en el organismo, despojándola de algunas de las categorías morales que, como ya hemos visto, establecían la causalidad de esta entidad morbosa en la personalidad sociópata de los usuarios. Así, para Dole y Nyswander, "[deviant] behaviors were effects of the addicts' desperate circumstances, not necessarily causes of it. Moreover, methadone patients who were quit their "drug hunger" did not behave like sociopaths" (*Ibid.*, p. 258). Y, por otro lado, dicha enfermedad metabólica crónica tendrá por cura un tratamiento de mantenimiento con metadona administrada por vía oral, como sustitutivo de la sustancia ilegal.

El siguiente cambio de paradigma dentro del aparato médico en torno a la adicción llega en la década posterior con la era de la biología molecular, cuando se constata la teoría de los receptores de neurotransmisores ya postulada en los años sesenta, y en particular, de los receptores opioides. En el año 1973, por medio de las nuevas técnicas de laboratorio que incorporan el marcaje de sustancias con radioisótopos, los grupos dirigidos por Snyder (Pert y Snyder, 1973) y Simon (Simon, Hiller y

⁷ Unos años antes, ya publican un esbozo de ensayo clínico para probar la eficacia de esta sustancia como tratamiento de mantenimiento (Dole y Nyswander, 1965). A ese estudio seguirá otro más ambicioso con usuarios reclusos para probar los beneficios de esta modalidad terapéutica (Dole *et al.*, 1969).

Edelman, 1973) en Baltimore y Nueva York, respectivamente, y Terenius (1973) en Upsala, consiguen localizar físicamente en el cerebro las “specific biochemical entities” de los receptores –de los cuales ya Dole (1970) había hecho estimaciones acerca de su peso relativo en el cerebro (Snyder y Pasternak, 2003:198)–, hasta llegar a clasificarlos en varios tipos según su afinidad con diferentes psicofármacos⁸. Un par de años más tarde, Hughes y Kosterlitz aislan y secuencian el primer péptido opioide endógeno, al que seguirá el resto de neurotransmisores en los tres años siguientes (Snyder y Parternak, 2003).

Ahora bien, podríamos preguntarnos: ¿por qué los estudios en neurociencias pasan a centrarse en los receptores opioides concretamente, y no tanto en los nicotínicos o los insulínicos, por ejemplo? Los propios Snyder y Parternak refieren dos motivos: “First, at that time President Nixon had declared ‘war on heroin’, which led to the funding of drug abuse research centers. We received one of the centers with a specific mandate to study opioid receptors” (2003:200). El segundo motivo se refiere a la particular estereoespecificidad de los receptores opioides a la hora de localizar las uniones con los ligandos radiactivos. Pero además, los autores señalan:

“In attempting to understand receptor pharmacology and other fundamental aspects of psychotropic drug activity, opiates are ideal (...) the behavioral correlates of receptor activation, including elements of analgesia, tolerance, physical dependence and addiction with compulsive drug-seeking behavior, are better characterized with opiates than any other class of drugs” (*Ibid.*, p.198).

Vemos así cómo se establece una relación directa entre la teoría neurobiológica sobre el cerebro con la dimensión fenomenológica, conductual y, en última instancia, política, de adictos a opiáceos. Pero también se enuncia una fisiología opioide a nivel orgánico a través del denominado “cycle addiction” (Dackis y O’Brian, 2005), de acuerdo al modelo conductista de los circuitos cerebrales de recompensa que se desarrolla en torno a la categoría de adicción, por medio de la experimentación animal y más tarde en humanos. Por un lado, mediante las técnicas de neuroimagen, más concretamente, la tomografía de emisión de positrones (PET), que representan la actividad metabólica y los cambios bioquímicos del cerebro adicto, se localizan, se hacen visibles y se distinguen del resto de materia las estructuras anatómicas del placer y la “recompensa” que conforman el ‘sistema límbico’ en el cerebro: el área tegmental ventral, el núcleo *accumbens*, la corteza prefrontal y el

⁸ Así, se distinguen los siguiente subtipos de receptores, con sus correspondientes subclases: mu (μ , OP3, MOR), delta (δ , OP1, DOR), kappa (κ , OP2, KOR) y nociceptina (nociceptina/orfanina FQ, OP4, NOR).

hipotálamo lateral. Es en esas regiones donde los estudios neurofisiológicos localizan la liberación de dopamina inducida por las sustancias opiáceas, un neurotransmisor que se relaciona con la sensación de ‘euforia’ que estas drogas producen. De nuevo, el organismo deviene el soporte del síntoma, de lo fenomenológico, de la experiencia sensorial. Pero, a su vez, también en esas regiones anatómicas se sitúa la relación entre el nivel macroscópico y el molecular de la adicción, en tanto que los receptores opioides tienen la propiedad de “desinhibir” la liberación de ese neurotransmisor en las sinapsis neuronales (ver Álvarez y Farré, 2005:25). Así pues, puede decirse que, dentro de la espacialización secundaria de la adicción/dependencia, los receptores opioides devienen la localización más específica de la entidad morbosa en el cuerpo de los usuarios de drogas, dada su función reguladora de los mecanismos biológicos que sirven de base a los modelos teóricos en torno a las categorías diagnósticas que, como veíamos, se articulan con las conductas del exceso y de la pérdida de control de sí.

Volviendo al plano de la anatomopolítica, el mapa del cerebro adicto trae consigo una diversificación de las opciones farmacológicas para el mantenimiento con sustitutivos o la desintoxicación, clasificándose las sustancias opiáceas como ‘agonistas puras’ (i.e. metadona), ‘agonistas-antagonistas mixtas’ (i.e., pentazoína), ‘agonistas parciales’ (i.e. buprenorfina) o ‘antagonistas’ (i.e. naloxona) en función de su tropismo para cada tipo de receptor, que se acompañará de un desarrollo de la industria farmacéutica en torno a la adicción. Pero para comprender esta espacialización secundaria de dicha categoría diagnóstica *en* el cuerpo de los yonquis en el sentido que propone Foucault –es decir, a partir del acontecimiento del cuerpo positivo, del cuerpo real del paciente sobre el que el médico posa su mirada, no del individuo como una negatividad, entendido como un espacio de localización de lo patológico en tanto esencia o abstracción–, así como la puesta en marcha del aparato médico que se ejerce en el plano disciplinario, hay que referirse necesariamente al modo en que la drogodependencia pasa a problematizarse como una cuestión de salud pública, en torno a la cual se formulará la biopolítica de la droga.

La espacialización terciaria: la drogodependencia en lo institucional.

Como ya he señalado, dentro de las estrategias de gestión de los usos de drogas, hay una transición de lo anatomopolítico a lo biopolítico que estará mediada por la dimensión social del fenómeno, rebasando así el

campo de lo clínico. Siguiendo con el esquema de Foucault, este proceso de gestión sociosanitaria se corresponde con la etapa de “espacialización terciaria”, que el autor define como:

“[el] conjunto de gestos por los cuales la enfermedad, en una sociedad, está cercada, médicamente investida, aislada, repartida en regiones privilegiadas y cerradas, o distribuida a través de los medios de curación, preparados para ser favorables. (...) [La estructura terciaria] supone un sistema de opciones en el cual va la manera en que un grupo, para protegerse, practica las exclusiones, establece las formas de asistencia, reacciona a la miseria y al miedo de la muerte” (Foucault, 2007:19–20).

Esta forma terciaria de espacialización, más que las anteriores,

“es el lugar de las dialécticas diversas: figuras heterogéneas, desplazamientos cronológicos, reivindicaciones y utopías, conciliación ilusoria de los incompatibles. En ella, todo un cuerpo de prácticas, sin unidad discursiva a menudo, compara las espacializaciones primaria [la medicina de las especies de parentesco] y secundaria [la medicina de las nosologías del cuerpo] con las formas de un espacio social cuya génesis, estructura y leyes son de naturaleza diferente” (*Ibid.*, p. 20).

Cronológicamente solapada con las fases anteriores, en las que el uso de drogas se integra a la nosología y lo clínico entra en diálogo con lo jurídico, se produce una heterogénea movilización ciudadana ante una situación inusitada y desbordante, que sobrepasa el plano individual y cobra dimensiones epidémicas. No se trata ya de casos aislados, sino de una grave crisis social y política en torno a la cual se construye “el problema de la droga” y se activan mecanismos, especialmente a través de los medios de comunicación, que despiertan una gran alarma social. Si antes veíamos el tipo de medidas represivas frente a la epidemia de heroína que aplica el aparato jurídico y policial, ahora me centraré en el esfuerzo polifónico de socialización y sanitización, que oscila entre lo médico y lo administrativo, entre lo clínico y lo social, que se despliega en nuestro contexto histórico.

Del espacio penitenciario al espacio clínico: el mano a mano de la toga negra y la bata blanca.

Después del breve recorrido que hemos seguido acerca del control del uso de drogas en la modernidad, podría decirse que la primera etapa de la biopolítica sobre esta cuestión está dominada por un proceso de judicialización del fenómeno. El aparato legal internacional, amparado por un marco fuertemente prohibicionista, aplica una dura represión

jurídica instaurando severas medidas punitivas que no sólo se dirigen al comercio de las sustancias ilegales, sino también al consumo. En consecuencia, a través del *ius puniendi*, los usuarios quedan subjetivados como delincuentes y condenados al espacio penitenciario. Pero la yatrogenia que produce el prohibicionismo –con el desbordamiento de delincuencia, la alarma social, la morbilidad y la mortalidad asociadas al consumo clandestino, que, como veremos en breve, se disparan con la epidemia de sida– conduce a una reconfiguración de la matriz jurídico-médica que, en última instancia, subyace desde bien temprano en la configuración del problema en torno al uso de drogas. Así, la violencia jurídica –en el sentido de Agamben en su obra *Homo sacer* (2006:84)– que se ejerce sobre los yonquis se atenúa en pro de una medicalización del “problema de la droga”. Esta estrategia de control social se materializa políticamente mediante un trasvase de competencias del aparato jurídico al aparato médico para gestionar con mayor eficacia la dramática realidad social. A lo largo de este proceso, el poder disciplinario migrará del espacio penitenciario al espacio clínico, de manera que surgirá una nueva cartografía anatomopolítica configurada por una constelación de dispositivos asistenciales donde las conductas de los yonquis y sus prácticas del cuerpo quedarán bajo la mirada clínica. A partir de este nuevo régimen disciplinario –al que Thomas Szasz [1992] se refiere como “terapeutismo”– el usuario cambiará su estatus social de “delincuente” por el de “enfermo” y “asistible”⁹.

Pero hay que decir que el terapeutismo, que en nuestro país se consolidará durante la década de los noventa, no deja de suponer un sistema de control que, aunque tensiona los límites del paradigma prohibicionista, no siempre se acompaña de la despenalización del uso de drogas. Como señalan los juristas José Luis de la Cuesta e Isidoro Blanco, para combatir las cada vez más potentes e influyentes organizaciones de narcotráfico, los gobiernos se ven obligados a reformar periódicamente su legislación. Así, los cambios en el derecho penal y procesal “combinan una agudización represiva con la ampliación de los sistemas de atención a los drogodependientes delincuentes, y se promete una mayor incidencia en prisión de los programas de deshabitación y tratamiento” (de la Cuesta y

⁹ Como ya se ha dicho, podemos considerar el British System que surge en los años veinte como el primer ejemplo de este proceso de medicalización de la adicción, impulsado por un movimiento entre los médicos británicos que reivindica el reconocimiento de la adicción como una cuestión médica y sentará los fundamentos de la reducción de daños. A través de este sistema, la prescripción de drogas se justifica para evitar el síndrome de abstinencia y, con ello, permitir al paciente llevar una “vida útil” (Berridge, *cit.* en Lovell, 2001). En este particular contexto, la prescripción médica de heroína se mantendrá, aunque bajo diferentes formatos, a pesar del recrudecimiento de la guerra a la droga durante las décadas posteriores (Gossop y Keaney, 2004; Strang y Gossop, 2005; Berridge, 2005 y 2009).

Blanco, 2003:34). Por otro lado, en ocasiones el discurso jurídico ha sido más crítico que el discurso médico (p. ej., véase Alessandro Baratta, 1988 y 1991; Rosa Del Olmo, 1987), que también en el ámbito nacional ha ido más allá de las habituales quejas sobre la masificación de los centros penitenciarios derivada de la política represiva. Refiriéndose a la España de los años ochenta, Ruth Martínón señala que:

“[ese] es un momento en el que cobran cierta resonancia las posturas de profesionales que no creen en la política que se está desarrollando sea la más eficaz, y se reúnen y escriben manifiestos en ese sentido. Se trató, sobre todo, de sectores jurídicos, que, a diferencia del sector sanitario, más opuesto a la legalización, vivía los efectos más negativos de la política prohibicionista. Por ejemplo, el Grupo de Estudios de Política Criminal (GEPC), integrado por catedráticos y profesores titulares de derecho penal, magistrados y fiscales, elaboró en 1989 un Manifiesto por una nueva política sobre la droga, que posteriormente, en 1991, se concretó en una elaborada Propuesta alternativa a la política criminal sobre drogas (firmada por más de un centenar de ellos) –*N. de la A.: Grupo de Estudios de Política Criminal (1992), Una alternativa a la actual política criminal sobre drogas, que incluye el Manifiesto y la Propuesta*” (2006:359).

Pero lo que me interesa destacar aquí no es tanto la lógica en cortocircuito que trata de conciliar una “mayor eficacia” de la criminalización del usuario con ofrecer una asistencia paliativa al problema social que ésta genera. Tampoco cómo los convenios internacionales, en pro de la guerra contra el “gran tráfico”, obligan a endurecer las regulaciones “del llamado «Derecho penal simbólico» que en el mejor de los casos caminan sobre el filo de la navaja del Estado de Derecho, cuando no se presentan como una auténtica violación de principios básicos generalmente reconocidos como límite de la intervención penal” (*Ibid.*, p. 34). Es en el engranaje biopolítico por el que se articula esta paradoja entre la creciente represión y la progresiva sanitarización, en el nivel prescriptivo y el nivel pragmático del castigo y la asistencia, donde asoma indefectiblemente la matriz jurídico-médica en la gestión del uso de drogas.

Una de las estrategias biopolíticas comúnmente adoptada en los países occidentales ha sido la conmutación de penas por tratamientos de desintoxicación y rehabilitación (Spooner *et al.*, 2001). Sin embargo, en ocasiones el obligado sometimiento a tratamientos de deshabitación en régimen de internamiento deviene una modalidad de castigo y encarcelamiento, violando los derechos humanos y los códigos éticos médicos (UNODC y OMS, 2008). Según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “En algunos casos, las instalaciones se convierten en colonias de trabajo en que los internos no reciben remuneración, sufren humillaciones y reciben un trato punitivo que constituye una forma de castigo extrajudicial” (UNODC, 2010:7). Es

decir, el poder jurídico y el poder psiquiátrico liberan al usuario de drogas de la prisión, pero de forma conjunta lo “encierran” en el espacio clínico.

En el caso de la legislación española, hay que reconocer que el nuevo Código Penal de 1995 supone un cambio de paradigma en la subjetivación de los usuarios de drogas que comenten delitos a causa de su dependencia, en tanto que los exime de responsabilidad criminal cuando cometen el delito bajo los efectos de la droga (siempre que no haya premeditación) o del síndrome de abstinencia¹⁰. No obstante, la falta de imputabilidad de los usuarios de drogas cuando se dan estas circunstancias atenuantes, no conlleva la exención de responsabilidad penal. Tampoco es óbice para la aplicación de medidas de seguridad, que se traducen en imponer el internamiento en centros de deshabitación, al menos durante el tiempo que habría durado la pena de prisión de haberse declarado responsable, o bien dejar en libertad al sujeto, pero condicionada al seguimiento de su “peligrosidad”¹¹. Asimismo, se aplica una suspensión condicional específica de la pena para usuarios de drogas que delinquen debido a su dependencia a alguna/s de las sustancias que se recogen en el Código Penal¹², en el caso de que estén siguiendo un tratamiento o se comprometan a someterse a éste. Durante el periodo de suspensión, de tres a cinco años, el condenado está obligado a permanecer en tratamiento hasta que se demuestre su deshabitación. Si ésta no se produce al acabar el periodo de prueba, debe mantener el tratamiento para evitar la revocación de la medida.

A pesar de que la alternativa legal a la prisión condicionada a un adecuado cumplimiento terapéutico, independientemente de sus versiones, no deja de ser un tratamiento coercitivo en toda regla, cuenta con el respaldo de organismos internacionales como la ONU o la OMS y gran parte de la comunidad científica. Así, la UNODC (2010:3) se apoya en las conclusiones de varios estudios para afirmar que esta medida

¹⁰ Art. 20.2. Para una síntesis y crítica del tratamiento penal de los “drogodependientes” desde el punto de vista jurídico, ver: de la Cuesta y Blanco (2003:31–33), y Arana y Germán (2009), centrado en las medidas alternativas a la prisión para este colectivo social.

¹¹ Art. 102 y 97 *in fine*, respectivamente. Hay que recordar que la Ley Orgánica 1/1988 de 24 de marzo ya introdujo la posibilidad de suspender la pena a los condenados drogodependientes, condicionada a someterse a un éxito un tratamiento de deshabitación hasta finalizarlo con éxito. Sin embargo, las difíciles condiciones estipuladas hacían casi imposible que esta medida se aplicase en la praxis judicial y despertaron numerosas críticas entre los juristas (González, 2000:227).

¹² En el núm. 2 del art. 20 (art. 87). Hay que señalar que la suspensión condicional específica de la pena exige además una serie de requisitos, que básicamente consisten en la no habitualidad delictiva, que la pena impuesta no exceda los tres años de prisión y que el condenado haya cumplido con sus responsabilidades civiles, si no se demuestra incapacidad para ello.

“aumenta sustancialmente la recuperación y reduce los gastos relacionados con la lucha contra la delincuencia y la justicia penal (Koeter y Bakker, 2007, McSweeney *et al.*, 2007, Uchtenhagen *et al.*, 2008)”. Algunos estudios observacionales (Hall, 1997; Manski *et al.*, 2001; Wild *et al.*, 2002) y quasi-experimentales (Anglin, 1988), así como varios trabajos sobre modalidades terapéuticas obligatorias basadas en la comunidad (Hubbard *et al.*, 1988; Simpson y Friend, 1988) también avalan la estrategia del tratamiento obligatorio frente al ingreso en prisión, contribuyendo a legitimar su continuidad. No obstante el consenso internacional que parece existir, la aplicación de este tipo de conmutación del castigo no ha estado exenta de críticas por parte de los propios profesionales sanitarios y juristas.

La medicalización de lo social y la socialización de lo médico.

Como en otros países, la gestión médico-social de los problemas derivados del uso de drogas ilegales en España ha contado con el apoyo de movimientos asociativos que han emprendido acciones reivindicativas contra la criminalización de los usuarios. Algunos ejemplos destacados son la Coordinadora de Barrios de Madrid y la asociación de "Madres contra la droga", promovidas ambas por el sacerdote Enrique de Castro, popularmente conocido como el “cura rojo de Vallecas”. También algunas oenegés impulsarán intervenciones e investigación social sobre los usos de drogas, como es el caso del Grup Igia en Barcelona (Magrí *et al.* 1988, Grup Igia 2008)¹³. Más aún, la militancia de los grupos sociales directamente afectados se anticipa a la puesta en marcha de medidas asistenciales por parte de las administraciones sanitarias, que llegan más tarde que las intervenciones institucionales dentro del ámbito privado, si bien, como señala Eusebio Megías (2001), algunas de éstas son de dudosa eficacia y sentido ético, caracterizándose por:

“la ‘importación’ de modelos extranjeros, por la falta de profesionalización, por un tinte moral frecuentemente acompañado de planteamientos mesiánicos, por la presencia de personajes carismáticos y por la ausencia de control o de criterios emanadas de las administraciones” (*cit.* en Martín, 2011:256).

¹³ Hay que decir que la participación ciudadana en estas últimas no será tan central como en otras iniciativas llevadas a cabo en nuestro entorno próximo, por ejemplo el proyecto Espoir Goutte d’Or (EGO) en París, una organización vecinal que toma el nombre del propio “banlieue” (ver Cavalcanti, 1996 y 2000:283–288; EGO, 2005). Para conocer los movimientos sociales y el despliegue profesional en este campo dentro del contexto británico, ver Mold y Berridge (2010) y Berridge y Mold (2011), éste último referido a los años sesenta y setenta.

Ante la situación de desamparo institucional, se organizan asociaciones vecinales y de familiares de usuarios de drogas procedentes de capas sociales bajas y medias, incorporándose más tarde actores sociales de la clase alta, cuyo férreo activismo goza de cierta visibilidad mediática (Martín, 2011:268). Pero, como destaca Domingo Comas Arnau, el ahínco con que luchan los padres y las madres de los “toxicómanos”, y el posterior despliegue de movimientos asociativos, es una respuesta desesperada no sólo ante la ausencia de recursos asistenciales, sino a la estigmatización social y la pasividad ciudadana frente a una situación desbordante y sin precedentes:

“El hecho de que el número de ONGs presentes en el campo de las drogas sea muy grande, quizá se acerque ya al millar, no significa que el grado de participación de la sociedad española en el tema sea muy elevado. Todo lo contrario, es la soledad y la incompreensión social de los afectados y de sus familias lo que ha provocado esta eclosión asociativa muy especializada” (Comas, 1992:325, *cit. en Ibid.*, pp. 219–220).

Durante la década de los ochenta se produce una considerable proliferación de asociaciones y oenegés, que operan en el plano tanto discursivo como pragmático. En el año 1985, estos movimientos asociativos se confederan a través de la Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), con la voluntad de constituir un conglomerado heteróclito de iniciativas que, de acuerdo a los diferentes intereses, afinidades ideológicas, niveles educativos, trayectorias y demás circunstancias de cada colectivo, presenten distintos modos de problematizar la(s) realidad(es) social(es) y de orientar la teleología de sus reivindicaciones y propuestas. Sin embargo, para que el anárquico tejido asociativo que se articula en torno a la epidemia de heroína logre permear al campo institucional, habrá que esperar al primer intento de planificación sociosanitaria en el campo de las drogodependencias por parte de las administraciones públicas, que hará su aparición precisamente a mediados de esta década.

Se activa, pues, un mecanismo recíproco entre lo social y lo sanitario dentro de la política de las drogas. Por un lado, los diversos agentes sociales pasan a participar en las administraciones del aparato gubernamental, de manera que se produce una socialización de lo que hasta entonces pertenecía al poder médico y al poder jurídico. Pero, a su vez, los mismos actores reclaman una medicalización de lo social. Esta voluntad de giro discursivo tiene que ver no sólo con el plano pragmático de las intervenciones, sino también con el modo en que el poder jurídico simboliza a los usuarios de drogas y sus prácticas, amplificado por la reificación estigmatizadora de dicho colectivo desde los medios de comunicación. Es decir, lo que está en juego es algo más que la salud y la

vida de una generación en riesgo: se trata de los enunciados de la droga y los procesos de subjetivación que sambenitan a varias cohortes de jóvenes, de la construcción de las identidades sociales marginales y la pérdida de la dignidad humana. Los grupos sociales afligidos, especialmente las familias, reivindican la descriminalización de los usuarios de drogas, en su mayoría jóvenes que empiezan a poblar las prisiones. En el discurso médico encuentran la garantía de una doble eficacia moral y pragmática en tanto que, por un lado, consigue desestigmatizar a los yonquis al categorizarlos como “toxicómanos” o “drogodependientes”, en lugar de delincuentes –recordemos que, tres décadas antes, en su conocida obra *The Drug Addict as a Patient* (1956) la psiquiatra estadounidense Nyswander ya defendía una visión medicalizadora del colectivo de usuarios de drogas ilegales frente a su habitual criminalización–, y por otro lado legitima la urgente puesta en marcha de medidas asistenciales para atender las necesidades de este colectivo y su entorno social.

En este cruce de miradas en torno al problema de la droga, despunta una aurora de contradicciones y desiderata. Progresivamente, la constelación institucional que orbita en torno a la asistencia de las drogodependencias, empieza a abrir un hiato entre los polos positivo y negativo del espacio social hegemónico, en el sentido antropológico que he planteado anteriormente. En ese espacio intersticial del poder, será la lógica abstencionista la primera estrella polar que oriente a las “figuras terciarias” en su tarea de controlar esta epidemia y arbitrar las estrategias asistenciales dirigidas a la población diana.

Ante la urgencia por catalizar el “problema de la droga”, a mediados de los ochenta el Gobierno aprueba el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), que sienta las bases de la red asistencial. Por medio de un Gabinete Técnico se articulan las distintas administraciones públicas a nivel nacional (designando un Grupo Interministerial para la coordinación interna), autonómico (donde acabarán transfiriéndose las competencias de tipo sociosanitario, y con ello, la gestión de las drogodependencias) y municipal. Como antecedentes a esta medida biopolítica, cabe mencionar la publicación en 1975 de una memoria del “Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes”, por parte del Ministerio del Interior en colaboración con otros, así como la constitución a principios de los ochenta de la “Comisión interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas”: “[dicha] comisión fue el primer intento de coordinar a escala general todo lo referente a la intervención social en este ámbito, aunque en especial, a la asistencia sociosanitaria”.

(Romaní, 2010:91). El PNSD se trata, por tanto, de la primera tecnología gubernamental que sienta una estrategia de alianza y cooperación entre las administraciones públicas y la participación ciudadana, especialmente con los agentes sociales movilizados¹⁴, hasta configurar un modelo híbrido entre la oferta de recursos por parte de las administraciones públicas y el Tercer Sector, que ya prestaba servicios asistenciales¹⁵. Un modelo que se ha mantenido hasta la actualidad y que, como veremos más adelante, sirve de plataforma logística a la doble moral con que el Estado español (como la mayoría de los gobiernos de los países occidentales) ha gestionado la biopolítica de la droga.

Así, de acuerdo a la especialización primaria y secundaria de la ‘adicción/drogodependencia’, en esa década la especialización terciaria queda configurada por un nutrido repertorio terapéutico que oscila entre lo sanitario y lo psicosocial, con una incipiente institucionalización y un enfoque epidemiológico de este fenómeno social¹⁶. Progresivamente, surgen dispositivos tales como las unidades de desintoxicación hospitalarias, las comunidades terapéuticas, las “granjas”, los centros ambulatorios, los centros de día, etc. El modelo terapéutico que deberá guiar estas intervenciones está orientado a la prevención, la abstinencia y la reinserción social¹⁷, siendo aún la admisión a los tratamientos

¹⁴ De acuerdo a esto, al año siguiente, “la Delegación del Gobierno para el PND convocó la I Reunión Nacional sobre Participación y Movimiento (...) Con el fin de articular este sistema se produjeron reuniones anuales, que en 1988 tomaron forma de Asamblea de Organizaciones no Gubernamentales. Esta Asamblea, pese a carecer de fórmula jurídica propia o carácter estrictamente formal, permitió encauzar las iniciativas de los diversos colectivos”. [Así, junto a las distintas formaciones políticas, en esta Asamblea se convoca a cuatro tipos de grupos sociales (Sanahuja y Barnet, 1992:567 y 571), integrados por]: 1) “colegios profesionales, sindicatos, organizaciones empresariales, asociaciones profesionales”, 2) “organizaciones de profesionales especializados en drogodependencias”, 3) “asociaciones específicas de familiares de toxicómanos y grupos de autoayuda”, 4) así como asociaciones “de jóvenes, de padres de alumnos, de vecinos, de consumidores” (Martín, 2011:281–282).

¹⁵ En el plano efectivo, el conjunto de oenegés, fundaciones y asociaciones pasa a financiarse casi íntegramente de fondos públicos para continuar desempeñando su función. Como apunta Martín (2011:283), los contratos o subvenciones, según el grado de adherencia a las directrices del PNSD, también presentan desventajas que acaban repercutiendo en la eficacia de las intervenciones, como la de ceñirse a la agenda presupuestaria de la Administración. La subordinación al calendario y el presupuesto públicos lleva a programar con cierta premura e incertidumbre los proyectos, que en su mayoría están condicionados a alcanzar objetivos inmediatos.

¹⁶ Ver Mold (2007) para un análisis del desarrollo de la (diferente) epidemiología del uso de tabaco y de drogas ilegales, en tanto problemas de salud pública, referido a la escena británica de la década de los sesenta.

¹⁷ Cumpliendo con el mandato de la moción aprobada el 27 de octubre de 1984 por el Congreso de los Diputados, que insta al Gobierno a la elaboración de un “plan de prevención contra la droga en que se contemple la reinserción social de los drogadictos” (RD 1677/1985 del 11 de septiembre).

sustitutivos muy restrictiva. Si bien las primeras intervenciones aparecen en el sector privado, las administraciones públicas pasarán a gestionar y diversificar las alternativas asistenciales para ofrecer servicios más inclusivos y de mayor calidad.

Las estrategias de gubernamentalidad *en la escena de la droga: de la epidemia al sujeto.*

A finales de los ochenta, a la peste moral de la drogadicción, que amenaza el orden social y produce “inseguridad ciudadana”, se añadirá un componente epidémico de tipo biológico, a través de la expansión del sida. La situación de marginalidad obliga a muchos yonquis a escatimar en su “economía de lo endovenoso” compartiendo y reutilizando jeringuillas (Gamella, 1991), de manera que la infección de VIH se ceba con este colectivo¹⁸. El acto de la inyección pasa ahora a ser doblemente “subversivo”, ya que entraña un riesgo de contaminación y contagio potencialmente letal no sólo para el usuario, sino para el resto de la población. La jeringuilla usada representa la guadaña de esta nueva peste en el imaginario colectivo, un peligro que acecha en la arena de la playa, en las butacas de los cines, en los lavabos públicos y en los asaltos callejeros, al tiempo que los yonquis pasan a ser representados como seres vampirescos. Así, la nueva alarma social en torno a la epidemia de sida asociada al uso intravenoso de heroína llevará a cuestionar la eficacia de las medidas basadas en la abstinencia y a revitalizar la moral utilitarista: ya no se trata tanto de curar a los “toxicómanos”, sino de eliminar el riesgo infeccioso para neutralizar la epidemia y, de paso, normalizar a este colectivo. Como decía en el primer capítulo, la nueva biopolítica se dirigirá al componente biológico de la epidemia, tomándolo como epítome de la misma en consonancia con las representaciones sociales acerca del peligro de contaminación que simboliza el uso endovenoso de heroína, en lugar de apuntar a las cuestiones sociales y políticas que constituyen las causas últimas del fenómeno.

Hay que decir que algunos gobiernos, como el de los Países Bajos, reconociendo el fracaso de las políticas represivas sobre drogas, ya habían cambiado de estrategia antes de que se tuviese siquiera conciencia de la epidemia del sida, aplicando la misma racionalidad que en la gestión de otras cuestiones que devienen objeto del orden moral, como, por ejemplo,

¹⁸ Como apuntan varios autores (O’Donell y Jones, 1970; Gamella, 1991; Rhodes *et al.*, 2003), la extensión del uso intravenoso, frente a la vía inhalada o fumada, se debe al aumento del precio de la heroína y su adulteración, siendo esta otra de las nefastas paradojas que ha traído consigo el sistema prohibicionista.

la homosexualidad o el aborto (Grund, 1994). Así por ejemplo, en el infome que encarga el Gobierno holandés a la Comisión Baan, un grupo de expertos, se concluye que “si la represión aumenta los problemas en vez de reducirlos, es necesario cambiar la dirección de las intervenciones” (Ralet, 2000:47). Pero será coincidiendo con la caída del Muro de Berlín, cuando la mayoría de los Estados europeos se replanteen con urgencia su estrategia para proteger la salud pública y el orden social, recuperando los principios higienistas que inspiraran el British System. La alarma sanitaria suscitada por el componente infeccioso de la epidemia heroica supone un imperativo que impulsa a los poderes públicos a poner en marcha las primeras medidas de prevención y reducción de daños con urgencia, antesala de los programas sustitutivos y de prescripción de heroína. Es decir, entre las prioridades de las medidas de salud pública está frenar la epidemia para salvaguardar al resto de la población, poniendo especial énfasis en señalar las vías de contagio. Desde el discurso científico, surge una transición ideológica por la cual las políticas de abstención obligatoria son reemplazadas por la lógica utilitarista y neoliberal de la nueva salud pública, que ya anunciaba la OMS en la Carta de Ottawa de 1986. Como señalan los salubristas John Aston y Howard Seymour (1990:22), esta nueva perspectiva “comprende no sólo la biología humana, sino que reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud que están causados por el estilo de vida”.

Bajo esta lógica, las llamadas “políticas de reducción de daños” consiguen reorientar el rumbo en numerosos Estados para ejercer el control de la epidemia y gestionar una atención más pragmática de la denominada drogodependencia. Estas medidas, lejos de censurar o evitar una conducta desviada de la norma, buscan minimizar los daños asociados a ésta, desde una lógica pragmática y en correspondencia con el modelo del riesgo de la sociedad moderna (Castel, 1984; Beck, 1998; Lupton, 1993; Le Breton, 2002; Duff, 2003; Rhodes, 1995 y 1997; Lovell, 2001:311).

Así, a partir de los años noventa, las agencias de salud pública de los países industrializados aplican una estrategia sanitarista, concentrando sus esfuerzos en lanzar campañas y programas de prevención de sida (y hepatitis) dirigidos a unos colectivos concretos considerados “grupos de riesgos” –prostitutas, homosexuales y “adictos a drogas por vía parenteral”– de acuerdo la relación directa que se establece entre las conductas y prácticas corporales que los definen como tales y las principales vías de contagio: la transmisión sexual y la hemática. Así, las intervenciones se focalizarán en fomentar el uso del preservativo, promover la sustitución de la vía intravenosa por la oral (con la

administración supervisada de metadona en jarabe) e higienizar de las prácticas de inyección. En consecuencia, el cambio de estrella polar, acogido e impulsado por los movimientos asociativos, hace posible la puesta en marcha en numerosos países (como Holanda, Suiza, Alemania, pero también fuera de Europa, p. ej., Canadá y Australia) de nuevos planes y recursos asistenciales. No obstante, en el caso español, la transición del modelo abstencionista al de la reducción de daños se produce con retraso. En la memoria anual de 1986 sobre el primer Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), se hace explícito que “el objetivo de la asistencia es la abstinencia y la reinserción social”. Hay que esperar al nuevo PNSD, denominado «Estrategia Nacional sobre Drogas 2000–2008», para que se incorpore el Área de Reducción de Daños, junto al Área de Prevención y al Área de Asistencia e Inserción Social. Actualmente, en correspondencia con los objetivos de los Planes de Acción de la Unión Europea, la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2009–2016”, mantiene esos tres pilares que componen la denominada “reducción de la demanda”. A pesar de ello, como señala Romaní (2004), hay un gradiente en la tolerancia al uso de drogas que crece conforme la gestión desciende del nivel macropolítico (esto es, el marco internacional –ONU, OMS– y nacional), mesopolítico (planes autonómicos) al micropolítico (ayuntamientos), es decir, conforme las estrategias de control se aproximan a las escenas de la droga en la calle.

En relación a esto último, para que el poder se ejerza con eficacia sobre las conductas y los cuerpos lleguen a gobernarse a sí mismos, será necesario que la nueva estrategia biopolítica se desplace en el entorno de marginalidad de los usuarios, que permita observar cómo adquieren su sentido práctico y lidian con las condiciones de posibilidad en sus vidas cotidianas. Se tratará, pues de una poliédrica estrategia de tolerancia que instrumentalizará las “tecnologías del yo” (Foucault, 1990:45–49) desde el nivel micropolítico del uso de drogas, es decir, a partir del sujeto situado en su contexto social. Esta nueva racionalidad en la biopolítica de las drogas, bajo la rúbrica de la “reducción de daños” y “minimización del riesgo”¹⁹, no deja de ser una expresión más de lo que Foucault (1999) llama “gubernamentalidad”, una noción que encontramos hoy día

¹⁹ A pesar de la polisemia existente en torno a estos conceptos, podemos ver algunas definiciones en: O’Hare *et al.* (1995), Newcombe (1995), Canadian Centre on Substance Abuse (1996); Lenton y Single (1998), Hamilton *et al.* (1998), Marlatt (2000) Internacional Harm Reduction Association (2002), WHO (2003), Red Chilena de Reducción de Daños (2008) y Martínez y Pallarés (2013).

ampliamente extendido en los discursos científicos en ciencias sociales dentro del campo de las drogas²⁰.

A modo de ligeras pinceladas sobre este concepto tardío que aparece en su obra –concretamente en la lección *La “gouvernementalité”*, dentro del curso del Collège de France, 1977–78: “Seguridad, territorio y población”–, recordaré que el problema del gobierno de las poblaciones, para este autor, surge a lo largo de la Era Moderna desde el siglo XVI, cuando, por un lado, los Estados van dejando atrás los sistemas feudales hasta llegar a consolidarse como tales y, por otro lado, la Reforma y, más tarde, la Contrarreforma protestante cuestionan y transforman las formas de gobierno del alma y de la vida predicadas por la pastoral católica. A diferencia de la soberanía, el gobierno no busca la obediencia de los súbditos a las leyes ni la conservación del poder territorial del príncipe o el soberano. Por el contrario, el fin de gobernar es la búsqueda de la prosperidad de la población, a través de las necesidades de las que el sujeto tiene consciencia. En palabras de Foucault,

“(…) los instrumentos que el gobierno se otorgará para obtener estos logros son, de algún modo, *inmanentes* al campo de la población, ya que esencialmente *sobre ella* obrará directamente mediante campañas, o más aún, indirectamente mediante técnicas que permitirán, por ejemplo, estimular, sin que las gentes se den cuenta de ello, la tasa de natalidad, o dirigiendo (...) los flujos de la población. (...) La población va a aparecer como *sujeto* de necesidades, de aspiraciones, pero también como *objeto* entre las manos del gobierno, *consciente* frente al gobierno de lo que quiere e *inconsciente* también de lo que se le hace hacer” (1999:192; la cursiva es mía).

En su análisis de los textos del siglo XVI que recopila en su obra, el filósofo alude a la “paciencia del soberano” para expresar cómo a partir de la interiorización de los mecanismos de gobierno en la sociedad misma y el Estado, “la población va a ser el objeto que el gobierno deberá tener en cuenta en sus observaciones, en su saber, para llegar efectivamente a gobernar de un modo racional y reflexivo” (*Ibid.*). De forma análoga, a través de la racionalidad de la reducción de daños, en la década de los noventa surge una nueva economía de poder por la cual el yonqui pasa a ser un agente, es decir, pasa a jugar un rol activo en el “gobierno de sí mismo”, a la vez que se reconstruye su subjetividad. Se trata, pues, de una estrategia de humanización de este colectivo que busca la reciprocidad en

²⁰ Entre los principales autores en calibrar el alcance de este concepto, cabe destacar el análisis de Rose, O'Malley y Valverde (2006), así como Fassin, quien, en relación al sentido en que traigo aquí el concepto mencionado, también reflexiona acerca de su sentido paradójico en relación a los procesos de medicalización (2011), e incluso acerca del papel del humanitarismo sobre las políticas de la vida (2011a). También recomiendo el artículo de Mugford (1993), donde relaciona las nuevas políticas de control del uso de drogas con el surgimiento de la posmodernidad.

las acciones del campo de la salud pública que le son dirigidas, y que vemos reflejada en el discurso de la comunidad científica que colabora con las administraciones públicas. Así, en *Les sorties de la toxicomanie* (1992), Castel *et al.* hacen una llamada a la ética para comprender al sujeto y afrontar su problema, ahuyentando la imagen mefistofélica del yonqui, que no repara en los medios con tal de procurarse su dosis:

“De même que les vieux théoriciens du “traitement moral” du XIXème siècle avaient compris que l’on ne pouvait espérer guérir un fou que si on le créditait encore d’une participation minimale à la raison, l’abord du toxicomane à partir de sa nature sociale, c’est-à-dire de ce qu’il continue de partager et d’échanger dans son contexte de vie, nous paraît une position à la fois moralement et scientifiquement défendable.” (Castel *et al.*, 1992:9).

Con el reconocimiento de la agencia de los usuarios de drogas, incorporando sus saberes y participación, se ensayará un sutil y eficaz ejercicio de poder en un sentido positivo para lograr una mayor eficacia tanto en la dimensión sanitaria del problema como social, es decir, en la normalización e inserción social del colectivo, restaurando su estatus de ciudadanos. A propósito del modelo holandés de principios de los años setenta e inspirándose en el British System, Ralet señala que:

“tan sólo los usuarios son capaces de reducir los riesgos asociados al consumo. Para incitarlos, los poderes públicos deben tratarlos de “ciudadanos como los otros”, estimular su autoorganización y la emergencia de portavoces, situarlos como iguales con los que negociar las mejores medidas a tomar. Así, los poderes públicos trabajan *con* los usuarios y *no contra* ellos; los usuarios, diana de la prevención, pasan a ser *actores* de ella”. (Ralet, 2000:47-48; la cursiva es mía).

Por su parte, a mediados de los noventa, Jean-Paul Grund atribuye el cambio del contexto de los usos de drogas y la epidemia de sida que se produce en Holanda –con una disminución del consumo de sustancias y de la tasa de infección por VIH, un descenso del uso de la vía intravenosa en pro de la vía fumada, el envejecimiento de la población de usuarios, el apaciguamiento de las escenas de la droga en la calle, etc.– no sólo a las políticas de reducción de daños implantadas desde la década anterior o a los programas de metadona, sin dejar de reconocer que han tenido un papel importante. De hecho, critica que este tipo de intervenciones, hasta ese momento, no se desplazan hasta las escenas de la droga, ni se adaptan a los ritmos cotidianos y pluralidad de demandas de los usuarios. En su opinión, el cambio de panorama se debe a un proceso de adaptación de las normas y prácticas de este colectivo a un contexto legal y socioeconómico basado en la moderación de la represión del uso de drogas. El sociólogo holandés destaca dos factores clave de la experiencia en su país. En primer lugar, la cooperación con los usuarios “sur une base d’égalité, en les impliquant dans l’organisation d’interventions innovantes

menées de concert” (Grund, 1994:76). Como ejemplo de organizaciones de usuarios que se implican en la progresión hacia un modelo de “tolérance pragmatique”, acorde con las políticas de normalización, cita las asociaciones “Ducht Junkie Unions” y ASUD, ésta última en París, a las que, en relación al contexto español, podría sumarse FAUDA o AUPAM, entre otras muchas. En segundo lugar, para que llegue a fraguar dicho modelo de tolerancia, acorde con las políticas de normalización, Grund insiste en que debe crearse un contexto socio-político propicio.

Con un enfoque similar, Anne M. Lovell propone el término “farmaco-sociatif” para referirse al conjunto de saberes, recursos, prácticas corporales y vínculos sociales autoproducidos dentro de la subcultura de la droga, que servirá de base a la aplicación de las técnicas oficiales de la reducción de daños. No obstante, a pesar de que la gestión del riesgo en el colectivo de usuarios se organiza en torno a la dimensión social, esta autora alerta de la individualización de los discursos y prácticas a la que pueden conducir las políticas de reducción de daños en el marco de la nueva salud pública, tomando como referencia de su crítica la experiencia marsellesa desde mediados de los noventa. (Lovell, 2001:310–311).

En este nuevo contexto de los usos y controles de las drogas, tendrá lugar un juego de desplazamientos a partir del cual tanto las prácticas de consumo (cuya localización está sujeta a las dinámicas internas de las propias subculturas, pero también a las estrategias biopolíticas) como las tecnologías de poder que se ejercen sobre los cuerpos pasan a ubicarse en emplazamientos periféricos. Así, en los distritos de la droga (y sólo excepcionalmente en el centro urbano, como en el caso de Marsella, por una cuestión más estética que pragmática) se ponen en marcha centros de encuentro y acogida diurna y nocturna, puntos de intercambio de jeringuillas, oficinas de farmacia y actividades de acercamiento-trabajo de calle (*outreach*) o salas de venopunción higiénica, conocidas como “narcosalas”. El conjunto de usuarios queda así segregado en estos “lugares de tolerancia”, como el burdel o el manicomio, donde se toman “precauciones para mantenerlo todo, sin temor de “desbordamiento”, en el espacio más seguro y discreto” (Foucault, 2009:5). Como expresaba Eddy Engelsman, jefe del Departamento de prevención del consumo de alcohol de drogas y de tabaco de Holanda, “La normalisation ne signifie pas que la notion d’usage illicite de la drogue a disparu..., mais qu’elle a été *replacée dans un autre contexte*, pour permettre à la société de faire face à ce problème avec réalisme” (1988, *cit.* en Korf, 1992:342; la cursiva es mía). Así por ejemplo,

“la scène de l’heroïne des années 1970 à Rotterdam, plutôt mouvante, agressive et anonyme, a évolué pendant les années 1980 pour se transformer en un

environnement assez stable, plutôt non violent et circonscrit à quelques adresses bien repérées (...) La plupart des transactions au détail [entre consommateurs et revendeurs] se font en lieu clos, à ces adresses.” (Grund, 1994:73).

Para ilustrar el deslizamiento de las estrategias biopolíticas en este campo a las distopías de la droga, me referiré a uno de los “lugares de tolerancia” que encontramos en el contexto europeo más reciente: Las Barranquillas. En este poblado de chabolas situado en el extrarradio de Madrid se concentra el principal emporio de la droga del continente europeo, si bien últimamente se está produciendo un progresivo desplazamiento al área metropolitana de la Cañada Real. Desde el nuevo milenio, el Ayuntamiento de Madrid ha contratado oenegés para llevar a cabo allí intervenciones de reducción de daños, manteniendo así el mercado negro y el consumo de drogas en los márgenes de la capital. Es en este suburbio donde se pone en marcha el primer “Dispositivo Asistencial de Venopunción” del país, un equipo multidisciplinar de profesionales, desde enfermeros hasta psicólogos, que atienden *in situ* a los usuarios de drogas que acuden en masa a este entorno, proporcionándoles material estéril y recomendaciones para higienizar el consumo. A modo de aproximación a la realidad de este emplazamiento liminar, veamos cómo me describía Vicente, uno de los informantes de mi investigación etnográfica, la vida cotidiana en este escenario y su experiencia en la narcosala en una entrevista:

–(...) hay gente allí, en Las Barranquillas, que ni sale de ahí. Su vida es estar ahí, (...) viven allí en alguna chabola que... se han agenciao, y, o sea, lo que ven del mundo es eso sólo.

–Es como la meca, a mí me han contaó que es como la meca de la droga.

–Sí, además, la policía está allí, pero... Pero más que nada para que haya un poco de orden. No para, o sea, saben que se está vendiendo, eso lo saben.

–Claro.

–De vez en cuando a lo mejor entran en alguna casa, y tal, pero... mientras tanto hay otras que están vendiendo, ¿no? Y eso sigue ahí. Además que, yo me acuerdo una vez que cortaron el suministro, y la cosa fue que hubo que, hubo varios muertos de accidente de, vamos, accidente de coche, porque les habían pillao para saltarse el cordón policial que habían puesto por ahí, había que, había que cruzar una carretera y murieron varias personas allí. Y luego, claro, también hubo algunos asaltos a farmacias, y claro, la gente estaba muy...

–Desesperada, claro.

–Claro, eso no se puede hacer. Tú no puedes en una ciudad como Madrid dejarla ahí, que eso sea ilegal. Eso es una locura, tener ahí a... yo qué sé cuántos miles de personas, ahí con mono, que estén ahí cinco mil personas para... las que sean, ¿no? Es una locura, ¿no? (...) Aunque está muy mal ubicada, porque está dentro del recinto, pero no sé quién habrá sido el genio, que lo más normal es que lo hubieran puesto más cerca de las casas, ¿no? pa... para que así entrase más gente y fuese más cómodo para todos, ¿no? Pero está en una punta... Esto es el poblao,

¿no? —dibuja con el dedo un plano sobre la mesa—, pues en una punta donde no hay casas ni nada...

—Donde no se puede conseguir nada...

—Está, allí lo plantaron. Y entonces tienes que andar bastante hasta llegar allí, ¿no?

—Eso no es una oenegé, eso...

—Sí, eso lo puso el alcalde. Sí, lo puso el Gallardón, y... Además alguna vez ha ido por allí a llevar a gente a... que ha venío de fuera o tenía interés en conocerlo, ¿no?, algún médico o algún científico. Y luego, la gente que trabaja allí, eh, o sea, cobran un dinero, no son de una oenegé.

—O sea, no son voluntarios, son empleados.

—Voluntarios allí, de la gente que trabajan, no, no son voluntarios. No sé, los contrata la Comunidad, no sé si a lo mejor tiene una empresa contratada (...) Bueno, pues lo bueno que tiene eso es que tienes todas las jeringuillas que necesitas y... Necesitas que te marquen el sitio de inyección, pues te lo marcan. Ellos tienen prohibido pincharte, ¿no?

—¿No pueden...?

—No pueden, pero sí te pueden ayudar a marcarte el sitio y decirte: "Pues aquí". Y... si les pides cualquier cosa: "Necesito... una toallita, necesito... un compresor, o necesito... tal", te lo dan, ¿no? Tú tienes tu cabina.

Este modelo de asistencia se extenderá pronto a otros núcleos similares en Barcelona y Bilbao, bajo la gestión de Médicos del Mundo. Sin embargo, la política liberalizadora y los masivos recortes presupuestarios en los servicios sociales, educativos y sanitarios por parte del gobierno de la Comunidad de Madrid llevan al cierre del dispositivo de Las Barranquillas a finales de 2011, una medida que la Agencia Antidroga trataba de justificar con el argumento de que este barrio había sido prácticamente desmantelado a partir del plan de reurbanización de la zona impulsado por el Ayuntamiento desde el año 2006. En contraposición, la siguiente declaración de uno de los usuarios afectados, de dieciocho años de carrera de consumo, sirve para ilustrar la tesis que planteo aquí acerca de la gestión espacial de los usos de drogas: "Nos dejan sin nada, en la calle y los que se drogan lo harán como en los años ochenta en los portales, en los parques. Nos escondieron aquí porque no nos querían ver y ahora qué pasa que nos quieren volver a ver"²¹.

Indudablemente, este juego de desplazamientos que, como veremos en breve, trasciende al aparato institucional, se acompaña de una reconfiguración de la mecánica médico-judicial. Pero a su vez, la progresiva racionalización y el proceso de medicalización que plantea la gubernamentalidad de los usos de drogas, aunque con más retraso,

²¹ Entrevista realizada el 15 de diciembre de 2011 por la cadena SER. Disponible on-line en: http://www.cadenaser.com/espana/articulo/protesta-narcosala-barranquillas/csrcsrpor/20111215csrsrcrnac_15/Tes. Visitada el 9 de julio de 2012.

acabará permeando al nivel internacional. Es decir, si antes me refería a la transición de lo anatomopolítico a lo biopolítico en la lógica que ha orientado la gestión de las drogas, ésta empezaría aplicándose desde lo local, hasta alcanzar progresivamente al ámbito macropolítico. Conforme se acumulaban datos de vigilancia sobre las tendencias de consumo de sustancias ilegales, los ingresos en prisión por delitos relacionados con las drogas, sin olvidar la crisis social y política de la expansión de la epidemia de sida, los Estados ya empezaron a racionalizar el problema de la droga aplicando medidas desde una perspectiva epidemiológica. En vista de la experiencia y la evolución biopolítica de las sociedades postindustriales, así como del fracaso del modelo prohibicionista instaurado hace más de un siglo, poco a poco se está produciendo un viraje discursivo cada vez más desideologizado en los foros internacionales. La violencia estructural que ha traído consigo el narcotráfico, así como la corrupción política asociada a este tipo de organizaciones criminales, especialmente en los países productores, como Colombia o Brasil, así como Centroamérica y México por su situación geoestratégica en las rutas del narcotráfico hacia EE.UU., el principal país consumidor a nivel mundial, ha llevado a sus respectivos gobiernos a presionar a éste último para abrir un debate sobre un sistema de control que se ha demostrado ineficaz²². Los discursos actuales de las políticas de las drogas (p. ej., la reforma que plantea la administración de Obama desde 2010)²³, parecen apuntar a un nuevo modelo de regulación a escala internacional, más orientado a la prevención y el tratamiento de la drogodependencia que a la persecución del tráfico y el uso de sustancias (ver Romaní, 2003 y 2005). En relación a esta nueva tendencia biopolítica, Escohotado llega a comparar el conjunto de medidas de reducción de daños que empiezan a consolidarse en dicho marco, incluyendo los programas de dispensación y mantenimiento con heroína, con un “armisticio” después de un siglo de “cruzada farmacológica” (2008:II). Esta reflexión me lleva ya a abordar el surgimiento y el rol de las farmacopolíticas en la gestión de los usos de drogas.

²² Eventualmente, los medios de comunicación se hacen eco de este cambio de perspectiva, como, por ejemplo, en esta noticia publicada en el diario El País: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/29/actualidad/1335729790_207774.html.

²³ La última versión de la “National Drug Control Strategy”, de la Office of National Drug Control Policy, está disponible en: <http://www.whitehouse.gov/ondcp/2013-national-drug-control-strategy>.

Las farmacotopías.

Si los dispositivos de reducción daños, como las salas de venopunción y el intercambio de jeringuillas, suponen una estrategia de tolerancia e higienización del consumo de sustancias ilegales que culmina en los años noventa, a mediados de los sesenta se inaugura precisamente en la cuna del prohibicionismo un nuevo régimen farmacopolítico que desafía el paradigma abstencionista: los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, *i.e.*, con metadona. Esta tecnología surge en estrecha relación con la espacialización secundaria antes vista, que localizaba la adicción en el organismo por medio de la teoría metabólica y de los receptores neuronales. Pero también jugará un papel esencial en el proceso de espacialización terciaria descrito a la hora de gestionar el problema de orden social, médico, jurídico y moral asociado la persistencia del uso de heroína, al tiempo que transformará el campo institucional. Así, se producirá un despliegue de una red de dispositivos farmacológicos a partir de la cual se redistribuirán los espacios de tolerancia del uso de sustancias ilegales, de manera que gran parte del consumo que albergan las distopías de la droga se derivará al espacio clínico. La farmacologización de la adicción quedará imbricada en la mecánica de poder jurídica y sanitaria, por un lado, para desplazar el uso de heroína en la calle combatiendo así el mercado negro, y por otro, como estrategia de medicalización, a la vez que de normalización, del colectivo de usuarios, de acuerdo a la lógica de la reducción de daños. De hecho, como señala Marsha Rosenbaum, a mediados de los sesenta los tratamientos de mantenimiento con metadona se instauran en EE.UU. como parte del proceso de medicalización de los problemas sociales: “The definition of deviance as “sickness” rather than “badness” set the stage for America’s first harm-reduction strategy. By the 1970s methadone maintenance was seen as a way to reduce drug-related crime, and federally funded programs proliferated” (Rosenbaum, 1995:145). Sin embargo, esta misma autora critica que durante el mandato de Ronald Reagan a principios de la década de los ochenta y coincidiendo con la expansión de la epidemia de sida, paradójicamente haya una vuelta a la moral abstencionista y se frene la expansión de los programas de metadona en este país.

Por el contrario, en nuestro país y en otros muchos europeos, esta nueva racionalidad terapéutica apoyada en la prescripción de metadona, aunque con un marcado decalaje en su puesta en marcha, se incorporará a la biopolítica de la epidemia de heroína y, más tarde, de sida –cabe precisar que en el caso de Francia el sustitutivo más extendido será la

buprenorfina²⁴, una sustancia que también se prescribirá, por lo general como una alternativa a la metadona, en Italia, Alemania, Austria, Bélgica, Grecia, así como los países escandinavos, balcánicos, del Este de Europa y del antiguo Bloque Soviético, entre otros—. Las primeras evaluaciones realizadas por las agencias de salud pública, situarán este tipo de medida asistencial como la estrategia más eficaz ensayada para frenar la epidemia de sida, así como la hepatitis B y C (Cooper, 1989; Grönbladh *et al.*, 1990; Farrell *et al.*, 1994; De la Fuente *et al.*, 2006). A su vez, habrá un amplio consenso acerca de sus beneficios sociales (Mattick *et al.*, 2009), tales como la disminución de la delincuencia y la normalización de los usuarios (Torrens *et al.*, 1997).

Como ya hemos visto, a principios de la década de los ochenta en el Estado español predomina el modelo abstencionista en la oferta terapéutica, que se traduce en los Programas Libres de Drogas implantados desde la década anterior. Hasta el año 1983, no hay una regulación estatal de la prescripción de metadona. El único modo en que se puede dispensar la sustancia es mediante la solicitud por el interesado del denominado “carnet extradosis”, un recurso gestionado por los Colegios de Médicos que se remonta al año 1935, y que inicialmente se concibe para administrar tratamiento con opiáceos a pacientes oncológicos terminales (ver Usó, 1999). La prescripción de metadona se realiza, pues, a través la asistencia psiquiátrica privada, que en la práctica se limita a la emisión de recetas. Su popularización entre los usuarios –según Luis San Molina (1991), esta modalidad asistencial, cuyo desarrollo fue errático, en algunos núcleos urbanos llega a constituir el tratamiento de elección de los drogodependientes, por delante de los programas libres de fármacos o drogas– propicia el surgimiento de un mercado ilegal de metadona que, dadas las dimensiones que alcanza en algunas ciudades, despierta preocupación. En consecuencia, el uso de metadona pasa a ser objeto de una nueva regulación²⁵, integrándose en un plan terapéutico individualizado que tendrá por finalidad la abstinencia. Pero será necesario un mayor esfuerzo de coordinación entre las administraciones públicas que regulan las competencias para la prescripción y la

²⁴ Según Isabelle Ferroni y Anne Novell (2007:155), a finales de los años ochenta, algunos médicos empiezan a ensayar este fármaco, un analgésico comercializado como Temgesic®, para desintoxicar, tratar la dependencia a opiáceos o paliar el síndrome de abstinencia. No es hasta el año 1995 cuando esta sustancia se comercializa a dosis equivalentes a la heroína, bajo el nombre comercial de Subutex®, con el objeto de frenar la progresión de la infección del VIH entre los usuarios de drogas. Con la generalización de esta terapia sustitutiva, que pasan a prescribir los médicos de familia, se produce un punto de inflexión en las prácticas terapéuticas en el contexto galo, donde habían predominado los enfoques psicoanalíticos y la lógica de la abstinencia (Bergeron, 1999).

²⁵ Primera Orden Ministerial, del 23 de mayo de 1983.

dispensación, así como la instauración de una mecánica institucional que gestione este recurso terapéutico en emplazamientos específicos, bien sean públicos o privados sin ánimo de lucro²⁶. Los criterios para la acogida en los programas de metadona son aún muy selectivos²⁷, y la intencionalidad sigue siendo la deshabitación, aunque la nueva normativa ya distingue entre tratamientos de corto plazo y largo plazo (cuando superan los veintiún días). Además, para asegurar la ingesta de la dosis prescrita y evitar el desvío de la sustancia al mercado ilegal, el usuario debe consumir la sustancia *in situ*.

La progresiva transferencia de peso del poder jurídico al poder médico se traduce en una política del espacio a partir de la cual se crea un tejido asistencial donde se reserva el consumo de metadona bajo prescripción facultativa. El uso de sustancias psicoactivas, por tanto, queda legalmente restringido al ámbito terapéutico. Sin embargo, la lógica abstencionista que se empieza aplicando a los programas de metadona no sólo resulta ineficaz para gran parte de los usuarios, sino que contribuye a recrudecer la epidemia de sida que se extendía entre la juventud española. Así, hay que esperar hasta principios de los noventa para que se sienten las bases de los programas de mantenimiento con metadona actuales, y hasta mediados de esta década para que se flexibilice el acceso a este tratamiento²⁸. En consecuencia, su consolidación no se alcanzará hasta el año 1992, “cuando lo peor ya había pasado, y tras una intensa batalla frente a sus múltiples detractores de la sociedad civil y de los servicios de prevención y atención a las drogodependencias (algunos convertidos luego felizmente en gestores de los mismos).” (De la Fuente *et al.*, 2006:507 y 2003). Cabe señalar que, en ese mismo año y en los sucesivos, España encabeza la lista de países europeos respecto a la tasa acumulada de casos de sida relacionados con el consumo de drogas, por delante de Italia, Suiza y Francia (DGNPSD 1992:20), con un recrudecimiento de la mortalidad a mediados de esa década²⁹. Así pues, con Gamella,

²⁶ La Orden del 31 de octubre de 1985, que se sitúa en el marco del primer Plan Nacional sobre Drogas, buscará coordinar los niveles administrativos centrales y autonómicos que se reparten esas competencias, estableciendo una “Comisión Paritaria” en cada Comunidad Autónoma para autorizar los centros de dispensación de metadona.

²⁷ Los criterios de admisión y las pautas de dosificación de la sustancia se estipulan en la Resolución del 22 de noviembre de 1985 de la Dirección General de Salud Pública.

²⁸ Con la aprobación del RD 75/1990 y el RD 5/1996, respectivamente.

²⁹ Según los datos del Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo del Centro Nacional de Epidemiología (2012), entre 1981 y 2010, “el pico de mortalidad se alcanzó en 1995 cuando la tasa de mortalidad global fue de 14,9 por 100.000 habitantes (...) A partir de este año, los fallecimientos disminuyeron de forma muy importante hasta 1998 (descenso del 68%) y desde 1999 el descenso ha sido más lento”.

“La expansión de la infección por VIH/SIDA (...) ha reflejado mejor que otras consecuencias los errores y limitaciones de los enfoques y políticas con que nos enfrentamos en su día a la crisis de la heroína. Piénsese, como botón de muestra, que entre 1983 y 1990, es decir, en un período en que la incidencia de la infección por VIH fue seguramente máxima, cuando miles de jóvenes compartían útiles de inyección en calles, casas y cárceles, se restringieron la mayoría de los programas de dispensación de metadona en España, apoyándose sobre todo en una visión abstencionista de la prevención” (Gamella, 1997:26–27).

Finalmente, se distribuye en el espacio geográfico una extensa red de dispositivos de dispensación de metadona en régimen ambulatorio, por lo general dentro de los Centros de Salud de Atención Primaria –aunque su organización está sujeta a una gran variabilidad interterritorial dentro del Estado español, de manera que en algunas autonomías también intervienen oenegés–, en los centros penitenciarios, así como unidades móviles que se desplazan hasta los emporios de la droga en las grandes urbes. Incluso desde 1998 se instaura un plan para la adhesión de las farmacias a los programas de metadona que se aplica en Andalucía, Canarias y Asturias, con la finalidad de facilitar la accesibilidad a este tratamiento y la normalización del colectivo de usuarios. No obstante, la falta de un seguimiento individualizado con la transferencia de la dispensación de metadona de las oenegés a las farmacias no ha dejado de suscitar críticas, especialmente con motivo de los ajustes presupuestarios.

Así pues, los principales logros de estas nuevas heterotopías de desviación se pueden resumir en: el control disciplinario de las conductas de riesgo de gran parte de los usuarios de drogas, al sustituir la práctica de mayor riesgo colectivo de contaminación y tabú, el uso intravenoso, –especialmente en el caso de España, donde éste llega a ser el principal vector de transmisión del sida– por la ingestión de un “fármaco”, así como una disminución de las sobredosis; la medicalización y normalización de este colectivo; y la restauración del orden público y el espacio urbano.

El yonqui destronado y los programas de heroína.

Desde mediados de los noventa, el conjunto de tecnologías que, como acabamos de ver, dispone el aparato sanitario, junto a la emergencia de nuevos modos de consumo de drogas y de problemas sociales asociados, consigue desactivar la dimensión de peligrosidad social del yonqui. Dentro de las medidas biopolíticas en drogodependencias reguladas por los gobiernos, los programas de metadona no sólo resultan una estrategia eficaz para frenar la expansión de la epidemia de sida, sino que suponen

una alternativa farmacológica que, como ya he señalado, compite con la oferta de mercado negro, contribuyendo a disminuir la criminalidad asociada al consumo de drogas ilegales (Hall, 1996; van den Brink y Hansen, 2006). En consecuencia, tiene lugar un silencioso destronamiento del yonqui en la agenda biopolítica y, por supuesto, en los medios de comunicación, a pesar de que ni el conjunto de estrategias de reducción de daños ni los programas de metadona logran absorber la totalidad del colectivo problemático de usuarios. Así por ejemplo, el psiquiatra José Cabrera, antiguo Director de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid e impulsor la narcosala de Las Barranquillas, en una noticia de prensa lamentaba con estas palabras el cierre de ésta, consumado en 2012:

"Los drogadictos no interesan a nadie. Hace 10 años eran peligrosos porque robaban bolsos o atracaban farmacias, pero como ahora tienen metadona han desaparecido del mapa y nadie se acuerda de ellos (...) Y a los que menos interesa es a los políticos, ni PP ni PSOE. Es la triste realidad" (diario El País, 13/11/2011)³⁰.

No obstante, del mismo modo que la cuestión del orden público jugaba un papel clave en el desplazamiento espacial de las prácticas de consumo a los "lugares de tolerancia", como veíamos con el ejemplo que acabo de referir, tampoco el proceso de instauración de los dispositivos de prescripción de heroína que seguirán a los de metadona escapa a tal lógica. De hecho, será la persistencia de las distopías de la heroína y los problemas sociales ligados a sus usos los que lleven a los primeros gobiernos a buscar estrategias alternativas de control social. En el origen de estos programas se desvela, de nuevo, un juego de reflexividad entre el espacio abierto y el espacio institucional. A partir de este juego, se configura un sistema de relaciones de oposición cuya dimensión simbólica quedará representada a través de las disposiciones materiales del espacio.

Situémonos en los escenarios de la droga en Suiza a finales de los años ochenta, concretamente en dos de sus parques más céntricos en las ciudades de Berna y Zurich. Estos emplazamientos, que por entonces se conocían como los "needle Parks", se convierten en auténticos "lugares de tolerancia" para el consumo de drogas ilegales. En el Letten de Zurich, el más famoso, llega a reunirse hasta un millar de personas inyectándose a plena luz del día, muchas de ellas atraídas desde otras regiones o incluso el extranjero. Pero estas "escenas abiertas", como curiosamente se les suele denominar, no dejan de ser espacios subversivos enquistados, lugares acotados de contaminación en los que el poder hegemónico puede

³⁰ Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/11/13/madrid/1321187059_850215.html. (Visitada el 31/10/2012.)

ejercer un control, tanto policial como sanitario, sobre el colectivo de usuarios de drogas. Como refieren Anne François y Annie Mino, “la policía y los servicios sanitarios, a pesar de sus divergencias, coinciden en un punto: “Mientras estén aquí no están en otro sitio”” (2009:53). Sin embargo, las precauciones que se toman no son suficientes para evitar el “desbordamiento”, literalmente, de estos emplazamientos. El hacinamiento, la frecuencia de sobredosis y la rápida expansión del sida asociado al consumo intravenoso, además de las protestas del vecindario y el rechazo internacional suscitado por las impactantes imágenes difundidas en los medios de comunicación, llevan a las autoridades suizas a clausurar estos “shootoires” y a plantearse estrategias biopolíticas orientadas a la reducción de daños, incluyendo los programas de heroína:

“Frustrated by prior efforts to curb use, the most visible failure being the squalid deterioration of Zurich’s Platzspitz Park and subsequently the Letten railway station—areas designated by the government for open air drug use—the Swiss Federal Office of Public Health instituted the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts (hereafter the “Swiss Heroin Trials”). (Satel y Aeschbach, 1999:331).

No pasa desapercibido que el cierre del último “needle park”, precisamente el Letten de Zurich, coincida con la inauguración en 1994 del primer programa de prescripción de heroína en la misma ciudad. Para entonces, el campo estaba abonado para sembrar el nuevo modelo de reducción de daños en este país. Como ya hemos visto, los diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo sobre el uso médico de la heroína con usuarios refractarios a tratamientos con metadona en este país (Uchtenhagen, 1997; Uchtenhagen *et al.*, 1999; Perneger *et al.*, 1998) servirán para legitimar la puesta en marcha de una extensa red nacional de centros de prescripción de heroína –incluso en el ámbito penitenciario– dentro del sistema sanitario suizo desde principios del nuevo milenio (Marset, 2005). Por tanto, sin ánimo de sentar un principio general, se podría interpretar que los dispositivos de heroína surgen a través del juego de visibilizar para luego ocultar, encapsular y domesticar lo peligroso y contaminante. Como ya veíamos en relación a la población diana del proyecto suizo,

“Politically, pressure *came mainly from cities*, and they were interested in gaining relief from the problems associated with large numbers (...) ‘hard-core’ chronic addicts known to be associated with social nuisance and crime involvement into the [heroin assisted treatment] project” (Uchtenhagen, 2009:32; la cursiva es mía).

Desde un punto de vista más simbólico que material, estas nuevas heterotopías de crisis/desviación plantean un sistema de relaciones aún

más paradójico que los programas con sustitutivos convencionales, dando una vuelta de tuerca más a las estrategias de gubernamentalidad. En un sentido casi estricto, la utopía que pretende hacerse efectiva en estos nuevos emplazamientos se presenta como un reflejo del afuera, en tanto que lo que se dispensa es una de las sustancias de elección del usuario, y además por vía inyectada. Es decir, ya no sólo se busca reducir los riesgos y daños asociados al modo de vida de un colectivo marginal y socialmente estigmatizado, sin pretender romper con la “adicción”, o se reconoce la agencia y las necesidades del sujeto, sino que, de acuerdo a la moralización de los usos del placer que surge en la sociedad postcapitalista, su propio deseo se convierte en objeto de gobierno³¹. En relación este nuevo orden que se enfrenta a la represión del cuerpo y la sexualidad, resultan esclarecedoras las siguientes palabras Foucault acerca de cómo se reconfigura y se ejerce la lógica del poder:

“[el poder responde] por medio de una explotación económica (y quizás ideológica) de la erotización, desde los productos de bronceado hasta las películas porno... En respuesta también a la sublevación del cuerpo, se encuentra una nueva inversión que no se presenta ya bajo la forma de control-represión, sino bajo la de control-estimulación.// Si [el poder] es fuerte, es debido a que produce efectos positivos a nivel del deseo –esto empieza a saberse– y también a nivel del saber.” (Foucault, 1992:113 y 115).

Este esquema, que cimienta la tesis de la farmacopornografía posfordista de Preciado (2008), no deja de ser compatible con el modo en que se ha significado el uso moderno de drogas tal como lo planteaba más arriba. Es decir, al principio, como una manifestación de protesta entre los grupos contraculturales frente a la decadencia de los valores tradicionales, pero más tarde como una macabra parodia del sistema capitalista, que encuentra en el yonqui su modelo de consumidor perfecto. Por otro lado, siguiendo con la instrumentación del deseo por la mecánica del poder, hay que decir que la instauración de estos programas responde a la demanda de un heterogéneo conjunto de figuras terciarias, entre las que también se encuentran los propios usuarios de drogas. Centrándonos en el caso español, la Federación Andaluza ENLACE, una organización que reúne más de un centenar de asociaciones y federaciones del campo de las drogas, se adelantará a la abogacía de este tipo de intervención por parte de la comunidad de expertos. Sin embargo, como ocurre en otros países,

³¹ A propósito, no tengo noticia de que se haya acuñado el término de “metadonómano”, acaso porque estaría desprovisto de la connotación de culpabilidad necesaria. En última instancia, el consumidor de metadona queda sujeto a una tecnología farmacológica cuyo mecanismo de acción evita el síndrome de abstinencia, asegurando que el usuario no sufra, pero tampoco goce.

esto no significará que resulte sencillo encontrar candidatos para el ensayo clínico precedente.

La prescripción de heroína deviene, por tanto, un sofisticado mecanismo de biopoder, acaso el epítome de las políticas de reducción de daños: en un espacio segregado, se aplica una estrategia farmacopolítica que gestiona el placer opiáceo. Asimismo, las prácticas corporales que suponían un riesgo individual y social son sanitarizadas. Una vez disuelta el “álgebra de la necesidad” mediante un consumo racionalizado y supervisado de la dosis justa de heroína en un entorno clínico, resulta más factible llevar a cabo un programa de normalización de los modos de existencia de este colectivo.

Desde una perspectiva micropolítica, vemos cómo en los dispositivos de heroína se da una conjunción entre el aparato médico y la lógica de la reducción de daños, de tal modo que el modelo prescriptivo queda hibridado con el modelo participativo, siguiendo la distinción de Romaní (2004:179). Por un lado, en tanto que tecnologías de poder, a través de estos programas se promueve la medicalización y asistencia de un colectivo que es clasificado como anormal, sobre el que el saber científico construye enunciados de patologización que se compendian en los manuales diagnósticos de psiquiatría. En primer término, el acceso a los programas de heroína no será abierto, como en las salas de venopunción, sino que queda regulado por unos resortes legales de excepción, cuya interpretación varía según los gobiernos de los distintos países (y sus respectivos niveles administrativos) que los acogen. Por otro lado, si en las intervenciones de reducción de daños, tal como las describe Lowell (2001:332), el propio usuario decide el nivel de riesgo que está dispuesto a asumir, los dispositivos de prescripción de heroína, como los de metadona, establecen los umbrales del riesgo bajo un control farmacéutico. Asimismo, en contraposición a los espacios de tolerancia abiertos, estas heterotopías se sitúan en un marco institucional y medicalizado, cuya disciplina exige el cumplimiento de unas normas, la subjetivación de los usuarios como “pacientes” y una relación intensa y continuada entre profesionales y usuarios. En consecuencia, en torno al placer inducido por el *pharmakon*, se articulará una compleja dialéctica entre los mecanismos del poder y las formas de resistencia, entre las estrategias de dominación y la búsqueda de la emancipación del cuerpo.

III PARTE

LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

CAPÍTULO 7. Los prolegómenos.

Para comprender el desarrollo del trabajo etnográfico de la tesis, conviene remontarse a mis circunstancias profesionales cuando me planteé emprender esta investigación, así como mi progresivo acercamiento a las ciencias sociales, que más tarde me acabaría adentrando en el terreno de la antropología. Por aquel entonces, trabajaba como médica residente de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Universitario de San Juan, en Alicante¹. Desde el primer año de la residencia, mientras cursaba el máster y el programa de doctorado en Salud Pública y Gestión de Servicios Sanitarios, me desencantó comprobar que el vasto campo de la salud pública, desde la investigación hasta las intervenciones sobre la comunidad –o los individuos, mejor dicho–, estaban dominadas por una arraigada racionalidad biomédica, siendo la epidemiología el método por antonomasia, a pesar de la existencia de otros paradigmas que empezaba a descubrir y se me revelaban mucho más holísticos y fecundos. ¿Acaso la salud, una experiencia eminentemente humana, podía reducirse a un cómputo probabilístico? Tal vez suene exagerado, pero la decepción me costó una crisis no sólo profesional, sino también personal. Me preguntaba para qué habían servido los seis años de carrera y el tiempo de preparación del examen MIR, si al escoger la especialidad deseada me encontraba con que debía entrenarme en aplicar una visión reduccionista de los procesos de salud de la gente –eso sí, dotada de una sofisticada metodología– que me acompañaría en mi futuro profesional. Por más que me esforzaba en familiarizarme con la disciplina, me rebelaba ante la idea de acabar pensando los fenómenos relacionados con la salud mecánicamente desde una lógica causal. La fragmentación de la realidad que imponía el método epidemiológico para tratar una cuestión tan caleidoscópica como la salud, por más complejos que pudiesen llegar a ser los análisis multivariantes, se me antojaba artificial e insulsa, por no decir ridícula cuando se llevaba a algunos extremos. Sin dejar de reconocer la utilidad de la disciplina para determinados propósitos, tenía serias dudas de que, a pesar de su aceptación unánime en el campo, un modelo que eludía *lo humano* fuese el más propicio para conocer los fenómenos relacionados con la salud de la comunidad y proponer soluciones realmente eficaces.

Esta hegemonía epistemológica se traducía, entre otras cosas, en un programa formativo de la especialidad fundamentalmente biomédico,

¹ Concretamente, en la Unidad Docente integrada por el Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant y el Departamento de Salud Pública, Ginecología e Historia de la Ciencia de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

orientado al conocimiento de las tecnologías sanitarias en el ámbito hospitalario (control de la infección nosocomial, higiene ambiental, salud laboral, programas de inmunización, profilaxis de enfermedades infecciosas, etc.) y “comunitario” a través del centro de salud pública y del centro de salud internacional de la ciudad. La investigación que se llevaba a cabo en mi unidad docente se centraba en la seguridad del paciente y la calidad asistencial, con un planteamiento claramente positivista, a pesar de la concesión a algunas *técnicas* cualitativas para, en última instancia, acabar computando en un algoritmo también la perspectiva del usuario. Ante este panorama, comprendí que si quería recibir una formación integral como especialista en la materia, al menos tal como yo la concebía, dependía de mí encontrar la manera de agenciarme mis propios recursos formativos. El primer año me matriculé en un curso de doctorado de investigación cualitativa en la Universidad de Alicante que impartía Adrián Buzzaqui (quien se convertiría en mi primer director de tesis), en otro de metodología cualitativa en la Universidad de Granada, impartido por Eduardo Menéndez, y en un curso de investigación acción participativa de la Fundación INDEX. Al año siguiente, decidí iniciar mis estudios de Antropología Social y Cultural, aunque no resultase fácil compaginarlos con las rotaciones de residente y las guardias.

A los veintiséis años, estando ya próximo el ecuador de mi periodo formativo como residente, por motivos más de índole personal que profesional, he de confesar, me planteé realizar una estancia de investigación en Granada. De las opciones posibles, la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) me pareció una buena elección, ya que gozaba de prestigio a nivel nacional y parecía un entorno más favorable a la investigación cualitativa que otros centros análogos. Dentro de la oferta de líneas de investigación, me atrajo la experiencia del programa de prescripción de heroína; no sólo por su novedad, sino porque se me antojaba interesante acercarme al campo de las drogodependencias. Además, conocía esta intervención por medio de José Ángel, mi cuñado, en la que trabajaba como enfermero. Así pues, gracias al profesor Francisco Bolívar, me puse en contacto con Joan Carles March, el investigador principal del ensayo clínico, y concertamos una entrevista. Nuestro encuentro resultó especialmente esperanzador, no sólo porque el profesor estuviese dispuesto a supervisar mi futura estancia de investigación allí, sino porque la propuesta de aportar un enfoque antropológico al programa de heroína le pareció sugerente, lo cual me sorprendió gratamente, viniendo de foros acérrimos al positivismo.

Sin embargo, formalizar mi rotación en este centro no fue tarea fácil. En primer lugar, a pesar de desempeñar funciones docentes y de

investigación, la institución no estaba acreditada para formar residentes (aparte del máster que se impartía allí) y nunca se había producido una demanda similar. Pero el principal obstáculo fue la poca predisposición entre los cargos responsables en ese momento para acogerme, unido al sistema jerárquico que caracteriza la gestión del centro. De hecho, la arquitectura piramidal del edificio sirve de metáfora de la política interna de esta institución. A su vez, tampoco en el Servicio de Medicina Preventiva parecían entusiasmados con la posibilidad de prescindir durante una buena temporada de la colaboración de una de sus residentes, por lo que no me quedó más remedio que recurrir a la estrategia de la insistencia. El proceso se prolongó más de lo esperado y me enfrenté a situaciones paradójicas derivadas de rivalidades internas poco dignas del centro al que postulaba, toda vez que se trataba de una institución de talante supuestamente progresista y defensor de los derechos humanos². Finalmente, favorecida indirectamente por algunos cismas y tensiones que, como en un juego de ajedrez, reestructuraron las relaciones de poder en el centro, conseguí la aceptación para realizar dos estancias de investigación. Recorrer este penoso proceso me sirvió, entre otras cosas, para desmitificar la ética mertoniana del gremio de los científicos y, ya desde el inicio de mi carrera profesional, acabar desencantada de muchos aspectos de la salud pública y su mundo. También debo decir que, por fortuna, no he vuelto a pasar por una experiencia similar, ni siquiera cuando barajaba las distintas opciones para realizar una estancia en el extranjero en centros de prestigio, tanto en Europa como en América³.

Volviendo a mi periplo, el primer paso por la EASP abarcó de enero a junio de 2007 y la segunda estancia la realicé después del verano, en la que agoté los últimos nueve meses de la residencia. Durante la primera temporada, mi función era de apoyo a los proyectos en curso del grupo de investigación al que me había incorporado. Aunque yo misma había programado mis tareas con el beneplácito de mi tutor, y todas guardaban relación con el proyecto de prescripción de heroína (salvo las que tenía pendientes de mi centro de origen), la realidad era que no contaba con plena libertad para organizar mi propio plan de investigación, porque

² Mi perplejidad era comparable a la de Susan Di Giacomo (1997), en su crítica a la hipocresía de los académicos que denuncian en su producción científica la violación de los derechos humanos de los pueblos oprimidos del Sur, pero no se interesan por apoyar las reivindicaciones sindicales de los colegas que ocupan una posición inferior. (Citada en Gledhill, 2000:355).

³ De hecho, el CERMES de París (mi centro de elección), la Universidad de Perugia, la Universidad de California, la Universidad de Harvard y CIESAS en ciudad de México me daban la bienvenida sin el menor inconveniente. Paradójicamente, ha resultado más fácil cruzar los Pirineos que el Puerto de la Mora.

debía ceñirme a las directrices del programa docente de la especialidad y al tipo de proyectos que había en marcha. Además, aún no había tomado una decisión sobre el tipo de tesis que realizaría, debatiéndome entre la propuesta que me formulaba mi grupo de investigación de origen, en el Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant, y la alternativa de plantear un proyecto propio en el campo de las drogas y la exclusión social. Esta opción era mucho más arriesgada que la primera, pero el campo de estudio me resultaba más atractivo y, al tratarse de una empresa individual, me abría la posibilidad de alejarme del paradigma positivista hegemónico en salud pública y adentrarme de lleno en el mundo de la antropología que estaba empezado a descubrir.

Desde febrero hasta junio de 2007, compaginé mis tareas de residente con lo que ya era el inicio de mi tesis doctoral, llevando a cabo la etapa de trabajo de campo más extensa. Después, volví a Alicante para completar el resto de rotaciones pendientes y aproveché la distancia para organizar el material y reflexionar sobre mi experiencia etnográfica. Cuando regresé a Granada para la segunda estancia de investigación, en el mes de noviembre me reencontré con algunos pacientes en sus visitas médicas con motivo de una intervención de salud bucodental asociada al programa, que continuaron en enero del año siguiente, aunque la investigación etnográfica en el centro de estudio la reanudé durante el mes de marzo.

En junio de 2008 me había convertido en médica especialista. Sin embargo, dado que mi intención era continuar viviendo en Granada, me encontré sin salidas laborales en ese momento. Ante este panorama, aposté por continuar mi tesis doctoral y, entre octubre de 2008 y enero de 2009, realicé una estancia de investigación en el Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) de París bajo la supervisión de Sylvie Fainzang, para la que recibí una ayuda de la Fundación MAPFRE. Durante esos cuatro meses tuve la oportunidad de documentarme sobre la investigación y las políticas llevadas a cabo en el país vecino. También pude consolidar conocimientos en el campo de la antropología médica asistiendo como oyente a algunas clases de los seminarios de doctorado: “Anthropologie du corps et de la santé”, impartido por el professor Didier Fassin, e “Histoire du corps, objets, methods”, por los profesores Georges Vigarello, Rafael Mandressi y Thierry Pillon, en la École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), así como al congreso internacional “Drugs & cultures”⁴.

⁴ Organizado por el Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanías (OFDT), en colaboración con la Cátedra de Salud de Sciences Po, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías y el Grupo Pompidou (Consejo Europeo).

A mi regreso a Granada las opciones laborales en el campo de la investigación seguían siendo nulas, por lo que empecé a trabajar como médica especialista en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba). Estas circunstancias retrasaron mi vuelta al campo etnográfico hasta mayo de 2009, cuando me las arreglé para compaginar mi trabajo en el hospital con mis visitas al lugar de estudio durante un trimestre. Sin embargo, mi compromiso laboral cada vez exigía una mayor dedicación, especialmente por la sobrecarga de trabajo que supuso para el Servicio de Medicina Preventiva la intensificación de las medidas de emergencia puestas en marcha ante declaración de la “epidemia” de gripe A por la OMS, teniendo en cuenta que yo era la única facultativa y no contaba con una dilatada experiencia profesional. La falta de tiempo material para dedicarlo a otros menesteres, más allá de continuar mis estudios de Antropología en la UNED para ocupar las pocas tardes libres que pasaba en el pueblo, la distancia entre mi lugar de trabajo y el campo de estudio, y el propio agotamiento me impidieron avanzar en la tesis doctoral mientras duró esta situación.

Por suerte, a principios de 2010 cambiaron mis circunstancias laborales y a partir de marzo pude compaginar un contrato de investigación (no relacionado con el tema de la tesis) de poco más de un año en la Universidad de Granada con la cuarta etapa de mi trabajo sobre el terreno. A finales de abril, consideré que había alcanzado la saturación para los objetivos de mi investigación etnográfica, aunque no dejase de visitar el centro y mantener el contacto con los profesionales y algunos pacientes. Desde entonces, y especialmente a partir de mayo de 2011, cuando decidí dedicarme íntegramente a la tesis a pesar de no contar con ningún tipo de financiación, mi trabajo etnográfico se centró en la búsqueda de anclajes entre la teoría y mi investigación empírica, alternando el análisis de la información recabada y mi experiencia sobre el terreno con la lectura de tipo teórico y transdisciplinar, fundamentalmente, y de trabajos relacionados con el tema de estudio.

Así pues, durante los periodos que jalonaban cada etapa de trabajo de campo, he tenido varias ocasiones de tomar distancia y experimentar el “extrañamiento” antropológico. Puesto que, como explicaba más arriba, hasta el último año de mi investigación etnográfica no pude dedicarme a la tesis por completo (salvo durante mi última rotación en la EASP y mi estancia en París) durante esos momentos de distanciamiento debía entresacar el tiempo y la concentración del resto de mis rotaciones como residente y aprovechar mis vacaciones para reflexionar sobre la

experiencia etnográfica y analizar el material recogido. En esas ocasiones releía mis notas, elaboraba categorías analíticas, identificaba aspectos que merecían una mayor atención o se perfilaban temas emergentes que a veces incluso me llevaban a reformular los objetivos de la investigación.

Reflexiones sobre la investigación antropológica como un proceso creativo.

A mi modo de ver, lo que acontece durante el proceso de investigación, al menos en el campo de la antropología, reúne curiosos paralelismos con el trabajo del artista. Basándome en mi propia experiencia, el interés por el tema de estudio escapaba del horario de trabajo y, en un anhelo *quasi* cabalístico, me impelía a relacionar todos los aspectos de la vida con el objeto en cuestión. En palabras de Gastón Bachelard, el hecho científico estaba aún por conquistar, construir y comprobar (1949, en Ibáñez, 1998:51). Pero, desde los albores de la investigación, se despertó en mí la corazonada de que en algún momento la amalgama de sospechas, conjeturas, ideas, observaciones, reflexiones, conceptos prestados y vivencias, se articularía como una constelación para poder escribir un texto científico. Por otro lado, hay que reconocer que, puesto que el producto final atesora una etapa de mi vida –y hasta la fecha no se ha demostrado que los dioses apliquen un método científico para decidir el destino, si es que la vida no es puro azar–, esta tesis tiene algo de caprichosa. Tal vez haya contribuido a que así sea una búsqueda abierta, plural y no sistemática de fuentes de inspiración y referencias para establecer comparaciones y contrastes, alineada con mi crítica a la producción de conocimiento a partir de un algoritmo preconcebido.

Recapitulando en mi singladura como investigadora, en los procesos de *conquista* de los objetos de estudio, siguiendo con Bachelard (*Ibid.*), que me he planteado abordar con una metodología cualitativa, el primero sobre prostitución inmigrante y más tarde el tema que ahora nos ocupa, pronto comprobé que para aproximarme a esos fenómenos era imprescindible (y en ocasiones simplemente inevitable, por su componente obsesivo) *vivir* el objeto de estudio. Con este término no me refiero a sumergirme en el universo de los sujetos de estudio con la intención de vivir experiencias similares, al estilo de la investigación autoexperimental de Carlos Castaneda en *Las enseñanzas de Don Juan* (1974). Dada la naturaleza de ambos temas de investigación, en mi afán de aplicar una metodología lo más alejada posible de la frialdad del positivismo, encontré serias limitaciones a la hora de plantear un enfoque puramente fenomenológico que llevase hasta el extremo los procesos de

interacción con los sujetos de estudio, en aras de experimentar en primera persona algunas dimensiones de sus roles sociales. Así, técnicas como la observación participante, cuya mención en la puesta en común del proyecto sobre prostitución inmigrante despertó más de una sonrisa maliciosa entre mis compañeros⁵, quedaron pronto descartadas, al menos dentro de determinados escenarios.

En cuanto a *experimentar* con la mítica sustancia que sirve de excusa a mi investigación, debo confesar haber sentido cierta curiosidad por sentir sus efectos. La primera vez que visité el centro de estudio y pude sostener una bolsa cargada de heroína pura en mis manos, me preguntaba cómo sería ese *flash* que tanto anhelaban los pacientes. Obviamente, esta fantasía no tiene nada de original, ya que con mayor o menor obsesión ha frecuentado la imaginación de la mayoría de los que se han aproximado a este entorno. Por otro lado, debo confesar que el consumo de “drogas legales” no entra en mis hábitos cotidianos, aunque nunca renuncié a un buen vino si se presenta la ocasión. A menudo la gente se sorprendía cuando, después de contarle el tema de la tesis, que tampoco solía dejar indiferente, me pedía un zumo o una cerveza sin alcohol, o me quejaba del humo del tabaco en los establecimientos. “¿Y tú qué haces investigando sobre drogas si no tienes vicios?”, me preguntaban. También Vicente, un amigo y paciente del dispositivo de estudio, se interesó por mi motivación para investigar sobre drogas, a pesar de mi modesta experiencia con las mismas. Traté de explicarle que mis razones eran más de “esencia” que de “accidente”, por usar la dicotomía aristotélica, y que quizá teníamos más en común de lo que a primera vista pudiese parecer. Conforme profundizamos en nuestra amistad, acabó comprendiendo a lo que me refería.

Por otro lado, un planteamiento epistemológico que descansase sobre la imitación de las prácticas de los sujetos de estudio, en aras de comprender los significados que hilvanaban su experiencia con las drogas, no dejaría de ser una ingenuidad por mi parte y una traición a la perspectiva antropológica que planteo en mi trabajo. ¿Acaso tendría sentido atreverme a comparar una experiencia puntual vivida en mis propias carnes, de acuerdo a una finalidad académica y sólo durante el periodo de trabajo de campo, con la polisémica manera en que los sujetos de estudio significaban el *flash* después de una intensa y prolongada trayectoria de consumo? ¿Cómo burlar la insoslayable naturaleza histórica (valga la intencionada yuxtaposición de lo nomotético y lo historiográfico) de las

⁵ No así en mi director de tesina en ese momento, con quien en ocasiones me he sentido poco intrépida al lado de los ejemplos que citaba, como las arriesgadas investigaciones que el periodista Antonio Salas recoge en *El año que trafiqué con mujeres* (2004).

subjectividades y los procesos existenciales sesgados por el uso prolongado de drogas ilegales? Además, en el hipotético caso de haber seguido una carrera similar a la de los pacientes, probablemente mis preocupaciones serían otras que hacer una tesis. A una conclusión similar llega Michael Agar en su irónica autoetnografía *The Dope Double Agent* (2006), cuando se aventura a narrar su propia experiencia con la heroína mientras trabajaba en Nueva York en los años setenta. Después de relatar sus vivencias con la primera (y penúltima) raya que se hace con su tarjeta de la Comisión de Control de Adicciones a Narcóticos, el autor reconoce que: “My heroin experience didn’t teach me anything about what it’d be like to be a junkie, because serious junkie is when you enjoy the drug less and the drug starts enjoying you, at your expense. I’m telling you, I can see how a person could get addicted”. (Agar, 2006:174).

Como decía más arriba, después de muchas vacilaciones, he usado intencionadamente la palabra *vivir* (el objeto de estudio) en lugar de la más académica *reflexionar*, para describir el proceso que me llevó a mirar la vida y mi entorno a través de la cerradura del tema de investigación. Antes de alcanzar el ecuador de este proceso, las calles se me presentaban pobladas de imágenes antes invisibles para mí, parecía que los pacientes del hospital (durante mi etapa de médica residente y más tarde como especialista) se hubiesen puesto de acuerdo para traer historias relacionadas con las drogas, las noticias de la radio decían y silenciaban mucho más que antes, las pinturas del Louvre no parecían las mismas que contemplé por primera vez a los dieciséis años, e incluso los callejones sin salida de Kafka ocultaban nuevos enigmas.

Ricardo Sanmartín, a raíz de su trabajo etnográfico con artistas plásticos y poetas, reflexiona sobre los puntos en común entre el proceso creativo de éstos y el de los etnógrafos en su encuentro con el *otro*, en tanto que ambos profesionales se enfrentan a lo desconocido:

“(…) si el brote o momento creativo condensa las cualidades que tipifican la investigación, también cabría concebir la investigación como un alargamiento o sostén en el tiempo de ese momento creativo. Debió de ser una percepción similar lo que le llevó a Evans-Pritchard a afirmar que «la antropología social es un arte»⁶ (...) Ese sostén o alargamiento de la escucha y vivencia de la pregunta, convirtiendo al observador en sujeto paciente de una necesidad cuyo desarrollo conducirá a la creación de nuevos significados, constituye un estilo o una manera de trabajar que, de un modo básico y global, comparten el Arte y la Antropología” (Sanmartín, 2003:37-42).

⁶ Cita de Evans-Pritchard (1973:137).

Para bien o para mal, la tesis ha absorbido mi necesidad de expresión creativa en el sentido más profundo y extenso del concepto, por el compromiso que había adquirido con el proyecto. Haciendo balance, considero que el proceso ha resultado enriquecedor. Pero, dejando a un lado las vicisitudes laborales que lo han interrumpido y demorado, perseguir durante varios años un único horizonte también me ha impedido explorar otros cauces. Quizá precisamente por eso, hay quienes convertimos nuestros proyectos en un universo en el que dar cabida a todo lo que dejamos fuera. Durante la mayor parte de este tiempo, abandoné algunas de las actividades que siempre me han llenado espiritualmente con la única pretensión de disfrutar. La danza, las artes plásticas e incluso cantar con mi vieja guitarra dejaron de servir a mi necesidad interior de expresar y crear. A veces, viéndome enfrascada (y atascada) en mi proyecto científico, mi padre me animaba a no desatender esas otras facetas que siempre me habían apasionado. Aunque mi respuesta habitual era que no disponía de tiempo para dedicarlo a otras tareas que no fuesen la tesis (y mi trabajo como médica, cuando me esforzaba en compaginar ambas cosas), con el tiempo comprendí que si me resultaba difícil conciliar ambas cosas no era sólo por una cuestión de organización del tiempo. Gracias a ese diálogo con mi padre, pude ver hasta qué punto el proyecto de la tesis había cautivado mi impulso creativo para convertirse en mi “obra”.

Cuando decidí embarcarme en esta empresa (aunque en ese momento no sabía realmente el tipo de tesis que acabaría haciendo), se desató en mí una imperiosa necesidad de búsqueda de sentido de los contradictorios procesos relacionados con el campo de las drogodependencias. Esa necesidad de comprender sus fuertes paradojas me llevaba a adoptar un acercamiento poliédrico del problema, de manera que mi mirada pudiese abarcar su dimensión cultural, social, histórica y política, sin renunciar a las aportaciones de la psicología profunda. Mi inevitable aproximación a las corrientes posmodernas, en las que encontraba justificación a mi midriática pupila, llegó a costarme un disgusto con mi querido Adrián, mi único director de tesis por entonces. Por desgracia, el anarquismo epistemológico de Paul Feyerabend no parecía entusiasmarle a mi tutor tanto como a mí. Después de esa discusión, que además se produjo en la distancia, me sentí aún más perdida y, si se me perdona decirlo, un poquito huérfana. Pero, en última instancia, aquel desencuentro no provenía sino de nuestra vibrante sintonía intelectual, y pudo con él la tierna complicidad que compartimos. Como buen psicoanalista, Adrián acabó tolerando pacientemente los excesos de mi desafortada curiosidad, que no dejaba de reconocer como “lo más lindo” de mí.

Durante una buena temporada, desde que entré con contacto con la alteridad de las lógicas de los pacientes y los procesos de interacción con los profesionales, como ya he dicho, me pareció estar viviendo mi vida en clave de tesis. Permanecía atenta a cualquier perspectiva, experiencia o idea que me pudiese dar luz para comprender. De manera casi obsesiva, encontraba relaciones por doquier, como si de pronto el mundo se hubiese conjurado con mi tema de investigación. Durante varios meses me despertaba de madrugada y no volvía a conciliar el sueño hasta que anotaba las ideas que bullían en mi cabeza. Por supuesto, habría sido imposible articularlas todas en una sola tesis, por lo que muchas de ellas se han quedado en el tintero.

Afortunadamente para mí (y para mi pareja, a quien agradezco su infinita paciencia), la vorágine fue amainándose conforme lograba perfilar el objeto de estudio. Mi actitud empezó a parecerse a la de la araña que permanece al acecho de cualquier elemento que pueda quedar atrapado en su tela, pero reaccionando de forma selectiva según el tipo de vibración. Aunque no he dejado de mantener una actitud abierta a cualquier incorporación conceptual que pudiese enriquecer mi estudio, hubo un punto de inflexión en ese frenético proceso de búsqueda. En realidad, se trató de un cambio paulatino que empezó cuando conseguí entablar un diálogo coherente entre la realidad observada y mi enfoque teórico, de manera que los hechos observados cobraban una dimensión que iba más allá de lo que dice el sentido común. Paralelamente, la indagación, tanto teórica como empírica, se hacía más específica. Durante la redacción de la tesis, como si de un puzzle se tratase, por usar la metáfora de mi padre, me enfrenté a la tarea de estructurar y relacionar mis reflexiones etnográficas y la información condensada en las notas de campo y las entrevistas, con las perspectivas epistemológicas, los conceptos teóricos y los recursos estilísticos que había cosechado durante el proceso de investigación. Por fin, tuve la impresión de estar pisando tierra firme. Cuando esa “criatura” cuya existencia sólo dependía de mí empezó a cobrar forma y ganar peso, imaginé que acaso la tesis ya estaba escrita desde el principio, como las esculturas renacentistas que esperaban a que el artista las liberase de la roca que las aprisionaba. De alguna manera resultaba esperanzador pensar así la tesis, pero me tocaba a mí empuñar el cincel y a nadie más⁷.

⁷ Valga apuntar que, viniendo del campo biomédico, al principio tuve que descubrir de forma autodidacta los propios útiles de trabajo. Casi guiada por mi intuición, encontraba textos filosóficos, sociológicos y antropológicos cuya lectura, extrañamente, ni siquiera se me había sugerido para llegar a ser médica, y me dejaba embrujar por sus destellos, atisbando hasta dónde alcanzaban a alumbrar en mi oscuridad.

Por otro lado, puesto que la naturaleza de la antropología lleva a los investigadores a interpelar su propia subjetividad con el objeto y los sujetos de estudio, el proceso etnográfico acaba resultando una experiencia transformadora. En contraste con el acolchado corporativismo de los círculos médicos en los que me habría desenvuelto de haber seguido mi trayectoria profesional de origen, en los congresos nacionales de la disciplina en los que he participado durante estos años, me ha llamado la atención la frecuencia con que se llevan a cabo investigaciones antropológicas al margen de la academia y sin amparo institucional de ningún tipo. A pesar de la precariedad para su financiación y de que ya antes de extenderse a la sociedad los efectos devastadores de la crisis no era anecdótica la situación de desempleo entre nuestros colegas, algunas de estas investigaciones están entre las propuestas más contemporáneas, arriesgadas y creativas. Este curioso fenómeno dentro de la praxis y los foros de la disciplina en nuestro medio no parece distar mucho de la bohemia que rodea los ambientes artísticos, al menos tal como existen en el imaginario colectivo. En mi opinión, la explicación más plausible al esfuerzo de estos jóvenes antropólogos que desarrollan (o experimentan, dado que no siempre las llevan a término) sus investigaciones desinteresadamente, reside en la motivación que supone la vivencia del proceso como una experiencia de autoconocimiento, catarsis y crecimiento personal.

En mi caso particular, desde que tomé la decisión de hacer esta tesis, se convirtió para mí en un proyecto *quasi* existencial, en la medida en que he proyectado sobre ella una especie de camino para la maduración personal, intelectual y moral, en el que no he tenido más remedio que encajar cada cosa que (me) ha ocurrido. Es cierto que ha supuesto un lastre en muchos sentidos, y me habría ahorrado tiempo y quebraderos haber seguido las alternativas más rápidas y seguras que me ofrecieron durante mi etapa de residente. Pero no me arrepiento de haber elegido esta vía. Al contrario, recorrerla me ha servido para superar límites y miedos, descubrir aún más misterios en la gente y en mí misma. Y ahora que por fin me he decidido a soltar la rosa, haciendo caso al poeta⁸, tengo la satisfacción de haber hecho la tesis que deseaba gracias a la libertad que, con sus ventajas e inconvenientes, me he procurado.

⁸ “No le toques ya más, que así es la rosa”, nos advierte Juan Ramón Jiménez (*Piedra y cielo*, 1919) para moderar el afán de reescribir el texto, acaso como una autorreferencia a su estilo preciosista.

CAPÍTULO 8. Objetivos y metodología.

La investigación etnográfica tiene como principal objetivo describir la micropolítica del dispositivo clínico de estudio, atendiendo a la función performativa de este espacio institucional. El análisis, por tanto, se centra en la génesis y reproducción de las subjetividades, los códigos y las tecnologías del cuerpo promovidas en el programa, así como su permeabilidad en los discursos y las prácticas de los usuarios. Lo que me interesa aquí es analizar el “juego profundo”¹ que subyace a la práctica de la prescripción de heroína o, en otras palabras, asomarme al universo simbólico que encierra este escenario clínico, desvelando el sentido, las creencias, los valores y los nuevos significados acerca del uso de heroína inyectada entre los actores sociales del centro. Así, trataré de describir los modos en que se articulan las prácticas y los saberes “expertos” y “profanos” a partir del encuentro entre profesionales y pacientes, prestando especial atención a los puntos de fricción y de conflicto entre ambas lógicas y las estrategias para resolverlos, así como a la posible emergencia de formas de resistencia. A su vez, entendiendo el cuerpo como un espacio político y de representación simbólica de la realidad vivida, intentaré analizar los procesos de incorporación que esta tecnología sociosanitaria opera sobre las economías somáticas de los pacientes, a partir de sus narrativas orales y corporales, y las imágenes con que representan el uso de heroína y otras drogas.

Pero antes de describir el proceso del trabajo de campo, aclararé que la finalidad de la investigación etnográfica no ha sido la de *evaluar* la eficacia de esta intervención sociosanitaria. Es decir, no se trata aquí de comprobar hasta qué punto el estado y los procesos de cambio en los pacientes cumplen con los objetivos del programa concretados en los estudios epidemiológicos aquí realizados, es decir, el ensayo clínico (March *et al.*, 2006) y el estudio de seguimiento (Oviedo-Joekes *et al.*, 2009). Tampoco pretendo constatar cualitativamente los cambios en la “calidad de vida” o los niveles de normalización de los usuarios a partir de su valoración subjetiva de la experiencia en el centro (como en Romo y Póo, 2007 y Romo *et al.* 2009), ni triangular aquellos resultados “objetivos” y las percepciones de los pacientes (y los profesionales) a través de la observación de la realidad cotidiana aquí, o “empoderar” a los pacientes a través de su propia voz (Martín *et al.*, 2009). Dicho de otra manera, lo que busco con mi investigación etnográfica no es, como en

¹ Tal como Clifford Geertz propone en *La interpretación de las culturas* (1997) a propósito de su conocido análisis de las peleas de gallos en Bali.

otros estudios, encontrar evidencias para producir “verdad” sobre esta tecnología de poder, es decir, enunciar un discurso en torno a un sistema moral de referencia, que distingue lo bueno de lo malo, lo normal de lo anormal, para señalar las cotas alcanzadas por los usuarios, o sus oscilaciones dentro de esos rangos. Al contrario, lo que me interesa observar en la escena etnográfica son los procesos disciplinarios que activa este dispositivo farmaco-político a partir de esos sistemas morales, así como los conflictos que surgen del encuentro dialógico y el modo en que éstos son gestionados por los profesionales y los pacientes. Más tarde, en mi análisis plantearé una deconstrucción de las formaciones discursivas de ambos roles sociales, así como de los rituales y las prácticas corporales observados en el dispositivo de estudio.

Duración y etapas del trabajo de campo.

La investigación etnográfica la he desarrollado de forma secuencial durante cuatro años, entre febrero de 2007 y abril de 2010, sumando un total de once meses, más algunas visitas puntuales en los periodos intermedios y con posterioridad a la última etapa. Como ya he dicho, la primera fase de trabajo sobre el terreno fue la más extensa, prolongándose durante cinco meses. Después de tomar distancia durante otros tantos, en el mes de noviembre, y más adelante, en enero de 2008, el primer escenario donde me reencontré con algunos de mis informantes fue la consulta de odontología de un centro de salud, con motivo de mi colaboración en el programa de salud bucodental dirigido a este colectivo. En esta segunda etapa, la vuelta al lugar de estudio tuvo que esperar al mes de marzo de 2008. Por los motivos que ya he expuesto, la tercera estancia en el campo abarcó el trimestre de mayo a julio de 2009, y apenas un año después, entre marzo y abril completé la investigación etnográfica. Con posterioridad, he realizado visitas esporádicas al centro y, como ya adelantaba, sigo en contacto con algunos profesionales para estar al corriente de eventuales cambios, novedades y acontecimientos relevantes para mi estudio.

Técnicas de investigación, lugares y población de estudio.

Dados los objetivos de mi trabajo etnográfico, la observación participante ha sido la principal técnica de investigación. Como es sabido, su alcance metodológico, que la convierte en la técnica por antonomasia de la antropología, estriba en que el científico está presente, con distintos grados de participación, en los escenarios en que tiene lugar la acción

social, pudiendo así contrastar los discursos y las prácticas de los actores sociales en la realidad cotidiana. Según Velasco y Díaz de Rada, esta técnica permite combinar la “objetividad (...) de una observación próxima y sensible, y (...) captar (...) los significados que dan los sujetos de estudio a su comportamiento (2006:34). No obstante, aparte de las conversaciones informales con el personal sanitario y los pacientes durante mi estancia en el lugar de estudio, algunas de las cuales fueron grabadas y transcritas, decidí realizar entrevistas en profundidad a estos últimos, con el objeto de profundizar en su punto de vista y acercarme a su experiencia vivida. De forma complementaria, recurrí al uso de la fotografía para ilustrar algunas de mis descripciones y análisis, aunque de forma limitada. En primer lugar, por mis modestos conocimientos técnicos, y en segundo lugar, porque la presencia de la cámara limitaba la espontaneidad y algunos pacientes preferían mantener su anonimato, lo cual dificultaba captar imágenes de la realidad cotidiana en el centro. Por otro lado, ensayé una actividad de representación corporal con los pacientes, consistente en la elaboración de un mural para representar un cuerpo colectivo, similar a la técnica del *body chart*.

El grueso del trabajo de campo lo llevé a cabo en el centro de estudio, como sabemos, el único dispositivo de prescripción de heroína inyectada existente en nuestro país. Aunque la principal “unidad de observación” – por usar la distinción habitual en los estudios empíricos – era la propia relación entre/con los actores sociales del centro², también entraban en juego elementos significativos que configuraban este entorno, como los recortes de prensa que los profesionales colgaban el tablón de anuncios, los boletines de educación para la salud y demás material que editaban allí, los informes técnicos a los que tenía acceso, los cuestionarios de seguimiento que periódicamente se les administraba a los pacientes, etc. También permanecí atenta a la aparición de reportajes de televisión o noticias de prensa sobre esta intervención, tanto por el modo en que se representaba la novedad y controversia de este programa ante la opinión pública, como por las reacciones que observaba en los profesionales al conocer el discurso de los medios de comunicación, lo que me servía para conectar el nivel microsocial con el macrosocial.

Indudablemente, focalizar la investigación etnográfica en un único espacio cerrado presentaba limitaciones. Como trataré de mostrar a continuación, he tratado de prevenirme de los riesgos de considerar el

² Lo cual no deja de ser una redundancia, si tenemos en cuenta que el objetivo de la antropología no es otro que el estudio de las relaciones humanas o, en palabras de Augé, “el estudio de las relaciones simbolizadas o instituidas entre individuos, configuradas de manera que puedan tomar forma dentro de contextos más o menos complejos” (2007:32).

centro como un laboratorio donde transcurre toda la acción social significativa, y desde donde fuese posible controlar todas las variables en juego, como se pretende con las metodologías *in vitro* de las investigaciones positivistas. Así, por ejemplo, una de las primeras decisiones al inicio de mi investigación fue la de constituir la muestra a partir de su adscripción al dispositivo. Este criterio implicaba renunciar *a priori* a posibles ramificaciones de mi estudio que podrían llevar a conocer cuestiones importantes relacionadas con este tipo de intervención. Por un lado, los pacientes representaban sólo una parte del universo de usuarios de opiáceos que podían beneficiarse del programa, tanto de la ciudad de Granada como del resto del territorio español, pero que por desconocimiento, incumplimiento de requisitos, desinterés, o una suma de razones, no participaban en el programa. En consecuencia, el acercamiento a la realidad de los ambientes de consumo ilegal en los barrios marginales de la ciudad, la situación de exclusión de este colectivo y las representaciones sociales entre los posibles candidatos acerca del programa, quedaban fuera del alcance de mi estudio.

Por otro lado, desde que finalizó el ensayo clínico, numerosos pacientes abandonaron el centro, la mayoría antes de iniciar mi trabajo de campo. Durante el curso de mi investigación, bien coincidiendo con mi estancia o durante los periodos de distanciamiento, se produjeron varias bajas, unas veces de forma voluntaria y otras por motivos forzosos, como la expulsión por faltas graves, el ingreso en prisión y, lamentablemente, en un caso por fallecimiento. Habría sido interesante preguntarles a los antiguos pacientes que no llegué a conocer por su experiencia en el programa y los distintos motivos que los apartaron del mismo. No obstante, sí que he tenido noticias de los itinerarios que han seguido los que abandonaron durante mi estancia, e incluso cultivo amistad con Vicente, después de haberse mudado a varias ciudades. Por otra parte, hay que tener en cuenta que mi trabajo también incorporaba el punto de vista del personal sanitario, y dentro de la plantilla de profesionales se producían cambios constantemente que afectaba a su composición, dada la frecuencia de rotación, los despidos, las bajas laborales, las excedencias, etc. De haber incluido en mi estudio a cada uno de los actores sociales que hubiesen participado con anterioridad en el programa, la muestra habría adquirido un tamaño excesivo para los recursos a mi alcance. Por estos motivos, y para no distanciarme del objetivo principal de mi investigación etnográfica, decidí considerar sólo a los sujetos que estuviesen participando en el centro durante el periodo de mi trabajo de campo allí.

En cuanto a las limitaciones de centrar la observación participante en dicho enclave clínico, hay que reconocer que, puesto que no se trata de

una institución cerrada, la red social de los pacientes se extiende más allá de sus muros. En el espacio público suelen encontrarse los escenarios donde tienen lugar algunas de las relaciones sociales que más influyen en los pacientes. Con frecuencia, los cambios de actitud a la hora de recibir el tratamiento en el centro son debidos a situaciones y conflictos vividos con otros usuarios de drogas, o compañeros de las diversas actividades que desempeñan, bien trabajos formales (albañiles, pintores, peones, vigilantes, limpiadoras) como informales (gorrillas, chatarreros, recogedores de cartón, etc.). A modo de ejemplo etnográfico, en una de mis visitas al centro, una enfermera me comentó el “empeoramiento” que había observado en un paciente desde que estrechó su relación con “el Moro”, otro usuario de drogas (ilegales) con quien se sentía en deuda por haberle asistido después de haber sufrido un accidente.

A su vez, tampoco se puede dejar de lado la influencia del ámbito privado en la vida cotidiana del dispositivo, ya que a veces son crisis familiares las que están en la base de algunos de los conflictos que allí se escenifican. Entre los innumerables casos, se me viene a la memoria el de Estrella y Mimalo³, una pareja de veteranos que desempeñaban el rol de cabecillas del conjunto de pacientes del centro. Mimalo había trabajado como voluntario en la captación de participantes para el ensayo clínico, mantenía su colaboración con las iniciativas del grupo de investigadores de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y era uno de más fervientes impulsores de la Asociación de Pacientes del PEPSA, ahora llamada “Ser Solidarios”. Estrella secundaba a su pareja y entre ambos reforzaban el discurso de compromiso y lucha por sus derechos, con el orgullo y a veces decepción que caracteriza a los líderes. A pesar de “haber ido de pareja súperunida”, como describía un enfermero, llegó un momento en que decidieron separarse. La ruptura cambió su forma de relacionarse con los profesionales y sus compañeros, mostrándose menos participativos y comunicativos. Durante una temporada, a Mimalo se le veía especialmente abatido y abandonó su aspecto físico, mientras que Estrella se volvió (aún) más suspicaz y adelgazó varios kilos. Sin embargo, a los pocos meses la paciente mejoró su estado de ánimo y empezó a cuidar su imagen como no lo había hecho hasta entonces. El cambio sirvió de estímulo a su expareja, que tomó una actitud parecida y, al cabo de un tiempo, no escatimaba en detalles al narrar sus épicas conquistas amorosas y experiencias orgiásticas en la sala de inyección, provocando la envidia de algunos de los presentes. Otros casos, como el de Heaven, una usuaria que no se resignaba a perder la custodia de su hija adolescente,

³ Con el ánimo de respetar el deseo de los pacientes, me referiré a ellos mediante su pseudónimo de elección, a pesar de que algunos puedan llegar a sorprender al lector. En el siguiente capítulo justificaré este aspecto con más detalle.

las dificultades de Okupa para encontrar vivienda –el mismo pseudónimo que eligió da cuenta de ello– o la melancolía que despertaba en todos la llegada de la Navidad, operaban cambios significativos en las conductas observables en el centro, así como en los hábitos de consumo de sustancias, de autocuidado y la imagen corporal. En resumen, todos los espacios en los que se desenvolvían los pacientes en su vida cotidiana se me revelaban como posibles atalayas donde poder observar discursos y acciones sociales significativas para mi estudio.

Asimismo, hay que considerar que este dispositivo es sólo uno de los múltiples recursos de asistencia a las drogodependencias, de donde proceden muchos de los pacientes. Por otro lado, los usuarios recurren con frecuencia a la red sanitaria convencional debido a las múltiples patologías que padecen (ya sean enfermedades infecciosas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, infecciones respiratorias, traumatismos, trastornos psiquiátricos, etc.), la mayoría asociadas a los riesgos derivados del consumo de drogas ilegales en un entorno marginal. Por tanto, los centros de tratamiento con metadona, los servicios de urgencias, las consultas externas o las plantas de los hospitales donde ingresaban algunos pacientes, también se presentaban como posibles lugares de observación complementarios, donde poder encontrar diferencias de la relación médico-paciente en las distintas instituciones respecto al centro de estudio, así como conocer las percepciones de los profesionales sanitarios acerca de este régimen de asistencia y prescripción farmacológica.

No obstante, si bien la mayor parte del trabajo de campo la llevé a cabo en el centro, durante la segunda etapa de la investigación, como ya he mencionado, tuve la oportunidad de acompañar a algunos pacientes a la consulta de odontología en el centro de salud del Zaidín, ubicado en la zona sur de la ciudad⁴. Dado que la mayoría había perdido piezas dentales y no disponía de recursos para acceder a este tipo de atención sanitaria, dentro de las intervenciones asociadas al dispositivo, se incluyó un programa de salud e higiene bucodental para la colocación de prótesis dentales, bajo el lema “Mejora tu boca, pon una sonrisa” y financiado por la Consejería de Salud. Los promotores contactaron con un estomatólogo que estaba dispuesto a ofrecer el servicio de forma altruista. Sin embargo, no todos sus colegas parecían estar conformes. Algunas enfermeras se

⁴ A modo de aclaración, esta etapa coincidió con la segunda estancia de investigación que realicé en la Escuela Andaluza de Salud Pública, de octubre de 2007 a junio de 2008, con la que finalicé el periodo de formación médica especializada (MIR). Allí continué mi colaboración con Joan Carles March, que pasó a co-dirigir la Tesis Doctoral, y Manuel Romero. Ambos llevaban a cabo estudios de seguimiento del programa, al tiempo que impulsaban intervenciones sociosanitarias e iniciativas de promoción de la salud asociadas al programa.

negaron a colaborar, ya que esta tarea que no sólo aumentaba su carga de trabajo, sino que conllevaba un mayor riesgo biológico, dada la prevalencia de enfermedades infecciosas de estos pacientes. Por otro lado, se habían producido situaciones embarazosas por el comportamiento de algunos de ellos ya que, sobre todo en las primeras visitas, a veces protestaban en la sala de espera y el médico se veía “incapaz de manejarlos”. A pesar de los inconvenientes, el odontólogo se comprometió a terminar su trabajo, pero con la condición de que los pacientes llegasen acompañados de algún miembro del equipo de investigadores para coordinar las visitas y hacer de mediador. Este papel lo desempeñó Manuel Romero, uno de los investigadores del ensayo clínico –conocido por todos como Manolo–, si bien en un par de ocasiones le pidió a Miky, uno de los pacientes, que lo sustituyese. La solución no pareció convencerle al médico, que se quejaba de que el paciente había faltado un día, así como de higiene personal (“huele a perro”)⁵. Puesto que el doctor insistió en que era necesaria la presencia de un mediador “relacionado con el PEPSA, pero que no sea un paciente”, para poder “controlar la situación si alguien se revuelve”, al poco de mi regreso a la EASP, Manuel reparó en mí, pidiéndome el favor de que acudiese en su lugar cuando a él no le fuese posible.

Dado que habían pasado varios meses desde la primera etapa del trabajo de campo, las visitas a la consulta de odontología me sirvieron para reencontrarme con algunos pacientes, reforzar el *rapport* y observar la realidad social que estaba investigando desde otros ángulos. También resultó interesante conversar con el odontólogo para conocer su punto de vista sobre las políticas de reducción de daños. En su opinión, los usuarios de drogas habían sido “los grandes olvidados de la medicina”, y “a diferencia de antes, cuando [la drogadicción] se veía como un vicio, ahora [gracias al programa], [los usuarios de opiáceos] tenían la tranquilidad de que podían recibir su heroína para quitarse el mono, como un medicamento”. Por otro lado, el galeno encontraba paralelismos en los procesos de exclusión social de este colectivo y otros pacientes socialmente estigmatizados. Reconocía la misma actitud de suspicacia que había observado en los enfermos de lepra que conoció mientras realizaba un trabajo en el sanatorio de Fontilles⁶. El médico describía la relación entre estos pacientes y los profesionales/investigadores como de “amor-

⁵ Adelantaré que este paciente vive rodeado de animales que recoge en la calle y que, consciente de su olor corporal, acostumbra a disculparse: “Perdona que huelga a perro, es que como tengo tantos...”.

⁶ Desde principios del siglo XX, el Sanatorio San Francisco de Borja, en Fontilles (Alicante), atiende a pacientes diagnosticados de lepra, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio. Además, en este centro se lleva a cabo investigación y proyectos de cooperación.

odio”, en tanto que los enfermos a veces parecían buscar “morbosamente” la provocación con el riesgo de contagio, conscientes del rechazo social que históricamente había producido su mal.

Siguiendo con las limitaciones de nuestro escenario, tampoco debo pasar por alto el distinto comportamiento que mostraban algunos pacientes fuera del centro, como pude comprobar un poco antes de iniciar mi trabajo de campo. En aquella ocasión, acompañaba a Manolo mientras le administraba un cuestionario a Rubén, un candidato al programa. Hay que advertir que mi colega contaba con una dilatada experiencia como investigador con metodología de iguales (“peer groups”) en la ciudad para la captación de participantes en el ensayo clínico, por lo que ambos se conocían de antemano⁷. Sin embargo, la colaboración de Rubén apenas alcanzaba para contestar con desgana, después de repetirle cada pregunta para arrancarle sólo monosílabos. Su actitud dejaba claro que el interés del investigador superaba con creces al del candidato. En parte, yo atribuía su apatía a los efectos de un posible consumo de tranquilizantes. Pero a la salida del centro, observé con sorpresa el cambio radical de su gesto y actitud, como en un actor que regresa a las bambalinas después de interpretar una escena dramática. Con desparpajo, Rubén le pidió un cigarro a Manolo, que se lo encendió en un gesto de camaradería. A partir de ahí, empezaron a conversar animadamente, con una locuacidad sorprendente. Después de despedirse, cuando nos quedamos solos, mi colega no pudo menos que exclamar entre dientes: “¡Qué cabrón, el jodío!”. Igualmente, durante mi trabajo de campo, cuando salía del centro junto a algún paciente en busca de un lugar para entrevistarle, percibía una actitud más desenvuelta conforme nos alejábamos de allí. Sobre todo si había tenido una discusión con un médico o enfermero y consideraba que se había cometido una injusticia contra él o ella, despotricando sin ningún tipo de censura. Igualmente, me llamaba la atención el comportamiento inhibido de los nuevos pacientes dentro del centro, aunque se naturalizaba conforme se habituaban a la dinámica asistencial y consolidaban sus relaciones de confianza con los profesionales y compañeros.

Aparte de los escenarios mencionados para seguir los itinerarios cotidianos de los pacientes, se sumaba la opción de visitar su casa, conocer su familia (si la había o se mantenían el vínculo), acompañarlos a los centros sociales de ayuda donde acudían habitualmente, etc. Una de

⁷ Para conocer la aplicación de estas técnicas en el ensayo clínico, ver las notas de campo de March *et al.* (2004). También hay vídeos sobre el proceso de reclutamiento disponibles en YouTube: http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=AV9DLQ_wL9k y http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=1TviXciDNSY.

las ventajas de acceder a los espacios cotidianos de interacción social de los pacientes, aparte de suponer una inmersión total en sus estilos de vida, radicaba en la posibilidad de triangular los distintos puntos de vista de los actores más significativos de su red social. Al respecto, he de decir que la validación de los discursos de los pacientes, al menos a través de otros actores sociales diferentes a los profesionales sanitarios del centro de estudio, no ha sido objeto de preocupación en mi estudio. En primer lugar, no he pretendido aplicar un enfoque subjetivista, centrado en el punto de vista del paciente. Huelga decir que, como parte ineludible del proceso de investigación etnográfica (y afortunadamente, por lo enriquecedor de la experiencia), mantuve una actitud empática para intentar reconvertir mi visión de la realidad y pensar a través de las categorías de los sujetos de estudio. En nuestras conversaciones, o al escucharles hablar con los compañeros o el personal del centro, trataba de asomarme a su realidad a través de su ptósica mirada tras recibir la dosis de heroína, aunque me resultase difícil llegar a identificarme con ellos por el abismo que separaba su experiencia vital de la mía. Sin embargo, por los motivos que explicaré más adelante, he preferido que el énfasis de mi investigación etnográfica recaiga en el encuentro entre los pacientes y los profesionales, más que la visión de cada actor social, o en la dimensión existencial de las trayectorias de los usuarios.

Además, debo recordar que cuando empecé a bosquejar la tesis, Romo y Póo ya habían realizado un estudio cualitativo para evaluar la intervención –aunque este aún estaba pendiente de publicarse–, que refería los distintos modos en que varios de estos pacientes habían iniciado y desarrollado sus carreras, al tiempo que incorporaba la perspectiva de las familias. Por otra parte, en un plano más pragmático, un planteamiento que ampliase la muestra de informantes y extendiese el trabajo de campo al conjunto de escenarios cotidianos transitados por los pacientes habría requerido un tiempo del que no disponía, principalmente porque mi lugar de residencia no estaba fijo en Granada y debía desarrollar mi programa formativo como médica especialista.

La decisión de centrar la observación participante en este dispositivo no sólo respondía a una razón metodológica, sino también, y fundamentalmente, a otra de tipo epistemológico. Así, en el campo de la antropología médica es frecuente encontrar etnografías desarrolladas en servicios hospitalarios, clínicas y otros centros sanitarios, aunque ello suponga escotomizar la mirada de los investigadores a un solo fragmento de la realidad que viven los sujetos de estudio. La principal justificación de tipo metodológico que se le podría encontrar a esta praxis es que los procesos estudiados por la denominada antropología “at home” en las

sociedades complejas no se prestan a ser abordados siguiendo con fidelidad el esquema holístico y totalizador de las etnografías de corte clásico, centradas en sociedades tradicionales. Pero además, trasladar este esquema conlleva el riesgo de “exotizar” a grupos sociales que no dejan de participar de muchos de los circuitos sociales hegemónicos, aunque en nuestro caso a menudo desfilen en sus márgenes. Dicho esto, y teniendo en cuenta el sentido de insertar la investigación etnográfica en la Tesis Doctoral, que no es sino el de proponer una mirada antropológica a un centro de prescripción de heroína en el contexto de las políticas de reducción de daños, parecía pertinente centrar allí la observación participante para ajustarme a mi objetivo.

Por último, me gustaría destacar que la elección del enclave está en clara consonancia con el planteamiento teórico y la lógica interna de la tesis. Así pues, el espacio institucional de estudio no sólo se trata del lugar donde convergen las interacciones sociales entre los sujetos de estudio, en tanto “unidad de observación”, sino que, en sí mismo, deviene la principal “unidad de de análisis” del trabajo etnográfico. En otras palabras, he considerado el dispositivo clínico como una metáfora que contiene y expresa las relaciones entre sus actores sociales y el mundo. Dado el potencial heurístico de los modos en que se configuran su dimensión tanto material como política, es decir, cómo es gestionado, penetrado, transitado, segregado o abandonado, este emplazamiento constituye un objeto de investigación en sí mismo. Así, aprovechando las relaciones de reflexividad entre el dispositivo y el resto de espacios significativos en la vida cotidiana de los pacientes, como analizaré más adelante, la observación participante en el centro me ha brindado la posibilidad de incorporar todos esos lugares, al tiempo que he podido contrastar *in situ* el modo en que se lleva a cabo su función biopolítica y disciplinaria. Por otro lado, debo decir que el recurso del juego de reflexividad para aproximarme a espacios intransitados cuenta con lejanos precedentes. Valga recordar que Aristarco de Samos ya propuso en la Grecia Antigua el sistema heliocéntrico del universo a partir de razonamientos y mediciones geométricas indirectas de la distancia de la Tierra al sol. Y un milenio después, Copérnico reformulaba esta teoría sin necesidad de lanzar a órbita satélites y menos aún de viajar al espacio.

Entrevistas en profundidad.

Si la observación participante me permitía el privilegio de presenciar e intervenir de forma privilegiada en el aquí y el ahora de una escena polifónica sobre el terreno de estudio para después poder describirla, las

entrevistas tenían una función complementaria, acercándome al punto de vista de cada actor social y para profundizar en su lógica. Como señalan Velasco y Díaz de Rada, esta técnica “proporciona sentido a las acciones a veces incomprensibles que se observan, o corrige las interferencias a veces precipitadas que se obtienen por observación” (2006:34). Así pues, las entrevistas servían para matizar y contrastar mis impresiones a partir de las escenas observadas, así como para llegar a comprender lo que alguien había querido decir durante una situación de conflicto o, por el contrario, escuchar aquello que había silenciado. Por otro lado, esta técnica me ofrecía la posibilidad de incorporar una perspectiva biográfica que a veces se hacía necesaria para comprender el sentido de la experiencia terapéutica de los pacientes en el dispositivo, tratándose en la mayoría de los casos de la última estación de los itinerarios recorridos durante su carrera. En el momento de las entrevistas, los pacientes se sentían más libres para relatar sus experiencias de carácter personal o responderme a algunas cuestiones por las que les había interrogado en el centro, que, por su complejidad, requerían ser abordadas en otro contexto. Así, por ejemplo, en una de mis visitas durante la primera etapa del trabajo de campo, le pregunté a Adri, una paciente, por un tatuaje que descubrí en su muñeca izquierda mientras se lavaba las manos antes de la inyección. Ante el lánguido suspiro que obtuve por respuesta, comenté:

- Es una historia larga, ¿no?
- Sí, es que para contarla... –me contesta la paciente.
- Eso luego la coges y le preguntas. Que se lo curre –le dijo con complicidad el enfermero refiriéndose a mí.

Por otro lado, las entrevistas jugaban un rol interesante en el proceso de la investigación que iba más allá de la información que pudiese recabar en ellas. Algunos pacientes se ofrecían espontáneamente como informantes, y a veces deseaban repetir el encuentro. Incluso llegué a percibir cierto pesar en algunos que aún no había entrevistado, como si interpretasen que me importaba menos su opinión o sus experiencias que las de otros pacientes. Por supuesto, habría sido interesante profundizar en las historias de todos los usuarios. Sin embargo, conforme se consolidaban los objetivos de la etnografía, los relatos de vida, sin dejar de ser relevantes para comprender cómo los usuarios valoraban y significaban su paso por el dispositivo, ocuparon un lugar secundario. Encontraba más fecundo para mi trabajo mantener conversaciones espontáneas con ellos, que servían para matizar y aclarar situaciones que había observado a partir de su punto de vista. A su vez, podía contrastar la perspectiva de los pacientes con los comentarios que me hacían los profesionales en esas circunstancias.

Ino Rossi y Edward O'Higgins resaltan las ventajas de la espontaneidad y el carácter procesal que concede la observación participante a la hora de elegir a los informantes para las entrevistas:

“al ser ellos mismos testigos de los acontecimientos, los antropólogos pueden contrastar mejor las relaciones de sus informantes acerca de estos mismos acontecimientos, o tienen la posibilidad de complementar tales relaciones con su propia observación. (...) puede, asimismo, averiguar qué tipo de individuos son los más directamente implicados en las actividades cotidianas (...), el papel de cada informante en las distintas actividades de la comunidad, [y] cuáles son sus limitaciones” (Rossi y O'Higgins, 1981:164).

Así pues, en lugar de planificar *a priori* la composición de la muestra para las entrevistas, preferí dejarme guiar por mis impresiones, que fueron matizándose a lo largo de las estancias y, más tarde, se ampliaron con la llegada de nuevos pacientes. Aunque no puede decirse que aplicase de forma sistemática una serie de “criterios de segmentación” para procurar una muestra representativa, intenté acercarme a distintos “perfiles” de pacientes. Así, además de orientarme por los comportamientos que observaba en el campo, tuve en cuenta aspectos tales como la edad, la duración de la carrera de consumo de drogas, el deterioro físico y cognitivo asociado a las formas de existencia que ese aparejaba, el policonsumo –sobre todo de cocaína, benzodiacepinas y alcohol–, así como la adhesión y resistencias al programa, que a veces se expresaban en forma de conflictos con las normas del centro, sanciones, expulsiones. Para valorar un concepto tan “tramposo” como la exclusión social, aludiendo a Castel (2004), que era causa y consecuencia de muchos de los anteriores aspectos, valoré la consistencia de la red social y el vínculo familiar, la situación ocupacional o laboral, las condiciones de la vivienda –p. ej., casas abandonadas, cuevas, estancias ilegales o en régimen de alquiler, viviendas compartidas con compañeros o familiares, así como la disponibilidad de luz y agua corriente, etc.–, el acceso a los servicios sociales y sanitarios, los recursos económicos –ausencia o no de ingresos, cobro de subsidios, etc.– y los compromisos con la justicia–estancias en prisión, permisos–. En cuanto al sexo, incluí a dos de las cuatro mujeres que actualmente participan en el programa, aunque con todas ellas mantuve conversaciones espontáneas que registré en mis notas.

En total, suman diecinueve entrevistas a once pacientes, dentro de un universo que ha oscilado a lo largo de estos años entre los diecinueve y veinticinco usuarios. Intentando conseguir un clima de confianza con los informantes, realicé las entrevistas en diferentes ambientes, como cafeterías, terrazas y plazas de los alrededores del centro, así como en parques más céntricos, si bien no resultaba fácil encontrar un lugar neutro y silencioso donde disponer de intimidad para hablar de

cuestiones delicadas. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas, así como algunas de las conversaciones con pacientes y profesionales, a excepción de una entrevista de más de dos horas de duración. Por razones operativas, para el análisis de esta última decidí anotar directamente los tiempos en que emergían cuestiones relevantes según los conceptos y unidades de análisis, de manera que pudiese transcribir más adelante los fragmentos más significativos.

Respecto a las dificultades en aplicar esta técnica, puesto que cuando empecé el trabajo etnográfico no contaba con experiencia previa en metodologías cualitativas ni tampoco en el campo de las drogodependencias, supongo que pasé por todas las adversidades que se encuentra cualquier investigador novato. Para empezar, no me quedó más remedio que olvidarme de planificar las entrevistas para adaptarme a la variable disponibilidad de los pacientes. Con frecuencia, después de haberme provisto de grabadora, micrófono, cuaderno de notas y cámara fotográfica, cuando saludaba en el centro a mi esperado informante este se excusaba diciendo que ese día no tenía tiempo y que lo dejásemos para otra ocasión, sin llegar a concretar cuándo. Asimismo, los conflictos suscitados en el dispositivo tenían una clara influencia en la receptividad para las entrevistas. En los momentos de crispación o mientras durasen sus actitudes hostiles con los profesionales después de haberse presentado algún problema, era ingenuo esperar la colaboración directa de los pacientes. Por otro lado, tampoco me parecía oportuno solicitarla dada su mayor vulnerabilidad en esos momentos delicados. También me sorprendía su relativa valoración del tiempo, ya que para algunos estar “disponible” significaba concederme apenas quince minutos de charla en una plaza mientras esperaban el autobús, echando de pronto a correr para no perderlo. Con el tiempo observé que algunos preferían contarme espontáneamente sus historias, ya que reconocían tener poca paciencia para pasar una hora hablando de sí mismos. Otras veces evocaban momentos traumáticos que les alteraba y decidían dejar ahí la conversación. Una dificultad añadida radicaba en los discursos poco estructurados de muchos pacientes, así como una tendencia a escatimar detalles a la hora de relatar las experiencias vividas. En su estudio cualitativo sobre el ensayo clínico de prescripción de heroína, Blanken *et al.* se refieren a la limitación de “las capacidades cognitivas y verbales de las capacidades de los pacientes”, y reconocen el sesgo a la hora de entrevistar a los participantes que mejor se expresaban verbalmente (2010:S136). Al respecto, después de mi experiencia etnográfica, creo que más que de “limitaciones cognitivas” cabría hablar de nivel educativo y de procesos de adaptación a la realidad cotidiana de los usuarios, especialmente los que han seguido largas trayectorias de consumo. Por

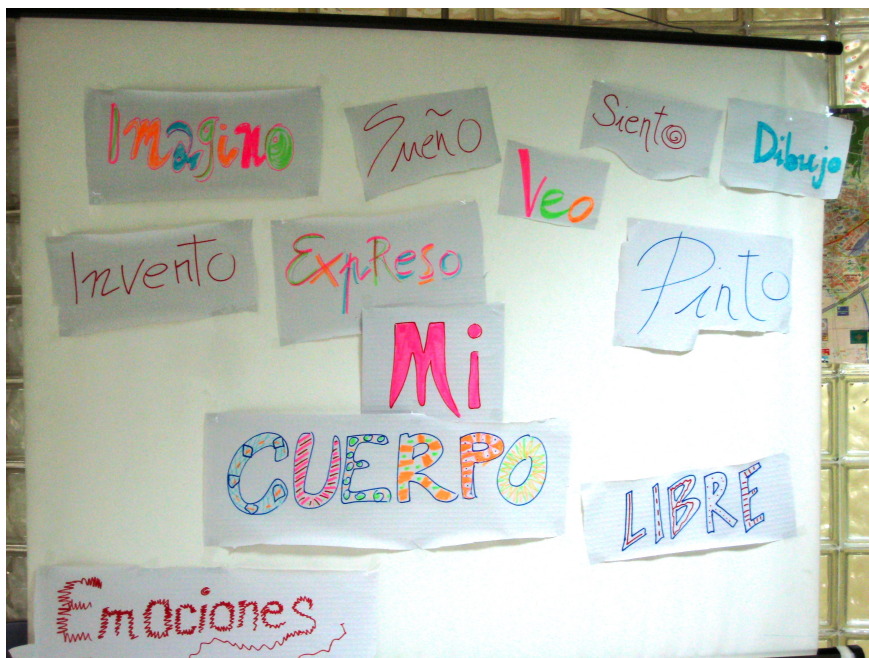
otro lado, la fascinación que despertaban en mí todos los sujetos de estudio me previno de caer en ese tipo de sesgo a la hora de seleccionar a los informantes. Sin embargo, aunque intentaba plantear las entrevistas abiertas con preguntas muy generales para que empezasen a hablarme de lo que ellos considerasen más relevante, usando sus propias palabras, reconozco que a menudo se hacía necesario sonsacarles y guiar la conversación más de lo que habría deseado. Asimismo, me resultaba difícil entender a ciertos pacientes por su pronunciación y marcado acento andaluz, la falta de vocalización o el habla farfullante que presentaban algunos después de la inyección. El reto aumentaba cuando me disponía a transcribir las grabaciones, ya que las voces se mezclaban con el ruido ambiente de manera que a veces resultaban casi ininteligibles, aunque por suerte solía recordar sus palabras.

Siguiendo con las limitaciones por mi parte, confieso que al principio sentía inseguridad como etnógrafa y me suscitaba un conflicto moral el hecho de instrumentalizar las relaciones sociales para obtener una información sin tener aún claros los objetivos del estudio. Más adelante describiré algunas de las dificultades que se me presentaban en mi relación con los usuarios, especialmente en los encuentros cara a cara. Por otro lado, durante la transcripción de las entrevistas y de algunas conversaciones mantenidas en el centro, comprobaba con decepción que había recabado menos información de la esperada sobre algunos aspectos clave, y a menudo sentía rabia por no haber sabido aprovechar oportunidades que parecían tan claras *a posteriori*. Otras veces, era mi intervención la que tenía un efecto contraproducente, cuando en los momentos de pausa trataba de animar a mi interlocutor a seguir hablando y acababa desviando su discurso. Así pues, aunque la tarea de transcribir se me hizo aburrida, me sirvió como ejercicio para mejorar mi estrategia durante las entrevistas, así como para preguntar de forma indirecta sobre temas delicados o inconscientes, como por ejemplo, las representaciones sobre el cuerpo.

La experiencia del mapa corporal colectivo.

Si bien las técnicas referidas me posibilitaban acceder a las representaciones sociales a través de la palabra y las prácticas observadas en el centro, se me antojaban insuficientes para profundizar en los procesos de incorporación de los sujetos de estudio. Recuperando una vieja idea, probé una vía metodológica alternativa para acceder la dimensión simbólica de la corporalidad en los usuarios, más allá de la palabra y de las prácticas estereotipadas que seguían en el centro. Los

movimientos artísticos tales como el Body Art y el Accionismo Vienés de los años sesenta y setenta en EE.UU. y Europa, respectivamente, que tomaban el cuerpo como espacio de representación, me inspiraron para proponer una actividad que rompiera con la rutina disciplinaria del programa y sirviese de plataforma de expresión plástica de su cuerpo vivido. Por descontado, el juego, la creatividad y la libertad tenían que ser ingredientes imprescindibles para incentivar la participación y abrir su imaginario. Inicialmente, se me ocurrió pedirles que trazasen la silueta de su propio cuerpo en papel continuo (con el que se cubren las camillas), animándoles a escribir, dibujar, colorear y pegar diversos elementos sobre su propia figura (tanto dentro como fuera) a modo de *collage*, para expresar sus emociones, pensamientos, deseos, ideas, sentimientos, fantasías, etc.



Sugerencias para la realización del body-chart.

Pero la noche anterior a la actividad, pensé que sería preferible que trabajasen sobre única silueta para fomentar la participación en grupo y que surgiesen más ideas. Además, me incomodaba la idea de invadir la sala de observación. No obstante, cuando le comenté a José Ángel mi propuesta, me aclaró que esa sala era “el espacio de los pacientes”. Más tarde, revisando bibliografía sobre arteterapia, encontré que esta técnica de representación corporal se conoce como *body chart*, aunque mi planteamiento se alejaba de los propósitos de esa disciplina y la llevé a cabo con bastantes modificaciones para acomodarla a los objetivos de la

investigación etnográfica⁸. Por ejemplo, prescindí de la relajación inicial – la propia heroína ya cumplía en parte esta función– y de la puesta en común tras la sesión. Aunque habría sido interesante que compartiesen sus experiencias, expectativas, dificultades o sensaciones, el ritmo asistencial del centro, la llegada escalonada de pacientes y sus compromisos a la salida no se prestaban a ello. En su lugar, para intentar conocer sus percepciones les preguntaba por el sentido de sus dibujos, comentábamos los progresos o bromeábamos inofensivamente sobre las ocurrencias de los compañeros. Eso sí, con el ánimo de no sesgar ni obstaculizar el proceso creativo, me abstenía de emitir juicios de censura, haciendo sólo valoraciones positivas.

La propuesta tuvo buena acogida entre los pacientes, estando algunos familiarizados con este tipo de talleres y disciplinas afines. Por ejemplo, Heaven había sido bailarina de ballet clásico, y Mimalo me contó que había realizado un curso de expresión corporal con Estrella, su pareja, así como de taichí. La participación durante el par de días en que se desarrolló la actividad sobre el suelo fue mucho mayor de la esperada. Incluso los propios pacientes se encargaban de animarse unos a otros, reprochando que algunos se marchasen: “¡Nunca te quedas pa’ na!”. También explicaban en qué consistía la actividad a los compañeros que, como Monti, preguntaban extrañados al llegar: “¿Qué es esto?”. “Eso soy yo, que me tumbé ayer y me hicieron la silueta”, le contestaba orgulloso El Gato con Botas. La dedicación fue menos intensa en la segunda jornada, pero se sumaron usuarios que antes se habían mostrado pasivos o indiferentes. Así por ejemplo, si el primer comentario de Estrella al encontrar a sus compañeros en el suelo, canturreando y afanados en la tarea que se traían entre manos, había sido: “¿Esto qué es, como en la guardería?”, y se mantuvo al margen, al día siguiente no se resistió a escribir en el mural una frase de inspiración anarquista. Por otro lado, una de las médicas me previno de una posible desmotivación de los pacientes (“Se saturan en seguida (...) se cansan de las cosas muy rápido”). Incluso Miky me advirtió que no acostumbraba a sumarse a las actividades que a veces se organizaban en el centro, puesto que tenía “horarios fijos” y prefería “meterse en su cueva”, y que si participaba lo haría “sólo por mí”. Sin embargo, varios pacientes continuaron haciendo aportaciones al *collage* incluso a mi vuelta de vacaciones de Semana

⁸ Cabe apuntar que la idea de trasladar técnicas procedentes de la psicoterapia a la praxis de las ciencias sociales no es ninguna novedad. Como recuerda Jesús Ibáñez (1998:80), el uso de las entrevistas en profundidad en el campo de la investigación social tiene su origen en la “psicoterapia no directiva”, siendo el propio Carl Rogers el primero en proponer esta aplicación, en 1945.

Santa, y curiosamente Miky resultó ser uno de los usuarios más entusiasmados con la iniciativa.



Fotografías de usuarios elaborando el mural del body-chart colectivo.

El primer día, José Ángel cambió su puesto en la sala de inyección por el de la sala de espera para ayudarme con la actividad y “evitar problemas, aunque –añadió– no creo que hubieses tenido ninguno”. Con ayuda del guarda de seguridad, que prestó una gran colaboración, extendimos el pliego de papel sobre el suelo y el material que llevé: objetos de reciclaje (papel de propaganda, carteles, plásticos para colocar frutas, una ramita de dátiles, cables, plástico de burbujas, envases de cereales, etc.), cajas de pinturas, tijeras, bolígrafos, etc. Conforme acudían los pacientes, les explicaba en qué consistía la actividad, sugiriéndoles que empezasen después de la inyección si lo preferían, dado que a veces llegaban con cierta impaciencia para pincharse. Para mi sorpresa, se lanzaron a participar con tal concentración que a veces los enfermeros les tenían que recordar que había llegado ya su turno.

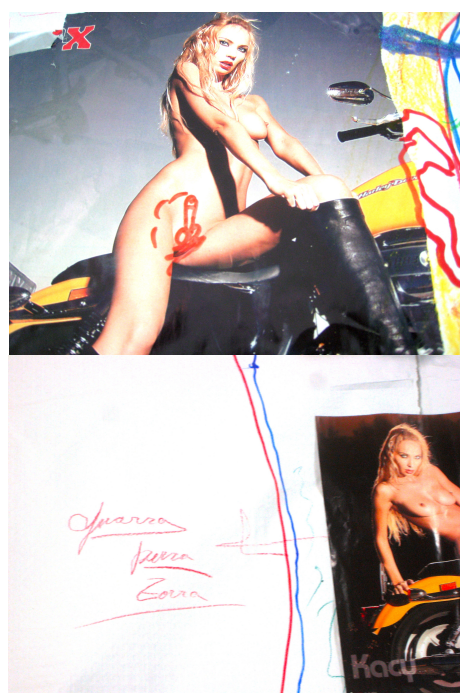
Para estimular y agradecer la participación, siguiendo la sugerencia de Miky, ofrecí un aperitivo cuando algunos ya se habían sumido en la tarea, y traté de amenizar el momento con música, que resultó un elemento clave para canalizar la fuerza creativa y el ambiente de camaradería del grupo. Pensé que sería buena idea empezar con música relajante, eligiendo un estudio de Chopin, pero a las primeras notas empezaron las protestas. Así que cambié a un conocido tema de Sabina y luego otro de Winehouse. Viendo que el estilo no terminaba de acompañar, probé suerte con Pink Floyd. Fue todo un acierto. “La musiquilla es lo más auténtico”, dijo Víctor mientras sonaba *Young Lust*. Algunos tarareaban las canciones, en un inglés algo sui géneris que alternaban con castellano. Así por ejemplo, Monti improvisaba *Good bye, Blue Sky* con la siguiente letra: “Tengo mucho miedo a los hijoputas. Vienen con los perros por ahí a quitarnos la vida. Necesito una chica fácil (...) Eso dicen. En realidad no es así, pero dice algo de eso”. Mientras, Heaven pintaba corcheas junto a la cabeza del personaje al que daban vida entre todos: “La música que nunca falte. ¡Olé!”. De hecho, con cada pausa el ambiente cambiaba por completo, y se volvía estático, anodino, opaco e institucional.



A modo de crítica, Miky pegaba patatas fritas y vasos de plástico a los pies de la silueta, lamentando “la abundancia que hay, que podemos tirar comida”, así como no tener colillas a mano para usarlas en su lugar. Aproveché su comentario para animarles a que trajesen los materiales ellos mismos, cualquier objeto de desecho que encontrasen por la calle o que tuviesen por casa y les sugiriese algo. En última instancia, esa es la idea del Art Brut. De forma espontánea, algunos se sirvieron de elementos del entorno clínico, como tiritas, que mezclaban con fotografías de la revista *Interviú* a las que algunos añadían una particular carga pornográfica. Al día siguiente observé que la parte superior del mural ya lucía colillas. Después, se colgó el dibujo a modo de mural en la sala de observación para que pudiesen seguir añadiendo elementos.

Aparte del contenido simbólico de aquel Prometeo colectivo, el propio proceso de gestación devino una oportunidad para observar los cambios en el lenguaje y la proxémica entre los usuarios, cuyos códigos se relajaban de forma notoria. Por otro lado, al tratarse de una obra común, resultaba interesante observar cómo asumían o cuestionaban la autoría. En general, se sentían orgullosos del resultado y comentaban los avances con los enfermeros o conmigo (“Está quedando bien”; “Mira qué guapa está”). Pero no dejaban de reprobar algunas aportaciones. A diferencia de las explícitas e hiperbólicas alusiones al uso de drogas que componían la imagen del fantástico personaje colectivo, la obscenidad de algunas representaciones de tipo sexual despertaba rechazo. Así por ejemplo, a Adri y Heaven les disgustaba que los chicos pegasen fotografías de chicas desnudas. Pero si esta última respetaba la libre expresión de cada cual, la primera se tomó la revancha, atreviéndose con unas ilustraciones que no dejaron a nadie indiferente, acompañándolas de comentarios de censura.

“La verdad es que somos la hostia. ¿Quién ha pintao eso?”, preguntaba Juan Luis señalando la imagen de un falo eyaculando que alguien había dibujado sobre la foto de una mujer posando en cueros (en ambos sentidos) subida a un ciclomotor, así como los insultos de “guarra”, “perra” y “zorra” proferidos al mismo personaje. Valga añadir que mientras Adri se entretenía en hacer estas ornamentaciones, le preguntaba al compañero de al lado: “¿Te gustan las rubias? Las rubias son más guarrindongas que nosotras las morenas”. Asimismo,



cuando al final de la sesión, Ara, la enfermera, vino a observar el resultado, también a ella le llamó la atención el texto de Adri. Al revelar la autoría, me contestó: “Pobre Adri, le ha dado rabia. Le ha dado rabia”. Por su parte, Miky negaba con la cabeza, como si se hubiera cometido un ultraje contra una de sus contribuciones que, hay que reconocer, había servido para romper el hielo: “Habrá sido... algún resentido”. Así, mientras que las mujeres juzgaban de mal gusto las imágenes pornográficas, los hombres hacían lo mismo con las aportaciones de rechazo y censura, aunque cuando al día siguiente Generation X comentó: “Está feo, ¿no?, la actitud de Miky había cambiado: “Ya, pero hay que expresar lo que cada uno quiera”. Pero la reacción de protesta de estas dos usuarias, supuestamente hacia el machismo indolente implícito en las representaciones de sus compañeros, también podría interpretarse como una manifestación de celos hacia la imagen del cuerpo femenino que despierta deseo –dejando de lado la inexistente voluptuosidad de la modelo en cuestión–, en contraste con sus frágiles cuerpos desexualizados.

Así, a través de los distintos grados de desinhibición que denotaban las diversas representaciones y la valoración de las mismas por los pacientes, se podían tantear cómo operaban las diferencias de género y de clase social en la configuración de la economía libidinal en relación con la droga y el sexo. Asimismo, con el ejemplo de la impronta de la prostitución callejera en el imaginario de Adri se ponía de manifiesto el modo en que, en palabras de Bourdieu, la interiorización de las estructuras objetivas y la experiencia corpórea del mundo perfilaba el *gusto* de cada usuario, hasta el punto de escandalizar a los espíritus más curtidos. Por otra parte, me sorprendió que algunos pacientes encontrasen en esta actividad plástica una vía de expresión para plasmar metafóricamente sus inseguridades y conflictos vividos en el propio centro. En suma, como analizaré más adelante, la figura humanoide que compusieron ejerció de “devenir” colectivo, en el sentido de Deleuze y Guattari, reuniendo representaciones del conjunto de los símbolos corporales que los usuarios significaban en su propio cuerpo, como tatuajes y cicatrices, que a su vez me iban mostrando generosamente y sin un ápice de pudor.

Notas autorreflexivas sobre el proceso de acogida.

Como es sabido, entre los antropólogos neófitos es bastante común el deseo de pasar tan desapercibido en el campo de estudio como una

“mosca en la pared”⁹. Es decir, mimetizarse con el entorno y evitar intervenir, con el objeto de no contaminar los procesos de interacción social que se pretende estudiar. Sin embargo, difícilmente un individuo ajeno a una institución pequeña puede pasar inadvertido en ella. Asimismo, desde los años setenta la falacia de la objetividad en los estudios antropológicos ha sido una cuestión ampliamente discutida (Kuper, 2001), quedando superada. Remitiéndome a mi propia experiencia etnográfica, desde mi aparición en el lugar de estudio, tanto los profesionales como los pacientes me asignaron un rol que, aunque fue matizándose con el tiempo, les permitía seguir un código de relación social. De acuerdo al modelo de situación teatral de Griaule, “la simulación dramática [intrínseca a la observación participante] consiste en instrumentalizar las relaciones sociales con un objetivo de conocimiento” (Velasco y Díaz de Rada, 2006:24). Pero a su vez, este “juego de máscaras” al que alude el etnólogo francés servía para modular nuestros discursos y obtener información de forma recíproca. Por otro lado, una vez dejó de preocuparme el inevitable efecto de mi presencia en el campo, resultaba más sencillo establecer *rapport*. Ofreciendo una imagen real de mí misma, sin preocuparme por fingir ni ocultar, la relación con los actores sociales cobraba naturalidad, pudiendo mostrar empatía, humor, comprensión, etc., al tiempo que el diálogo entre nuestros respectivos roles resultaba muy fecundo para la investigación. Así pues, si bien puede pensarse, siguiendo a Augé, que mi relación con los actores sociales del lugar de estudio era, en última instancia, de “naturaleza intelectual”, dado que el sentido de la observación participante en el centro era el de “penetrar en las razones del otro” (2007:40), también había una dimensión afectiva intrínseca a este juego.

A continuación, plantearé un ejercicio de reflexividad acerca de mi proceso de socialización en el campo, o “resocialización” (Berger y Luckmann, 1984, en *Ibid.*, p. 27), atendiendo al modo de gestionar los diferentes papeles que desempeñé como mujer, joven, médica, residente, doctoranda, etc., en mis sucesivas estancias. Empezaré describiendo cómo influyó el modo de acceso y las posteriores vueltas al campo en la

⁹ Valga recordar que esta famosa imagen proviene del campo de la antropología visual. En la clasificación que Peter Ian Crawford (1992) propone para la representación del cine etnográfico, se sirve de la metáfora de la mosca para distinguir tres modos según la posición del realizador: a) modo perspicuo o “mosca en la pared”, en el que el autor permanece a distancia de la acción representada, evitando la interacción con los actores; b) modo experiencial o “mosca en la sopa”, donde el realizador interviene en la escena, con distintos grados de proximidad; c) modo evocativo o “mosca en el yo”, cuando el cineasta reflexiona sobre la representación de la realidad a través de su producción fílmica, atendiendo a su relación con la cámara, la acción y los personajes.

percepción de mi rol desde el punto de vista institucional, especialmente por parte de la dirección del centro. A continuación, comentaré cómo me sentí recibida por cada grupo, y cómo se fue perfilando mi rol en las distintas etapas de la investigación etnográfica, hasta llegar a integrarme plenamente en la vida cotidiana del dispositivo.

Llegada, distanciamiento y regreso a la institución.

A pesar de que el permiso oficial por parte de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social para llevar a cabo mi proyecto no lo tuve en mano hasta el año 2008, gracias a mi colaboración con algunos de los investigadores del ensayo clínico en la EASP, y especialmente después de dar a conocer mi proyecto en una reunión con el Director del centro y algunos de los responsables de la Administración que sustentaba el programa, pude acceder al lugar de estudio desde principios del año anterior. Durante mi primera estancia en Granada, se me brindó la oportunidad de enrolarme en algunos de los estudios de seguimiento e iniciativas en marcha, lo que me sirvió para conocer desde dentro la arquitectura de la investigación en torno al programa. Así pues, mi primera visita al centro fue de la mano de mi colega Manuel Romero. Teniendo en cuenta el modo en que me introduje en el campo, así como la inmadurez de mi proyecto por entonces, sin haber siquiera tomado una decisión firme entre las opciones de Tesis Doctoral que se me planteaban, el primer rol que jugué en mis primeras visitas, o al menos el que debían percibir tanto los pacientes como los profesionales, tenía más que ver con mi calidad de investigadora en la EASP que con mi propio proyecto de tesis. Al principio intenté combinar el papel de etnógrafa con el desempeño de otras tareas que eran las que, en ese momento, me legitimaban para estar allí. Así, por ejemplo, aproveché la ocasión de administrar cuestionarios a los candidatos al programa para establecer contacto con los actores sociales, hacerme una primera impresión del lugar, así como para perfilar y concretar los objetivos de lo que empezaba a ser mi tesis. Más adelante, especialmente a partir de la segunda estancia, conforme me veían acudir sola en mis sucesivas visitas y me centraba en la observación participante y la realización de entrevistas en profundidad, hasta desentenderme definitivamente de los cuestionarios, percibí cómo los pacientes me atribuían un rol de investigadora no sólo más independiente, sino también más próximo.

Aunque el vínculo con los investigadores de la EASP me reportó grandes ventajas, debo decir que también me reportó algunas dificultades durante la investigación etnográfica. Cuando empecé el trabajo de campo, ya me

habían prevenido de que las relaciones con la dirección del centro no eran especialmente fluidas. La polarización que encontré llegaba a ser tan manifiesta que incluso los usuarios se servían de ella para sus estrategias de resistencia. Los más reivindicativos buscaban apoyo en Joan Carles March, el investigador principal del proyecto, para hacer frente a las medidas tomadas por la gestión del centro que consideraban injustas. De hecho, al menos durante mis estancias no hubo un solo encuentro cara a cara entre los responsables de ambas instituciones, hasta que se produjo un cambio de dirección en el centro que contribuyó a relajar la situación.

En esa primera etapa, pude percibir que el Director del centro tenía esperanzas de que mi colaboración sirviese de enlace entre ambas instituciones. Tuve la impresión de que me asignaba un papel similar al que había desempeñado Eugenia Oviedo-Joekes, una de las investigadoras del grupo con la que llegué a coincidir poco antes de continuar su carrera en la Universidad de Columbia, en Canadá. Pero no sé hasta qué punto era consciente de que yo sólo estaba desarrollando un programa formativo durante mi estancia en Granada, aunque algunas de mis tareas estuviesen relacionadas con una de las iniciativas más arriesgadas que se tomaron en ese momento: la admisión de nuevos pacientes. A veces, delegaba en mí tareas relacionadas con la flexibilización de los protocolos que escapaban de mi competencia, y que tenían más que ver con la praxis asistencial y el criterio facultativo que con las actividades formativas que había ido a desarrollar durante mi rotación. Más de una vez pensé que me había buscado innecesariamente un “amo” más (en el sentido lacaniano), a pesar de que, al fin y al cabo, no tenía un contrato laboral con ninguna de las dos instituciones. Pero lo más molesto de la ambigüedad de mi rol era verme en medio de un juego de antagonismos y suspicacias. Así, por ejemplo, en ocasiones el Director me solicitaba documentos que custodiaba el grupo de investigadores y que no parecían dispuestos a ceder, con lo que, para ser sincera, acababa sintiéndome un poco instrumentalizada. Me incomodaba escuchar opiniones sesgadas esperando mi asentimiento, cuando conocía los dos puntos de vista de primera mano y, en realidad, ambos tenían su parte de razón.

A propósito, me permitiré relatar una anécdota que tuvo lugar a mi regreso a Alicante, cuando reanudaba mis rotaciones como residente en el Hospital de Sant Joan. Un día, recibí una llamada de Joan Carles March para pedirme un “gran favor” relacionado con un paciente. Al parecer, Vicente (con quien más tarde haría amistad) había planeado pasar sus vacaciones estivales en un pueblo de la costa levantina y había surgido un problema en la coordinación con el centro de metadona que le

correspondía en su lugar de destino. Según el Director del centro PEPSA, el usuario no había avisado con suficiente antelación para que el centro de metadona pudiese de abastecerse de las dosis necesarias. Por este motivo, el paciente debía desplazarse a Alicante para recoger su tratamiento, que quedaba a poco menos de setenta kilómetros de donde veraneaba. Sin embargo, lejos de conformarse con esta medida, Vicente amenazaba con denunciar al Director, y con “irse a los gitanos” a comprar heroína si no le hacían llegar la metadona.

Como sucedía en estas situaciones, Joan Carles actuó de intermediario y, para evitar que el paciente pudiese “desestabilizarse” y perder la mejoría que había alcanzado, me preguntó si podría encargarme yo de llevarle la metadona. Para ser sincera, la historia me sonó un poco rocambolesca y me producía inseguridad tener que formarme una opinión a partir de las versiones de cada uno de los actores implicados. Por otro lado, desconocía los procedimientos de transporte y dispensación en los centros de metadona en mi propia provincia. Pero coincidía con mi tutor en que el asunto podía agravarse y había que buscar la solución más fácil para Vicente. Además, podía ser una oportunidad para ganarme su confianza, así como demostrar mi implicación al grupo de investigadores con el que pensaba seguir colaborando. Por otro lado, Joan me aseguraba que el Director del centro coordinaría todas las gestiones necesarias para que no tuviese problemas. Así que estuve de acuerdo y me puse en contacto éste, que estaba a la espera, para que iniciase hiciese los trámites. En nuestra primera conversación, me relató su propia versión de lo sucedido haciendo énfasis en la poca antelación con que el paciente había pedido su permiso y criticaba su actitud testaruda. Por otro lado, me garantizó que arreglaría la documentación para que no tuviese problemas a la hora de recoger la metadona, dado que se trataba de una cantidad considerable y yo no era familiar del paciente.

Al día siguiente, llamé por teléfono a Vicente para conocer su punto de vista y comunicarle mi decisión. Lo encontré bastante afectado por el tema y encolerizó cuando le conté la propuesta que estábamos barajando, mostrándose indignado ante la “incompetencia” del Director: “¡Son de miedo! ¡Ya sólo faltaba eso, hombre, que te pidan a ti que me traigas la metadona!”. Insistió en que no me tomase la molestia, puesto que entendía que era el Director quien debía resolver el problema; pero acabó por aceptar mi favor con especial agradecimiento. A continuación, Vicente se extendió hablándome de la “manía” y los “celos” que percibía en algunos profesionales por sus recientes progresos, así como de sus recelos con la metadona. Después de colgar, me preguntaba si no estaría yo

pecando de paternalista cediendo a su “rabieta”, aunque por otro lado prefería evitarle riesgos mayores.

Una vez quedó programada la recogida, llamé la noche anterior a Jesús Aranaz, mi tutor principal como residente, para justificar que no asistiría a la sesión clínica de ese día. Su respuesta fue tajante: “Lo siento, pero no puedo darte permiso para que faltes por esa causa”. Y añadió: “Es más, mañana quiero que llegues la primera al Servicio de Preventiva, y ver que asistes a la sesión clínica como el resto de tus compañeros”. Al día siguiente, mi tutor me hizo pasar a su despacho y me pidió que le contase con más calma la historia. Después de escuchar mi relato con gesto circunspecto, me aclaró que no tenía ningún prejuicio contra los usuarios de drogas y apoyaba las iniciativas dirigidas a este colectivo. Pero le parecía inaudito que yo tuviese que transportar en mi propio vehículo un cargamento de metadona para ahorrarle el viaje al paciente, por más que amenazase, arriesgándome a tener problemas legales y que comprometiesen mi carrera profesional antes de acabar siquiera la residencia. “Además, dices que él está de vacaciones. Pero ¿y tú? Tú estás trabajando, ¿verdad?” Entonces es él quien se debe desplazar, o que pongan los medios necesarios, porque tu obligación es estar aquí”. Yo asentía, sin encontrar argumentos que objetar a un razonamiento que destapaba los temores aparcados en mi inconsciente. Pero le hice saber que me preocupaba que mi tutor en Granada interpretase que la negativa provenía de mí. “Dime el número de teléfono de Joan Carles, que ya me encargo yo de explicarle que ni yo como responsable, ni el propio Hospital, podemos permitir que una residente se ausente del trabajo y corra un riesgo personal y profesional por un motivo injustificado”.

Más tarde, cuando le conté lo ocurrido a Adrián Buzzaqui, mi director de la Tesis Doctoral por entonces, no pareció especialmente sorprendido por el episodio. En su opinión, tanto el favor que se me había solicitado, como mi disposición para hacerme cargo del asunto, demostraba hasta qué punto los sujetos familiarizados con la anormalidad pueden llegar a naturalizar situaciones que fuera de ese contexto resultan inconcebibles. En cuanto al desenlace, se adivinará que el paciente acudió a recoger su tratamiento.

La etapa de distanciamiento del campo no sólo resultó saludable, sino que, como sucedió más adelante durante la estancia en París, me permitió reflexionar sobre algunas cuestiones teóricas, metodológicas e incluso personales de mi investigación, replanteándome, entre otras cosas, el trabajo de campo. Después de completar las rotaciones en Alicante, volví a Granada a terminar el programa formativo de residente con una última

estancia de investigación en la EASP. Pero en esta ocasión, decidí centrarme en mi propio proyecto. Por un lado, aproveché para profundizar en la reflexión teórica, especialmente en relación al cuerpo y sus predicados, y por otro retomé el trabajo de campo orientado exclusivamente a los objetivos de mi estudio.

En cuanto a la investigación en el centro, he de reconocer que el Director intentó facilitar mi observación participante, incluso a pesar de que por entonces aún no había obtenido el permiso por escrito de la Consejería. Sin embargo, debido a su cargo, no dejaba de ceder a algunas presiones provenientes de su entorno profesional más próximo. Así, por ejemplo, cuando le avisé por teléfono de mi vuelta, me dio la bienvenida en tono cordial, pero añadió que *lo único* que me pedía era que evitase entrar a la sala de inyección. En su lugar, me instaba a “hablar con los pacientes” en la sala de espera, como habían hecho otros investigadores con anterioridad. Manteniendo el mismo tono de amabilidad, le argumenté que esa pieza era fundamental para mi estudio antropológico, y que él mismo había refrendado el permiso oficial donde se detallaba la metodología del mismo. Como alternativa, me propuso que me situase en la “pecera” que comunica con la sala de inyección a través de una ventana. Obviamente, la propuesta no resultaba mucho más ventajosa, ya que limitaba mi participación, el campo de visión y la interacción con los sujetos que se encontrasen en la sala. Más tarde, traté de averiguar el motivo de este extraño requisito recurriendo a los profesionales con los que tenía una mayor confianza. Según me informaron, en una reunión una enfermera había cuestionado mi presencia en esa sala, argumentando que, de acuerdo a la normativa del centro, incluso se limitaba el paso a los médicos. Para evitar conflictos con el resto de profesionales y los sindicatos, ya que el ambiente estaba algo caldeado, el Director pensó en una solución salomónica. A pesar de sus buenas intenciones, debo decir que su relevo al poco tiempo de mi regreso sirvió para relajar las tensiones, tanto internas como con el grupo de investigadores de la EASP, como ya he apuntado. Los cambios que siguieron en adelante contribuyeron a que, con el tiempo, lograrse una plena aceptación en el centro y desarrollase cómodamente el trabajo de campo.

Este aspecto me lleva a considerar la influencia de la relación de parentesco que mantenía con uno de los enfermeros del centro, a la que me he referido con anterioridad. Sin lugar a dudas, José Ángel, mi cuñado, fue quien desempeñó la función de portero durante mis estancias. No sólo por nuestro vínculo afectivo, sino por su compromiso con los pacientes, la buena relación que mantenía con muchos de sus compañeros, incluido el Director, así como el especial interés en facilitar

mi tarea cuando tomó su relevo. En cada una de las visitas en que coincidíamos, especialmente en los turnos en que se encargaba de vigilar la sala de inyección, José Ángel compartía conmigo sus opiniones e incertidumbres sobre lo que allí se hacía, aprovechaba para ponerme al tanto de los problemas surgidos durante mi ausencia, me hablaba de los cambios que observaba en los pacientes y me sugería aspectos interesantes para mi investigación, lo cual agradecía especialmente cuando aún me encontraba perfilando los objetivos de la tesis. Era tal la cantidad y, sobre todo, la calidad de la información que me brindaba, que apenas tenía que esforzarme en preguntar.

Sin embargo, también esta ventaja tenía su contrapartida, ya que entre algunos profesionales existían tensiones, rivalidades, y se había producido una cierta escisión por motivos sindicales, sobre todo en el personal de enfermería. Automáticamente, algunas enfermeras me adscribieron a uno de los “bandos”, lo que en términos prácticos se tradujo en una clara diferencia de interés a la hora de colaborar en mi estudio. Aunque me esforzaba en evitarlo, mi presencia les infundía desconfianza, y temían que la observación participante sirviese para trasladar una imagen tendenciosa del modo en que desempeñaban su trabajo y poner en entredicho la intervención, cuyo estatus ya de por sí era bastante inestable, cabe reconocer. Esta indisposición llegó a resultarme embarazosa y problemática, aunque procuré mantener el aplomo y negociar con el Director evitando enfrentamientos con el personal, a pesar de que a veces sus porfías parecían poner a prueba mi paciencia.

Por suerte, con el tiempo se acostumbraron a verme allí observando, haciendo preguntas y tomando notas, hasta que, tanto a los pacientes como los profesionales más suspicaces, dejé de parecerles un elemento incómodo y se convencieron de que no había mucho que temer. Poco a poco, llegó el momento en que pude disfrutar plenamente de la ayuda desinteresada de todos, al tiempo que fui ganando confianza, no sólo entre la gente, sino también en mi propio trabajo. En relación al proceso de socialización como etnógrafa, coincido con Augé en que asumir que la “postura de exterioridad es intelectualmente honesta porque corresponde a una situación de hecho” (2007:40). Obviamente, yo no desempeñaba un rol efectivo dentro del dispositivo y no dejaba de ser una observadora externa, con lo que difícilmente podía aspirar a ser “una más” en el centro. Pero durante mis sucesivas estancias, por un lado, se disipó la sensación de inutilidad y de pérdida de tiempo, “limitándome” a observar y anotar lo que pasase, que me había embargado en los primeros momentos. Por otro lado, llegué a reconocermme integrada y valorada en el grupo de profesionales y pacientes, especialmente por los usuarios que

encontré al inicio, ya que conforme se fueron espaciando mis visitas al ir alcanzando la saturación, cada vez que volvía me presentaban a algún paciente nuevo. Incluso algunos usuarios me manifestaron que les alegraría verme trabajar allí como médica, lo cual me sirvió de aliento. En la medida de sus posibilidades y según el vínculo afectivo trabado conmigo, trataban de prestarme su colaboración, viéndome cada vez más como una aliada. De manera espontánea, tanto los pacientes como, sobre todo, los profesionales, me contaban sus impresiones y destacaban todo aquello que en su opinión podía ser de interés para mi estudio.

Otro aspecto que me ha preocupado ha sido el de la retroalimentación del proceso de investigación, del que me ocuparé con más detenimiento en el siguiente capítulo. A su vez, los profesionales también compartían una actitud reflexiva acerca de su propia praxis asistencial y producción investigadora. Así por ejemplo, cuando, siendo ya Director, José Ángel me presentaba a los pacientes para solicitar su participación en mi estudio, les decía: “Ya sabéis que nosotros siempre queremos devolveros la información, presentándoos los resultados, ya sea un artículo, una ponencia, lo que sea”. A lo que yo apostillaba: “Sí, claro, cuando vaya a enviar algo a algún sitio os lo daré a conocer antes”. Sin embargo, en la práctica, los pacientes no parecían especialmente interesados cuando les llevaba mis comunicaciones a congresos, y dudo que llegasen siquiera a ojear los resúmenes. Evidentemente, la solución pasaba por dedicar tiempo en “traducir” con ingenio los resultados a su lenguaje para propiciar la discusión. Pero por falta de recursos, materiales y temporales, dejo pendiente mi compromiso para las posibles publicaciones que se deriven de mi investigación.

La entrada en escena junto a los pacientes: presentación y confidencialidad.

Cuando me presentaban a los pacientes, los profesionales se referían a mí como una “investigadora”, dejándome la tarea de explicar el tipo de estudio que pretendía llevar a cabo. Dado que pocos eran los que terminaban de hacerse una idea clara de lo que significaba aquello de un “trabajo antropológico”, les decía que mi cometido consistía en observar el día a día lo que se hacía en el centro y recoger sus opiniones y experiencias, con el objeto de reflexionar sobre el programa y ofrecer una visión de la realidad del mismo, ya que se trataba de una intervención novedosa, desconocida y, además, como bien sabían, había reticencias para extenderla a otros lugares. Algunos pacientes se entusiasmaban con la idea de que mi estudio pudiese servir para derrumbar mitos y

proyectaban sobre mí sus deseos de desestigmatizar a su colectivo y la intervención en sí misma. Automáticamente, me atribuían el rol de “abogada” del programa, lo cual tampoco respondía al propósito de la tesis, como si yo tuviese capacidad de influir en los círculos de poder. Para no alimentar falsas esperanzas respecto al alcance de la investigación, procuré dejarles claro que la finalidad, en última instancia, se limitaba a difundir la experiencia de este programa en congresos y quizá en encuentros con profesionales, asociaciones de pacientes, etc., así como intentar publicar los resultados y conclusiones en revistas científicas.

Asimismo, tal vez bajo la influencia de la tradición en el campo de la epidemiología, por no hablar del estricto cumplimiento de los protocolos éticos en la praxis médica, elaboré un documento para que los participantes firmasen su consentimiento informado. Hay que decir que la colaboración en estudios que se prolongan en el tiempo, como es el caso de los trabajos de corte etnográfico, debe ser negociada a lo largo del proceso de investigación, puesto que es previsible que las circunstancias de los actores sociales cambien y surjan nuevas situaciones que puedan comprometer su participación. Así pues, en mis sucesivas estancias en el centro respeté en todo momento la voluntad de los pacientes acerca de la confidencialidad y el anonimato.

A pesar de la artificialidad y el estatismo que pueda atribuirse a este tipo de documentos, el consentimiento informado me proporcionaba un respaldo legal que los propios profesionales me aconsejaron, especialmente después de la entrada en vigencia de la nueva ley de protección de datos. Para hacerme consciente de las posibles consecuencias de no tener en cuenta estas medidas, José Ángel me contó el caso de un usuario que había denunciado a una cadena de televisión por aparecer en un reportaje sin haber cedido sus derechos de imagen, reclamando una gran suma de dinero. Incluso me facilitó el modelo del que disponían para solicitar este tipo de permiso. A modo de ejemplo etnográfico, valgan unas notas de campo sobre el modo en que este profesional me presentó a dos nuevos pacientes, cuando ocupaba el cargo de Director del centro:

José Ángel me presenta a Fali, un paciente que acaba de incorporarse. Le explica que soy “investigadora” y que cuento con el permiso de FADAIS para llevar a cabo mi estudio, pero que, aun así, a los participantes se les solicitará que firmen un consentimiento informado. Añade que el centro también lo prefiere así. Anticipándose a mi intervención, le anuncia que la finalidad del estudio es “dar a conocer esto fuera”, por lo que los usuarios tienen que estar dispuestos a que la información que me brinden “salga de allí”. Además, le recuerda que ya se le advirtió de la posibilidad de participar en algunos estudios, dado el carácter experimental del programa. También insiste en que se garantizará la

confidencialidad y el anonimato. Aunque parece que ya está todo dicho, intervengo para matizar con mis propias palabras el sentido del estudio y hablar de la dinámica que sigo para el trabajo de campo, tratando de que el usuario se familiarice con la metodología etnográfica, así como de restarle gravedad a la situación. Pero Fali no parece extrañado por nada de lo que acaba de escuchar y está conforme en prestar su colaboración: “En principio sí, en principio sí”, contesta.

Al rato, otra enfermera me presenta a 201, una paciente que lleva un año en el programa, explicándole que estoy realizando un trabajo allí. Aunque llegamos a coincidir al final de la etapa anterior de mi trabajo de campo, la usuaria dice no recordarme con claridad. Al momento, llega José Ángel y nos invita a pasar a su despacho. Percibo por su actitud que quiere formalizar la presentación para dar más relevancia a mi trabajo, y aborda las mismas cuestiones, añadiendo la posibilidad de que le solicite alguna entrevista. La paciente escucha con atención y, cuando el Director le anima a que me plantee sus dudas, 201 se interesa por averiguar en qué consiste el trabajo, su finalidad y el destino que le voy a dar la información recabada. Le respondo de forma similar a su compañero. A pesar de mostrarse dispuesta a participar, en cuanto menciono el permiso de los derechos de imagen, la usuaria muda la expresión de su rostro y, contrariada, responde tajantemente: “Fotos no”. Trato de calmarla: “Bueno, no pasa nada. No es necesario”.

En general, no encontré resistencias para colaborar en mi estudio, aunque, como se ve, algunos se mostraban recelosos con la confidencialidad y el uso que pudiese dar a los comentarios registrados. Así, por ejemplo, cuando, de camino a una cafetería para realizarle una entrevista, le explicaba a Vicente que no disponía de ayuda para las transcripciones, se mostró preocupado ante la sola posibilidad de que otra persona escuchase lo que él fuese a contarme. Por otro lado, a algunos les inquietaba que pudiese anotar cualquiera de sus comentarios en mi cuaderno (“¿Y si digo que quiero matar al Presidente?”), y una paciente no llegaba a entender por qué les pedía que firmasen un documento con su nombre y apellidos si luego no iban a figurar sus nombres reales (“¿Para que se sepa que lo hemos dicho nosotros, que no te lo has inventado tú?”). Hubo una excepción con un paciente, que se negaba a firmar porque se sentía decepcionado del programa, y frustrado después de haber participado religiosamente en cada una de las investigaciones relacionadas con la intervención (“¿Investigar para qué? Yo ya he participado en muchos estudios y, ¿de qué ha servido? Lo siento, pero no”). Al poco tiempo abandonó el centro y fue derivado a un programa de metadona.

Puesto que uno de los objetivos de mi investigación etnográfica consistía en describir las relaciones que observaba entre integrantes del centro, juzgué apropiado pedirles también a los profesionales su consentimiento informado, pese a no ser estrictamente sujetos de estudio. Si bien todos estuvieron dispuestos, hubo dos enfermeras que mostraron reservas por

que registrase sus respuestas a las provocaciones de algunos usuarios, en parte porque temían que pudiese perjudicarles laboralmente. Yo les expliqué que sólo me interesaba lo relacionado con el tratamiento y que tenía en cuenta el contexto a la hora de interpretar las escenas. Incluso a una de ellas le contesté que me extrañaba su preocupación cuando era “un encanto con los pacientes”.

Proyección y coalescencia de roles en mi figura.

Situándonos en la perspectiva de los pacientes, se puede decir que jugué un rol de connotaciones ambiguas. Por una parte, tanto por el *habitus*, en el sentido de Bourdieu, que debían de percibir en mí, como por lo que yo misma les había contado de mi situación profesional, los usuarios me atribuían un rol próximo al de los profesionales sanitarios. De hecho, éstos me trataban con cierta camaradería, lo que, entre otras cosas, me permitía acceder a espacios vedados a los pacientes. Así, por ejemplo, el primer Director me sugirió que entrase al centro por la puerta trasera por la que se accedía directamente a los despachos, separados por un tabique de la zona destinada a la asistencia. Asimismo, una doctora me aconsejó que usase el aseo del personal, en lugar del que había en la sala de espera.

Como antropóloga neófita que era, debo reconocer que al principio era reticente a dar información sobre mí para no sesgar los comportamientos y discursos de los usuarios. Pero conforme se repetían mis visitas, a pesar de intentar mantenerme en un plano discreto, algunos empezaron a manifestar interés y curiosidad, preguntándome abiertamente por mi formación, el motivo y la duración de mi estancia en Granada, los medios económicos de los que disponía para llevar a cabo mi tesis, etc. Así que, con sinceridad y humildad, decidí hablarles de mi situación laboral y personal, y aceptar que cada uno se hiciese su propia idea al respecto. Por ejemplo, mientras desechaba el material de inyección, una usuaria que me acababan de presentar esa tarde me preguntó:

- ¿Eres enfermera tú también?
- No, soy médica.
- ¿Psicóloga?
- Médica.
- ¿General?
- No, de Salud Pública.
- De cabecera, pa’ entendernos.

Algunos mostraban admiración por mi profesión (“¡Jo, médica, cómo mola!”), que me legitimaba como investigadora y les animaba a colaborar en mi estudio, a pesar de que les explicaba que la Tesis Doctoral era de

tipo antropológico, suponiendo que la aclaración servía de algo. Sin embargo, curiosamente algunos pacientes –incluso el dentista que colaboró en la intervención de salud bucal asociada al programa–, me confundían con una psicóloga, tal vez por asociar mi rol al de mi colega Eugenia, que sí contaba con esa formación académica, o quizá sólo por ver que me acercaba a ellos para hablar. También percibí una mayor implicación cuando supieron que no contaba con financiación oficial –a diferencia de las investigaciones en las que habían participado hasta entonces–, alejando de mí la imagen generalizada entre los usuarios acerca de los galenos. Algunos me preguntaban sorprendidos y hasta con indignación: “¿Entonces te tienes que pagar tú los viajes y todo? ¡Joder! Pues ya podían darte algo, no?”.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que mi rol estaba desprovisto de la responsabilidad que detentaba el personal sanitario. Así, por ejemplo, a pesar de conocer mi profesión, los usuarios nunca me solicitaban ayuda técnica ni consejo médico. Sin embargo, me sorprendió la pregunta de una paciente al poco de presentarnos. Mientras se lavaba las manos tras la inyección, inquirió: “A ver, tú que eres médico, ¿qué quiere decir ‘diacilmorfina’?”, pronunciando el término con lengua estropajosa. Por otro lado, los pacientes me percibían ajena a la función de hacer cumplir la normativa del centro, lo cual resultaba ventajoso para establecer una relación de confianza. En general, por sus comentarios y lo que me han transmitido algunos enfermeros, por suerte los usuarios me veían como una figura cuando menos benigna, y en algunos casos (mutuamente) apreciada. Haciendo un paréntesis sobre esta cuestión, si bien me alegra haberles dejado un buen poso y que algunos sigan preguntando por mí, me apena que sea así sólo por haberles dispensado un trato natural y haberlos escuchado durante el tiempo que compartí con ellos, porque pone de relieve la carencia afectiva que muchos han sufrido, y en algunos casos, por desgracia aún siguen sufriendo.

Afortunadamente, también el efecto de mi presencia sobre el comportamiento de los pacientes era bien valorada por la mayoría de los profesionales. Me permitiré traer un comentario reconfortante que recibí al reemprender la última etapa de trabajo de campo. Al despedirme de las enfermeras con las que había compartido la jornada, les agradecí nuevamente su colaboración y me excusé por si en ocasiones les resultaba “demasiado pesada” con mis preguntas, pidiéndoles paciencia. Ara me contestó que, por el contrario, estaban encantados con que volviese a pasar una temporada por allí: “¡Qué va! Nos gusta cuando vienes porque los pacientes están más suaves”. Yo traté de restarle importancia contestando que sería por la novedad, pero que pronto se volverían a

acostumbrar a mí. La cálida bienvenida no sólo me sirvió para infundirme confianza al reanudar la investigación etnográfica, sino que me hizo reflexionar sobre los límites y el sesgo de mi propia observación.

Por otro lado, no dejaba de resultarme extraño relacionarme con colegas asumiendo un rol distinto al de mi profesión, especialmente durante mi etapa de residente. A veces, sentía el impulso de preocuparme por cuestiones clínicas, como animar a los pacientes a tratar sus enfermedades infecciosas, o revisar su medicación pensando en las interacciones farmacológicas. Incluso esta “deformación” profesional se deslizaba en algunas de mis entrevistas, impelida por una suerte de deber hipocrático. Pero si bien vivía esta “esquizofrenia” como una dificultad añadida a mi trabajo como etnógrafa, también tenía sus ventajas. Por ejemplo, gracias a mi curiosidad por los tratamientos psicofarmacológicos, supe a través de un enfermero que algunos psiquiatras de los servicios de Salud Mental se habían negado a tratar a este colectivo por lo difícil que resultaba su manejo farmacológico, tanto por sus policonsumos como por sus pluripatologías, físicas y mentales. Delegaban así esta tarea en las médicas del centro, que no contaban con formación especializada. No es mi intención cuestionar la profesionalidad de mis colegas, a las que admiro por su dedicación. Pero en ocasiones llegué a pensar que el deterioro físico y psicológico de algunos usuarios, unido al bajo umbral en la percepción del riesgo que mostraban con sus estilos de vida, modulaba de forma inconsciente el criterio con que las doctoras hacían el balance del riesgo-beneficio de los tratamientos que prescribían, llevándoles a tomar decisiones más “arriesgadas”. Por otro lado, también me preguntaba hasta qué punto compensaba administrar antipsicóticos, dados sus palpables efectos secundarios, como el aumento de peso o la bradipsiquia, y si no serían peores estos remedios – justificados por el modelo clínico de la patología dual– que algunas de las sustancias psicoactivas que ellos mismos se agenciaban. Pero trataba de contener mi sentido crítico, sin saber dónde dejaba de ser médica y empezaba a convertirme en antropóloga, para no excederme en mis observaciones y comentarios.

Puede decirse, por tanto, que el poder de mi rol estaba doblemente neutralizado, lo cual resultaba tranquilizador, aunque también diese lugar a situaciones incómodas. En mis primeras visitas, al verme tomar notas acerca de un pequeño incidente ocurrido con una usuaria, una de las enfermeras me preguntó: “¿No te creerás todo lo que te cuenten [luego en las entrevistas]?” A propósito de la dialéctica entablada con un paciente que últimamente mostraba un comportamiento un tanto díscolo, me aclaró que, aunque pudiesen sonar “algo bordes”, ambos se tomaban

medio en broma los comentarios que habían cruzado, como si yo no me hubiese percatado de ello, si bien en ocasiones a los pacientes ese tono no parecía hacerles especial gracia. Asimismo, cada vez que surgían conflictos, a la tensión del momento, que a veces llegaba a ser considerable, se sumaba la incertidumbre sobre cómo debía comportarme para no poner en riesgo la confianza de ninguna de las partes implicadas. En esos momentos procuraba no pronunciarme, aunque no podía evitar mostrar pequeños gestos de preocupación o comprensión con la mirada, tanto a los pacientes como a los profesionales. Si acaso, me atrevía a hacer algún comentario conciliador cuando bajaba la intensidad del altercado, queriendo acercar ambos puntos de vista y quitarle hierro al asunto. Pero prefería comentar lo sucedido por separado con posterioridad.

Reflexiones sobre mi *habitus*.

En este epígrafe reflexionaré sobre el proceso de negociación de mi propio *habitus* durante el trabajo de campo, centrándome en aspectos como mi estatus social y profesional, la edad y el género. Empezaré analizando uno de los principales elementos que consignan la identidad social y condiciona las primeras impresiones a nivel inconsciente: la manera de vestir. Así pues, la elección del estilo de mi indumentaria podía tener cierta relevancia para resultar más o menos próxima a los usuarios. Algunos autores consideran conveniente adaptar el atuendo, así como el uso del lenguaje, al estilo de los actores sociales durante el trabajo de campo (Leibow, 1967 y Power, 1989, citados por Romo, 2001). Pero no resulta fácil mantener una estética que armonice con la de los usuarios de drogas cuando no se ha vivido en su mundo ni se está familiarizado con él, como era mi caso. En *Hustlers, Beats and Others*, Ned Polsky analiza las dificultades de los investigadores cuando intentan mimetizarse con un entorno social ajeno. Así pues, en su estudio sobre usuarios de heroína, lejos de fingir, el autor decide “usar mangas cortas y un reloj costoso (...) [para dejar claro] a cualquier recién llegado que él no era adicto” (Taylor y Bogdan, 2000:60). Por su parte, Albertín reflexiona en su Tesis Doctoral sobre cómo los usuarios de drogas del barrio de Los Arcos, La Plana o el Casco Antiguo de Barcelona reparaban en su indumentaria para escudriñar su estatus socioeconómico:

““No ser consumidora” provocaba que me vieran como alguien con más recursos materiales, se fijaban en qué tipo de ropa vestía, si llevaba joyas, etc., yo intentaba “neutralizar” esa percepción a través de llevar ropa sencilla y pocas joyas. Tampoco llevaba bolso, lo cual constituía una forma de practicar la regla de aquel contexto en cuanto a la forma de ir vestido/a y los complementos añadidos”. (Albertín, 2003:285).

Esta misma autora también refiere la curiosidad que despertaba su estilo, llegando a incomodarle. Así, al poco de ser presentada a una pareja, un usuario le espetó:

"una pregunta... ¿tú siempre te vistes así, con tejanos y esa cazadora, o sólo cuando sales a hacer el trabajo de calle?" Me sorprendió su provocación y contesté: "es mi forma normal de vestirme, aunque a veces me pongo más elegante". (Albertín, 2003: 235-236).

Durante mi investigación etnográfica, mantuve mi estilo habitual de vestir, cómodo e informal. Sin embargo, en la primera etapa de mi trabajo de campo, mi "doble identidad" "blanqueó" mi aspecto cuando el Director y las médicas me recomendaron que usase bata para entrar en la sala de inyección "por higiene". Huelga decir que su función era más simbólica que efectiva, ya que los pacientes pasaban con su ropa de calle y yo me sentaba a distancia de la mesa donde se inyectaban. Desde luego, este detalle me planteaba un dilema en relación al establecimiento de *rapport* con los distintos grupos sociales del lugar de estudio. Por un lado, suponía un gesto de complicidad con los profesionales, que de entrada situaban mi rol más próximo al suyo. Además, he de reconocer que por entonces, siendo médica residente, tenía bastante naturalizado vestir de esa guisa. Inconscientemente, aunque la tarea que desempeñaba allí no fuese de tipo sanitario, con el simple hecho de llevar bata parecía que mi presencia cobraba más sentido, como si quedase más justificada, al tiempo que me servía de "refugio". Pero, por otro lado, no deseaba confundir a los pacientes fingiendo un rol equivocado que podía arriesgar mi imparcialidad como etnógrafa. Finalmente, para no empezar mi trabajo de campo ofreciendo resistencias, juzgué conveniente seguir el consejo de los profesionales para consolidar la aceptación en el centro, máxime porque no contaba aún con el permiso oficial necesario. Por suerte, me sorprendió la poca significación que los pacientes otorgaban a mi bata, por lo que no creo que inhibiese sus discursos y prácticas, ni condicionase mucho los acontecimientos que se producían. Los usuarios ponían más atención en otros aspectos de mi modo de estar allí y de relacionarme, demostrando que el trato humano prevalecía sobre la imagen, incluso por encima del rol que jugaban algunos profesionales. Además, pronto comprobé que una de las mejores oportunidades para ganar confianza era el momento de las entrevistas, que solían tener lugar fuera del centro.

A propósito, contaré una anécdota para ilustrar cómo percibía el juego de contrastes entre el aspecto físico de los informantes y el mío en el espacio público, llegando a sentir en carne propia el estigma social que sufre este colectivo. Mientras acompañaba por la calle a Tete, uno de los pacientes

más deteriorados física y socialmente, hacia los Jardines del Triunfo para entrevistarlos, recuerdo cómo la gente proyectaba sobre nosotros miradas de extrañeza y desconfianza, como si no se explicasen qué podía hacer “una chica como yo con un chico como él”. Pero la reprobación social parecía unánime. Una vez sentados en el césped, Tete me dijo que solía acudir a este “sitio animado y agradable” para relajarse después de recibir su dosis de heroína al mediodía. Mientras daba cuenta de la litrona que compró de camino, reparando en la pareja de guardias municipales que nos merodeaba sin atrever a dirigirse a nosotros, añadió tedioso:

–Lo único malo que tiene [el parque] es que siempre vienen la mierda de los policías. Antes de ayer, dos veces me pidieron la documentación. Un coche que va por aquella puerta. Luego llega otro por esta, da la vuelta y me la pide otra vez. Y le digo: “¡Sí hace na que ha paso tu compañero!”. Le dije hasta el número de coche.

–¿Y por qué te la piden a ti?

–No sé. Dice: “Se la pedimos a todo el mundo”. Sí, ¡y una mierda! “Pídesela a esa señora mayor”, digo. “Sí, a lo mejor lleva una pistola del treinta y ocho y te pega un tiro”.

Así pues, si por un lado yo era percibida en la calle como “sospechosa” de algo indeterminado sólo por el aspecto físico de algunos de mis acompañantes, a la inversa, mi presencia les proporcionaba una suerte de protección o inmunidad frente al desprecio de la gente y el acoso de las fuerzas de seguridad.

En la segunda etapa de mi trabajo de campo, encontré cambios en la plantilla, con personal nuevo que cubría algunas bajas. El ambiente me pareció más distendido y consideré que había llegado el momento de prescindir de la bata. Mantuve mi estilo habitual, que no desentonaba demasiado con la indumentaria de los pacientes, si bien a veces se presentaban con atuendos un tanto estrafalarios, ni tampoco con el de las enfermeras más jóvenes, aunque el mío resultaba más informal y monótono. Sin embargo, a modo de reflexión, compartiré la siguiente anécdota para mostrar cómo en ocasiones, contra todo pronóstico, puede resultar ventajoso que la apariencia del investigador despierte el interés de los sujetos de estudio. Un caluroso día de primavera, acudí ataviada con una camiseta a rayas, un rebeca oscura, unas mallas negras y unas bailarinas. A pesar de tratarse de una indumentaria corriente, el cambio de estilo, más femenino de lo habitual, no pasó desapercibido. Miky, uno de los pacientes, me dijo al saludar: “Qué guapa vienes hoy. ¡Parece que vayas de boda!” A continuación, me descubrió su faceta coqueta, describiéndome algunos de los atuendos con los que se atrevía a salir a la calle. Estrella, otra paciente, se unió a la conversación, presumiendo de tener más de doscientas camisetas en su armario. Este comentario parecía

dirigido especialmente a la enfermera que nos acompañaba y a mí, queriendo denotar así su interés por la moda e, indirectamente, igualar o superar el estatus social que nos atribuía. Aunque me sentía un tanto incómoda por haber dado pie a estos comentarios, resultaba curioso y significativo escucharlos, ya que, aunque nunca habría imaginado a los usuarios preocupados por estas cuestiones, connotaban aspectos interesantes. Sin yo pretenderlo, el tema de la imagen corporal acabó deviniendo una oportunidad para explorar algunas percepciones y resistencias frente a los modos en que se simboliza la exclusión social, más allá de la dimensión inconsciente de los procesos de incorporación que configuran los *habitus* de este colectivo. El propio Miky ilustró este aspecto con una anécdota, cuando quedó impactado con la imagen de un transeúnte que, en su opinión, había combinado una chaqueta de camuflaje con poco tino. Sin poder contenerse, Miky lo paró educadamente y se permitió hacerle algunas sugerencias. Nos contó divertido que el sujeto sólo acertó a contestarle: “Me estoy quedando a cuadros”.

Otra característica de mi estilo era la androginia, prescindiendo de maquillaje, abalorios, así como de las faldas y vestidos que suelo usar en verano, para tratar de evitar un posible coqueteo que dificultase la investigación, teniendo en cuenta además la masculinización del universo de estudio. Cabe señalar que la estrategia de no destacar la condición de mujer resulta habitual entre las etnógrafas jóvenes que investigan con informantes del sexo opuesto. Así por ejemplo, en su estudio sobre la autogestión de la salud de una población de hombres mayores, solteros y de bajos ingresos en los suburbios de Sidney, Cherry Russell, Denise Touchard y Maree Porter (2002) reflexionan sobre el modo en que trataron de neutralizar su indumentaria en las visitas domiciliarias a los informantes: “they wore loose fitting casual clothes and went without make-up or jewellery, both to de-sexualize their appearance as part of a conscious safety strategy (Russell, Porter, & Touchard, 2001)”. (Russell, Touchard y Porter, 2002).

A diferencia de estas autoras, si intenté adaptar mi estilo al de los sujetos de estudio no fue por miedo a que se propasasen conmigo. Además, dado que la mayor parte de los encuentros se producían en el centro y ninguna entrevista tuvo lugar en un espacio privado, no creo que hubiese mucho que temer. Aun así, confieso que me sentía más cómoda sin destacar mi feminidad. Con todo, mis esfuerzos no bastaron para evitar que el hecho de ser mujer “en edad de merecer” influyese en el trato con los pacientes, percibiendo a veces actitudes de flirteo. A diferencia de la experiencia de Albertín (2003:249), que cuenta una anécdota con un informante que iba

“colocado” durante una entrevista en la playa y la puso en un aprieto fingiendo que eran “novios”, yo no puedo lamentar (o presumir de) que ningún usuario me pidiera que le besara en los labios, ya que, como acabo de señalar, el ambiente institucional contribuía a que no se sobrepasase el límite de la mera inocencia. Así por ejemplo, después de acordar una entrevista con Juan Luis, un usuario de mi misma edad que, a pesar de haber ingresado recientemente, ya se había granjeado fama de “ligón” entre las enfermeras, el paciente empezó a alardear en la sala contigua de haber “quedado con una chica” ante sus compañeros. Uno de ellos, El Diablo, le contestó escéptico: “¡Ja! ¿Tú una cita? Seguro que es con una puta”. Al otro lado del tabique, las enfermeras y yo nos desternillábamos de la risa. También recuerdo la primera vez que coincidí con Tete, cuando me saludó con un: “Hola, guapa” en la puerta del centro, si bien desde que nos presentaron nunca olvidó mi nombre ni volvió a usar esta expresión conmigo, la cual reconozco que no me sonó especialmente machista. Pero de quien más anécdotas puedo relatar, no sin cierto pudor, es de Miky. A veces, durante nuestras conversaciones, se quedaba en silencio mirándome y me decía sin reparos: “Qué bonita que eres”. En otra ocasión me confesó que esa noche había soñado conmigo, aunque no me reveló más. Otro día, después de haberle presentado a mi pareja, me reconoció abiertamente: “Por más que me esfuerzo, no consigo que tu novio me caiga mal. Es que se le ve muy buen chaval”. Otras veces me regalaba cosas de cierto valor que se encontraba por la calle, aunque también solía obsequiar a los enfermeros que más apreciaba. Un día, José Ángel me confirmó que tenía “al pobre [paciente] enamoriscao”.

Por otro lado, cuando se puso en marcha el programa de salud bucodental y a muchos les tuvieron que extraer piezas para colocarles una prótesis, algunos usuarios reparaban en mis dientes al sonreír (algo prominentes, debo aclarar). Me incomodaba que hiciesen comentarios sobre mi aspecto del tipo: “¡Mira qué dentadura tiene la doctorilla!”, porque ponían en evidencia el agravio comparativo de mi aspecto “virginal” con sus castigados cuerpos. Así, por ejemplo, cuando le pregunté a Miky por sus tatuajes en una entrevista, después de mostrármelos orgulloso y de contarme sus planes de agrandar un espectacular dragón que lucía cuando reuniese unos ahorros, paradójicamente me recomendó que no me hiciese ninguno. Cuando le pregunté el motivo, me dijo que estaba “mejor así, sin marcar la piel”.

En cuanto a mi relación con las usuarias, no considero que el hecho de ser mujer haya supuesto una especial ventaja, aunque es posible que facilitase la confianza durante las entrevistas, sobre todo a la hora de abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad y la maternidad. Por el

contrario, para algunas autoras, como Margaret Reid (1983, *cit.* en Romo, 2001), la coincidencia del género puede llegar a ser un inconveniente. Reconozco que esta fue mi impresión en los primeros encuentros con dos usuarias que hicieron amistad y solían acudir juntas. A diferencia de la receptividad que observaba en la mayoría de los sujetos de estudio, ambas se mostraban indiferentes conmigo, lo que me hizo pensar en la posibilidad de que interpretasen la entrada en escena de una mujer joven –una de ellas sólo era dos años más joven que yo– en términos de rivalidad. Parecían no reparar en mi presencia, como si resultase invisible a sus ojos y no despertase la menor curiosidad en ellas. Por suerte para mí, pronto comprobé que este comportamiento no se diferenciaba demasiado de su trato con los profesionales y el resto de pacientes. Normalmente, evitaban el contacto visual con la gente y no acostumbran a sonreír ni gastar bromas. Ambas tenían una actitud distante, pero mientras que la más joven solía permanecer callada, la otra amenizaba el ritual de inyección con comentarios críticos y sentenciosos, como pretendiendo distinguirse del resto de usuarios usando un tono categórico. Como se adivinará, aunque a veces a mí me resultaba hasta gracioso, este comportamiento no despertaba demasiada simpatía entre sus compañeros. Así por ejemplo, cuando las oían llegar desde la sala de inyección, algunos las anunciaban con ironía: “Ya están aquí las señoritas”. En parte, este modo de actuar podía explicarse por su celo en mantener la confidencialidad acerca de su participación en el programa, tanto por miedo a perder su trabajo como a que llegase a oídos de su familia. Incluso la paciente más joven solicitó a la dirección que se cambiase el horario en que se limpiaban los cristales del centro, para evitar coincidir con el encargado durante su turno de inyección. Sin embargo, debo decir que desde que fuimos presentadas y solicité su colaboración, ambas se mostraron conformes en participar. Incluso un día de forma espontánea se ofrecieron para ser entrevistadas si lo necesitaba. Agradecí su gesto y, de haberse producido esos encuentros, probablemente habríamos estrechado lazos. Pero por entonces ya había decidido centrarme en la observación participante, dado que el énfasis de la investigación etnográfica recaía en las dinámicas sociales que allí acontecían, como ya he explicado, más que en la historia individual de cada paciente.

Respecto a mi escasa experiencia en el “mundo de las drogas” –que confieso que no iba más allá de haber fumado algunos porros con mis amigos durante la adolescencia en un ambiente que poco tenía de marginal, aunque aquello nos parecía de lo más subversivo– no considero que haya supuesto un obstáculo a mi investigación, pero los pacientes la captaban al vuelo. Inevitablemente, percibía una suerte de cesión de

“poder” durante las entrevistas, al tiempo que me sentía ingenua y tal vez cuestionada para investigar sobre el tema. Algo parecido debió de sentir mi colega Albertín, cuando uno de los informantes le dijo amablemente que “«era ignorante», en el sentido de no reconocer muchas cosas de su mundo” (2003:224). Durante las conversaciones con algunos pacientes, especialmente varones, he percibido cierta sorna –aunque no despiadada– cuando detectaban, pese a mis esfuerzos por disimularlo, mi ingenuidad al preguntar sobre sus vivencias y experimentación con las drogas. Sin embargo, creo que la clandestinidad que rodea el uso de sustancias ilícitas ha jugado en este sentido a mi favor. Me explico. A menudo, los antropólogos deben pasar el mal trago de parecer estúpidos cuando formulan preguntas a sus informantes que *a priori* carecen de sentido común, pero que son necesarias para no dar nada por supuesto y conocer el punto de vista del actor. Cuanto más se acercan al orden de lo cotidiano, especialmente si se trata de cuestiones socialmente normalizadas, más absurdas pueden llegar a parecer. Así pues, es posible que al ser interrogados acerca de unas prácticas que, si bien tenían naturalizadas, eran reconocidas como marginales, en lugar de interpretar mis preguntas como una perogrullada, diesen por sentado que éstas provenían de un absoluto desconocimiento de ese mundo clandestino, aunque para entonces ya me hubiese hecho una idea aproximada de esta realidad. Es decir, gracias a mi *habitus*, que involuntariamente denotaba las profundas diferencias entre nuestras respectivas “agregaciones sociales”, por usar la expresión de Bourdieu, quedaba a salvo de parecerles simplemente idiota. Valga como ejemplo etnográfico para ilustrar este aspecto el siguiente fragmento de mi entrevista a Juan Luis al poco de incorporarse al programa, cuando le preguntaba por sus primeros consumos de heroína:

- ¿Y qué fue lo primero que sentiste, así como...? –
- Pssh. La olla, como si te diera la vuelta.
- Ya, hmm. Ya, ya. Y luego qué...
- ¿Tú has tomao drogas, alguna vez? –me pregunta con una sonrisa pícaro.
- Hombre, algún porrillo y eso sí he tomao, pero...
- No me engañeeees...
- ... alguna borrachera...
- ¡Venga ya, venga ya...! –dice sonriendo.
- ¡Sí, pero no tanto como tú! Ja, ja. No tengo tanta experiencia.

El modo de hablar también modulaba la percepción de los pacientes sobre mí. Por un lado, el acento autóctono de la mayoría de los pacientes y su

argot callejero contrastaba con que yo hablase “fino”¹⁰. Si bien habría sido impostado intentar cambiar mi acento y entonación, sí que procuré expresarme con sencillez e incorporar su jerga a la hora de preguntar en las entrevistas. Curiosamente, observé que cuando los informantes se referían a los comienzos con la droga, usaban términos vulgares (p. ej., “cebollazo” o “pico”), mientras que su discurso se contaminaba de tecnicismos médicos cuando relataban su experiencia con la metadona o su actual consumo de heroína en el centro.

Por último, la diferencia o afinidad de la clase social también jugaba un papel importante en el establecimiento de *rapport* con los informantes, aunque no considero que llegase a suponer un inconveniente. Algunos, como Heaven, Miky o Vicente, contaban con un nivel educativo que contribuía a que nuestras conversaciones discurriesen con fluidez, al tiempo que parecían trabar una mayor complicidad. Su comportamiento denotaba que apreciaban tenerme como interlocutora, pretendiendo una relación más “equilibrada” conmigo que con sus compañeros en cuanto al estatus social. Así, por ejemplo, al día siguiente de haberla entrevistado, Heaven me aseguró que contase con ella para volver a tomar un café juntas, aunque sólo fuese “como amigas”. Pero entre sus compromisos y ritmos cotidianos y los días que salía disgustada del centro a consecuencia de sus reiteradas intoxicaciones, rara vez estaba disponible. Tal vez Vicente fuese uno de los pacientes más interesados en mi tesis, dados sus conocimientos sobre la historia de las drogas y su firme actitud liberal al respecto. Paradójicamente, mi relación de amistad con él se intensificó después de abandonar el programa. Un verano vino a comer a casa de mi madre invitado por José Ángel, con quien también cultiva amistad. Según me contó más tarde este usuario, envidiaba el calor familiar que había percibido entre nosotros, dado que estaba atravesando una situación tensa con su padre y sus hermanos. Desde hace años, seguimos en contacto a través del correo electrónico, del que surgió una sincera y delirante relación, dejando las redes sociales para asuntos menos personales. A pesar de las ventajas que suponía el nivel cultural para facilitar la comunicación, debo decir que la asimetría del estatus social no fue óbice para relacionarme con el resto de pacientes ni para llegar a sentir un gran afecto mutuo con algunos.

¹⁰ En Granada se usa esta expresión para referirse al habla con acento castellano y que no hace uso del apócope, especialmente a la hora de pronunciar las eses y las palabras acabadas en -do y -da.

El registro de la información.

Los instrumentos que me han acompañado durante el trabajo de campo han sido los clásicos cuadernos de gusanillo de tamaño cuartilla, una grabadora de audio y una cámara fotográfica compacta, ambas digitales. Como parte del ritual que seguía antes de llegar al campo, las primeras notas las reservaba a describir la planificación de mi visita o de la entrevista que iba a realizar. En estas notas preliminares me esforzaba en concretar los aspectos en los que debía focalizarme, elaborando un guión compatible con unidades de análisis tentativas y emergentes, especialmente conforme iba avanzando la investigación. Cada vez que iniciaba una nueva etapa en el terreno, anotaba cómo había percibido la actitud y receptividad del Director del centro al avisarle por teléfono de mi vuelta. También reflexionaba acerca de las últimas dificultades que se me hubiesen presentado sobre el terreno, para pensar en posibles soluciones que me permitiesen avanzar en la investigación.

Una vez allí, el cuaderno de campo acompañaba mis pasos. Al principio, siguiendo la tradición en la disciplina, distinguía entre diario de campo, notas metodológicas y notas de campo. Pero, coincidiendo con María Isabel Jociles (2002:112–113), conforme acumulaba material etnográfico, me pareció más operativo usar el mismo soporte para registrar ambas maneras o “momentos” complementarios en el proceso de elaboración del trabajo empírico, relacionando así los datos provenientes de la acción y los discursos observados en el campo, con otras cuestiones que podrían considerarse metaetnográficas. Con esta expresión me refiero a la constante problematización de mi forma de aproximarme a la realidad, que me obligaba a reformular de forma continua la puesta en práctica de cada una de las técnicas desplegadas para conseguir una mayor eficacia en la obtención de información relevante.

Así, en el cuaderno de campo no sólo anotaba apresuradamente apuntes descriptivos acerca del espacio clínico, el cambio de aspecto de algunos pacientes, la relación de actores sociales que participaban en cada escena, o las conversaciones espontáneas mantenidas con/entre ellos. También recogía reflexiones sobre el propio proceso de observación y de mi interacción con los distintos actores sociales. Usando un registro casi taquigráfico, apuntaba mis impresiones o cómo me sentía en distintas situaciones. Otras veces, las notas tenían un carácter metodológico, haciendo referencia a temas de interés que asomaban en las conversaciones, pero que por tratarse de asuntos personales delicados – por ejemplo, el fallecimiento por sobredosis de algún ser querido o de

amigos de los pacientes—, prefería abordarlos con más profundidad en las entrevistas, dentro de un clima de confidencialidad.

El cuaderno también me servía para anotar y destacar *in situ* y “al vuelo” algunos aspectos que no había considerado en el planteamiento inicial de mi investigación, pero que resultaban relevantes dentro de la realidad observada. Con estas llamadas de atención me aseguraba de poner a salvo de posibles lapsus de memoria algunos temas emergentes. En el proceso de reflexión que seguía a cada etapa de recogida de datos, la lectura meditada de estas notas contribuía a ajustar mi enfoque, así como a reformular y perfilar los objetivos de la investigación. Otras veces, después de una valoración reposada, las ideas que me habían surgido sobre el terreno servían para identificar puntos de fuga y ramificaciones del tema de estudio que, por pragmatismo y coherencia, no resultaban viables para incorporar en la tesis, pero que no dejaban de ser sólidos y fértiles en tanto que abrían nuevas líneas para posibles trabajos ulteriores. Así, por ejemplo, surgía de forma preeminente la cuestión del placer y la moral, y me tentaba abordar una de-construcción de la drogodependencia como una enfermedad crónica o de la denominada patología dual, que preferí reservar para la primera parte de la tesis. También me planteé la posibilidad de aplicar un enfoque biográfico, centrándome en las complejas trayectorias de los usuarios y su punto de vista. Por otro lado, la relectura de este tipo de notas me ayudaba a tomar consciencia de hasta qué punto había condicionado el diseño inicial de mi investigación con hipótesis y presupuestos, que empezaban a parecerme algo ingenuos y reduccionistas.

A pesar de la polivalencia de mis cuadernos de campo, en las ocasiones en que he usado grabadora durante las sesiones de observación participante, lógicamente han predominado las notas de carácter más contextual, acaso parecido al de las acotaciones escénicas de las obras de teatro. En ellas hacía referencia no sólo a los elementos que configuraban el escenario en que transcurría la acción observada, la relación de *dramatis personae* o la entrada y mutis de los diferentes actores sociales, sino también el énfasis de sus expresiones, la atmósfera y las emociones que se despertaban en los presentes. Las ocasiones en que confiaba el registro de las conversaciones a la grabadora, podía apuntar con mayor detalle las reacciones de los informantes, la proxémica, las expresiones faciales, así como prestar más atención a las situaciones que acontecían simultáneamente en las salas aledañas. Como la grabadora, también la fotografía ha sido un complemento útil para ilustrar mis descripciones, especialmente para las narraciones sobre el espacio clínico y el cuerpo de los pacientes. Sin embargo, ni el micrófono ni el objetivo podían captar

los olores, los matices de las relaciones entre los actores sociales, o los sabores de las chucherías que nos ofrecía Miky.

En suma, aprovechando las ventajas de los dispositivos tecnológicos, puede decirse que el cuaderno de campo ha sido el soporte que ha vertebrado el trabajo etnográfico durante mi investigación, aunque por la idiosincrasia de su sistematización (y la apresurada caligrafía) probablemente sólo resultase inteligible para mí. De hecho, a la vuelta del campo, aprovechaba la frescura con que recordaba las conversaciones y las situaciones que había presenciado para elaborar una descripción densa de la jornada. Distanciada ya de la vorágine de mi laboratorio social, era el momento de ampliar las notas tomadas con descripciones más detalladas de los comportamientos observados, y esas frases que aún retenía en la memoria y que no habían sido grabadas. A continuación, transcribía las conversaciones, ya fueran informales o entrevistas propiamente dichas, junto a las notas de campo. En esta fase del proceso de elaboración del material empírico, identificaba los aspectos que habían quedado sin explorar. A su vez, durante la transcripción de los datos, incorporaba reflexiones sobre el terreno a partir de comentarios, gestos o elementos significativos del entorno, que ayudaban a matizar, contextualizar, problematizar y, en suma, enriquecer la descripción de cada escena. Precisamente gracias al recurso de combinar en un mismo documento las transcripciones y el contexto, a veces se ponían de relieve interesantes contradicciones entre los discursos y las prácticas, tanto entre el personal sanitario como en los pacientes. No obstante, también he apreciado esta discordancia dentro del discurso de un mismo informante dependiendo de las circunstancias, de manera que podía variar significativamente según fuese enunciado en una entrevista o en una conversación informal.

CAPÍTULO 9. Notas sobre la representación, polifonía y autoría.

En el presente capítulo plantearé algunas reflexiones de tipo epistemológico y metodológico inspiradas en la crítica posmoderna a las formas de representación y autoría de las monografías. Precisaré que estas consideraciones están referidas al *proceso* de la investigación etnográfica, desde la problematización del objeto y los sujetos de estudio hasta el momento de la escritura.

La representación de los actores sociales.

Desde finales de los setenta y durante la década siguiente, autores como Edward Said, James Clifford, George Marcus, Michael Fischer, Talal Asad, Dick Cushman y Stephen Tyler, ponen en evidencia hasta qué punto los cambios políticos, económicos y sociales que han experimentado las sociedades no occidentales, desafían las bases epistemológicas y políticas de los trabajos antropológicos clásicos, cuyos modos de representación permanecen anclados en una lógica colonialista¹. Por un lado, la nueva configuración geográfica mundial, la porosidad de las fronteras culturales y los procesos migratorios, urgen a los estudios culturales y el multiculturalismo a plantear una profunda reflexión sobre la etnicidad, la diferencia y la identidad de los pueblos “exóticos”. Por otro lado, el mundo contemporáneo se ha vuelto demasiado complejo como para que los antropólogos puedan hallar culturas puras e iletradas sobre las que escribir sus etnografías. Los nativos sorprenden a los investigadores con su conocimiento de las monografías de las que han sido objeto. Incluso los pueblos tradicionalmente ágrafos describen (y reifican) sus tradiciones a partir de su particular interpretación de los textos etnográficos occidentales. La tendencia a la reflexividad sobre la cultura propia reformula las relaciones de poder entre los nativos y los antropólogos, al tiempo que cuestiona la autoridad (y autoría) de la producción etnográfica.

¹ Como es sabido, entre las obras referenciales de la antropología posmoderna encontramos: *Writing Culture* (Clifford y Marcus, 1986); *Anthropology as Cultural Critique* (Marcus y Fischer, 1986); *The Unspeakable* (Tyler, 1987), *The Predicament of Culture* (Clifford, 1988) y *Orientalism, The World, the Text and the Critic* (Said, 1979 y 1983). Otras publicaciones relevantes son: “Fieldwork, Reciprocity and the Making of Ethnographic Texts” (Clifford y Sanjek, 1980), “Ethnographies as Texts” (Marcus y Cushman, 1982), “Power and Dialogue in Ethnography” (Clifford, 1983), “On Ethnocentrism: A Reply to Clifford Geertz” (Rorty, 1986); e “Introduction: Place and Voice in Anthropological Theory” (Appadurai, 1988).

La llamada crisis de representación en las ciencias sociales que conlleva estos cambios, si cabe, plantea un mayor desafío a la antropología. El “giro hermenéutico” (por usar la expresión de Gadamer) propuesto por Geertz (1973, 1976, 1988), que toma prestada la idea de Paul Ricoeur de la interpretación de la acción social como texto escrito, reivindica el vínculo entre la antropología, la filosofía y la teoría literaria. Llevados por las corrientes marxistas y estructuralistas, sus discípulos reflexionan sobre la dimensión política no sólo de la praxis etnográfica, sino de los enunciados y formas discursivas de la antropología. A partir de los postulados de la crítica literaria y bajo la influencia de los escritos de Michel Foucault y Jacques Derrida, fundamentalmente, la teoría posmoderna dirige su crítica hacia los modos o géneros a través de los cuales la antropología tradicional había representado o “textualizado” las culturas. La incisiva relectura de las monografías clásicas sirve para reformular la retórica de los trabajos ulteriores, que ahora se plantean como etnografías “experimentales”. Sus autores, como Paul Rabinow (1977), Vincent Crapanzano (1980 y 1985), Kevin Dwyer (1982), Richard Price (1983), Dennis Tedlock (1983) y Michael Taussig (1987), ensayan nuevos estilos narrativos que incorporan las voces de los sujetos de estudio en diálogo con el investigador, con la máxima de dar cuenta de la diversidad interpretativa y la reciprocidad a la hora de observar, comparar y (d-)escribir las culturas.

Volviendo a nuestro tema, la constante interpelación entre los distintos roles que entraban en juego sobre el terreno, incluyendo el mío como investigadora y, de forma aún más contundente, el ejercicio de redacción, me confrontaban con la duda acerca de la autoría que podía conceder a los protagonistas de mi etnografía. Sin lugar a dudas, sus palabras, gestos, anhelos y desilusiones, así como los horizontes y abismos a los que me permitieron asomarme, perfilan la escena de este dispositivo clínico, y por ende constituyen la materia prima de los procesos que analizo. Pero reconozco que, más allá de nuestro encuentro dialógico y participativo en el ámbito de estudio, no he llegado a ensayar una negociación, propiamente dicha, de la autoría conjunta en el proceso de investigación y de escritura etnográfica. Aun así, para hacer justicia a la realidad observada, he tratado de soslayar la habitual tendencia de la antropología a “primitivizar” a los actores sociales sobre los que posa su escrutadora mirada.

En cuanto a los profesionales del centro, como ya he referido, gracias a mi formación sanitaria, he disfrutado de una especial afinidad de roles. Indudablemente, la ventaja de compartir el lenguaje técnico y poder identificarme fácilmente con su papel durante el trabajo de campo, ha

favorecido las relaciones de confianza mutuas, pudiendo mantener un diálogo fluido con la mayoría. Pero más allá de esta proximidad, cabe llamar la atención sobre dos aspectos clave en el modo en que he pretendido representar este grupo en el texto etnográfico, con la intención de destacar su agencia discursiva y capacidad enunciativa. En primer lugar, durante mi trabajo de campo he observado, tanto en las médicas como en los enfermeros, un ejercicio de reflexividad continua sobre la praxis asistencial. En general, el personal sanitario se preocupa por mejorar la eficacia y la calidad de la asistencia, buscando la participación y la satisfacción de los pacientes. A su vez, los más comprometidos mantienen una actitud crítica sobre el sentido, la ética y la trascendencia política de la labor que llevan a cabo, lo que me ha permitido entablar con ellos conversaciones espontáneas acerca de los aspectos más controvertidos del programa, como se verá más adelante. En segundo lugar, quiero destacar que, aparte de las tareas clínicas y sociales, algunos profesionales también desempeñan una labor investigadora. Incluso han llegado a aplicar metodologías cualitativas y de corte antropológico, distanciándose de la epistemología hegemónica en el campo de la salud. El escaso apoyo institucional para la difusión de sus trabajos no ha sido óbice para desarrollar cierto volumen de producción científica, arreglándoselas para publicar en revistas especializadas y llevar comunicaciones a los congresos. Algunas contribuciones han contado con la participación de los pacientes, con la intención de visibilizar a este colectivo e incorporar sus voces a los discursos expertos dentro de los foros afines al campo de las drogodependencias. Así pues, he tenido el lujo de contar con las contribuciones científicas de los propios sujetos de estudio, no sólo por la calidad del material, sino porque me permitía *dialogar* sobre diversos aspectos clave de la intervención de estudio, más que *triangular* mis observaciones sobre el terreno para validar mi estudio, como podría esperarse de un planteamiento positivista.

La discusión acerca del modo de representar a los usuarios entronca con uno de los intereses principales que me ha llevado a investigar este dispositivo: analizar los procesos de subjetivación que promueve esta tecnología de gubernamentalidad. Al margen de su idiosincrasia individual, la reflexión sobre la autenticidad de las voces de los sujetos de estudio me ha llevado a considerar dos aspectos paradójicos, a la vez que complementarios, acerca de la construcción de identidades discursivas que he podido constatar durante el trabajo de campo. Por un lado, el de la meta-representación de sí mismos en tanto colectivo de usuarios de drogas, y, por otro, la agencia política militada por algunos. Para abordar el primer punto, me remitiré a mi tesis sobre el “género yonqui”, que ya ha sido presentada en el presente trabajo. Esta categoría –que,

recordemos, la planteo en un sentido butleriano y no deja de emparentar con el de *habitus* de Bourdieu—, lejos de esencializar (y menos aún vilipendiar) a los usuarios de drogas, connotando una ontología “salvaje”, por usar la terminología de Lévi-Strauss, permite poner de relieve los procesos a través de los cuales se pergeñan y metamorfosean las identidades sociales de los sujetos de estudio, la mayoría de las veces a nivel inconsciente. Así pues, en mi investigación etnográfica me ha sorprendido el modo en que los pacientes han asimilado formas discursivas acerca del “ser (o dejar de ser) toxicómano/drogodependiente”, que provenían no sólo de los sistemas simbólicos propios de los círculos sociales de consumo clandestino de droga, sino también de los itinerarios terapéuticos recorridos. Pero a estos procesos de auto-subjetivación, hay que añadir el particular “entrenamiento” que han adquirido a la hora de afianzar un discurso ideológico, no sólo desde el reclutamiento para el ensayo clínico, sino también con motivo de la expectación que despertó este programa experimental, tanto entre la comunidad científica como en los medios de comunicación². Indudablemente, pasar de una situación de abandono social, en la mayoría de los casos, a estar en el punto de mira de las múltiples investigaciones y noticias que ha suscitado la intervención con heroína implicaba adoptar una cuidada estrategia para legitimar moralmente tanto su condición de usuarios de drogas, como su participación en este controvertido programa ante la opinión pública. En su relación cotidiana con los investigadores del ensayo clínico, y a través de los sucesivos encuentros con otros grupos que llegaban al centro para entrevistarlos o administrarles cuestionarios, el lenguaje de los pacientes iba quedando contaminado por las categorías de los discursos expertos de sus interlocutores, fundamentalmente provenientes del campo de la salud pública, aunque también de la psicología o las ciencias sociales.

Este fenómeno de apropiación discursiva ha sido descrito por Nancy D. Campbell y Susan J. Shaw (2008) en su análisis acerca de algunas investigaciones etnográficas en EE.UU. sobre usuarios de drogas

² Tanto la prensa como la televisión se hicieron eco del ensayo clínico de heroína en Granada. Así por ejemplo, el 12 de octubre de 2006, Joan Carles March asistió como invitado al programa *Carta blanca* que presentaba Antonio Escohotado en “La 2” para hablar de las conclusiones del estudio que había dirigido. (La edición está disponible on-line en: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/carta-blanca/carta-blanca-antonio-escohotado/847649/>). Algunas cadenas de televisión autonómicas realizaron reportajes al inicio del estudio (como el vídeo de Canal Sur Web Andalucía, con fecha del 20/08/2003), y la prensa nacional y local han publicado noticias sobre la intervención. Asimismo, Joan Carles March y Manuel Romero gestionan el blog *Héroes, heroína y otras drogas* en la edición virtual del diario *El País*, donde debaten cuestiones relacionadas con las drogodependencias y comentan las intervenciones promovidas dentro del programa que cuentan con financiación oficial. (Ver: <http://lacomunidad.elpais.com/heroes-heroina-y-otras-drogas/posts>).

inyectadas, alineadas con el discurso conductista para la prevención del VIH hegemónico en salud pública. Las autoras discuten acerca de los procesos de asimilación del lenguaje y de construcción de identidades sociales de los usuarios en su encuentro con los etnógrafos, que por lo general tiene lugar en los dispositivos de reducción de daños situados estratégicamente en la escena de la droga. A partir de la asimetría implícita en las relaciones de poder entre estas poblaciones y los investigadores, los usuarios absorben la ética, las normas, las categorías y las prácticas de la racionalidad de la reducción de daños, como una estrategia “to construct themselves as ethical subjects” (*Ibid.*, p. 710).

Así pues, como en las anécdotas recogidas sobre los informantes nativos que, en los encuentros con los investigadores, reproducían las imágenes de su cultura recogidas en las monografías clásicas³, en mis primeras conversaciones con algunos usuarios me contaban la “versión” que suponían que yo debía oír, emulando casi textualmente el discurso experto con el que ya estaban familiarizados. Con frecuencia, ofrecían una imagen simplificada y edulcorada del programa, hasta el punto de que, al presentarme a unos pacientes al inicio de mi trabajo de campo, José Ángel les advirtió: “Pero no contéis sólo lo bueno. Lo malo también, eh?”. A propósito del comentario, podría pensarse que la presencia de los profesionales inhibía el discurso de los usuarios dentro del centro, pero sólo se acertaría parcialmente. De hecho, en los siguientes encuentros dentro del dispositivo, la versión “políticamente correcta” que algunos me habían dado acerca de su experiencia en el programa, fue contrastándose con la realidad observada, mudando a relatos más subjetivos y matizados que daban cuenta del cruce de intereses y perspectivas de pacientes y profesionales.

El segundo aspecto señalado acerca de la auto-representación de los usuarios no deja de estar relacionado con su necesidad de construir un yo que refleje los valores de la sociedad hegemónica. Si bien he podido constatar que se trata de una voluntad generalizada, algunos pacientes destacan por detentar un activo rol para defender sus derechos como usuarios de drogas y pacientes del programa. Además de movilizar la asociación “Ser Solidarios”, una plataforma creada en 2007 para, entre

³ Velasco y Díaz de Rada ilustran el “lore” de la crisis de representación con el caso de un etnógrafo que investigaba sobre una comunidad de Gabón. Para preparar su entrevista con un informante “cualificado”, el antropólogo se basó en una monografía clásica de esta región. Durante la entrevista, el informante contestaba con fluidez a cada una de las preguntas, hasta que una de ellas le hizo dudar. Apurado, entró a su choza y al cabo de un rato se presentó con un ejemplar de la susodicha monografía. Los autores también refieren los ejemplos de los informantes americanos que conocían las etnografías de Kroeber o de los nativos africanos que habían leído los trabajos de Meyer Fortes. (Velasco y Díaz de Rada, 2006:74).

otras cosas, canalizar sus reivindicaciones, considero que su colaboración en algunas de las iniciativas investigadoras de los profesionales, como ya he referido, supone una oportunidad no sólo para entablar un diálogo meta-textual con los sujetos de estudio, en un ejercicio de horizontalidad epistemológica, sino también para amplificar su agencia política.

La perspectiva relacional: polifonía, dialogismo y poder.

En el campo de la antropología médica, la asimetría que surge en las relaciones de poder entre médicos y enfermos ha sido una cuestión ampliamente debatida. En *La parte negada de la cultura* (2002), Menéndez reflexiona acerca de las diferentes formas en que las ciencias sociales han abordado epistemológicamente las relaciones de hegemonía y subalternidad implícitas en los procesos de salud-enfermedad-atención (S/E/A). A partir de los años cincuenta, fruto de las corrientes teóricas marxistas, la escuela de Chicago, algunas aproximaciones fenomenológicas (Fanon, Huizer) y ciertos movimientos sociales, surge un nuevo enfoque teórico que valoriza el punto de vista del actor, consolidándose durante los años setenta. Las nuevas orientaciones teóricas reprochan a las corrientes estructuralistas, funcionalistas y culturalistas la reificación del actor en tanto que sujeto pasivo y portador-reproductor de una cultura estática. Con las investigaciones centradas en la perspectiva del actor, se pretende concienciar y movilizar a la acción al enfermo en calidad de agente, rescatando su subjetividad, su experiencia y sus saberes profanos, frente al saber científico-técnico del médico, que quedan desmitificados como los únicos detentores de la “verdad”.

Sin embargo, Menéndez advierte que la estrategia centrada en lo “emic” puede invisibilizar o “negar” elementos estructurales (de tipo demográfico, económico, político, epidemiológico, etc.) que configuran la vida cotidiana de los actores sociales y se encuentran en la base de los procesos de S/E/A, hasta el punto de que algunas de sus expresiones puedan ser consideradas como un rasgo de su identidad cultural. Por otro lado, el antropólogo se hace eco de algunas corrientes provenientes del marxismo gramsciano, la fenomenología, el interaccionismo simbólico y la antropología funcionalista para advertir que los grupos sociales nunca son monolíticos, sino diversos. Así, en el seno de un grupo o una comunidad, se distinguen actores sociales pertenecientes a sectores tanto hegemónicos como subalternos. Como consecuencia de esta heterogeneidad, las relaciones no siempre son recíprocas, simétricas y de cooperación, sino también, y de forma simultánea, antagónicas, asimétricas y competitivas. Para superar las limitaciones de la perspectiva

del actor, que juzga excesivamente maniqueísta y mesiánica, el antropólogo propone una “perspectiva relacional”. Haciendo un guiño al efecto Rashomon⁴, esta mirada pone el énfasis en las relaciones primarias entre los distintos actores sociales significativos, y en la articulación del nivel local con las dinámicas y procesos que se desarrollan en el nivel macrosocial.

La crítica epistemológica de las investigaciones centradas en el punto de vista del actor asoma en los nuevos enfoques de la antropología de la llamada “Anthropology of Policy”. Este campo emergente se dirige al conjunto de actores sociales, en su pluralidad, que participan en la formulación y el funcionamiento de los distintos dispositivos de poder, entre los que, cómo no, se incluyen las intervenciones en drogodependencias (ver Cris Shore y Susan Wright, 1997). Haciéndose eco de esta propuesta, en la X Conferencia Bienal de la Asociación Europea de Antropólogos Sociales (EASA), Vibeke Asmussen Frank plantea la siguiente reflexión en torno a una “Antropología de las Políticas de Drogas”⁵:

“Ethnographic studies of the uses and the users of psychoactive drugs have generally shown the complexity of the meanings of drugs across time and space. (...) But by focusing primarily on the users, ethnography has also –perhaps inadvertently– contributed to the idea that drug users are indeed the ethnographic Others that we need to study, rather than, for instance, the policy-makers, the police, prison staff, prevention workers, staff of treatment institutions, or some of all the other groups of people involved in the formulation and implementation of drug policies.” (Frank, 2008).

Situándome en esta línea, me ha parecido más fecundo situar el axioma analítico de mi investigación etnográfica en la dialéctica entre las diferentes lógicas de usuarios y profesionales que configura la vida cotidiana en el centro, atendiendo a los procesos de interacción y las relaciones de poder entre ambos grupos sociales, que describir el punto de vista de cada uno de estos roles de manera independiente o enfrentada. Considero que es precisamente en el (des/re)-encuentro entre los distintos grupos participantes del centro, con su constelación de resistencias y afinidades mutuas, donde se expresa la estructura de esta tecnología de poder y se problematiza la biopolítica de la que surge. Mediante el análisis de las transacciones sociales no sólo he tratado de

⁴ Valga recordar que el efecto Rashomon se refiere a la subjetividad y perspectivismo que se produce al recordar un hecho, observándose una variabilidad en los relatos de los individuos que han presenciado una misma situación, según el rol y la posición del narrador, y sin existir una versión verdadera o falsa.

⁵ Concretamente, en el simposio: “The Anthropology of Drug Policy: A Way to Diversify the Field of Drug Studies”, del 28 de agosto de 2008.

comprender lo que hace y dice el conjunto de actores sociales que participan del lugar de estudio, sino que también he podido observar y describir hasta qué punto se encuentran imbricados sus respectivos puntos de vista. Como intentaré mostrar más adelante, la perspectiva dialógica me ha permitido describir dinámicas de convergencia entre ambas “polaridades”, así como una rica e interesante heteroglosia dentro de cada grupo de roles en esta institución.

Ficcionalando ficciones.

En su obra fundacional *La interpretación de las culturas* (1973), Geertz sostiene que:

“En suma, los escritos antropológicos son ellos mismos interpretaciones y por añadidura interpretaciones de segundo y tercer orden (...) De manera que son ficciones; ficciones en el sentido de que son algo “hecho”, algo “formado”, “compuesto” –que es la significación de *fictio*–, no necesariamente falsas o inefectivas o meros experimentos mentales de “como si””(Geertz, 1997:28).

En efecto, ante la imposibilidad de ofrecer un reflejo objetivo de una realidad mestiza *per se* a través de la descripción etnográfica, los antropólogos ensayamos representaciones y collages de esas realidades en las que, con distinto grado de participación o intensidad, nos hemos sumergido durante el trabajo de campo. “¿Pero no es todo etnógrafo algo surrealista, un inventor y mezclador de realidades?”, se pregunta James Clifford (2001:180). El producto final no deja de ser la reducción de unos modos de vida a un texto, confeccionado de acuerdo a los sistemas reflexivos y estilísticos de preferencia dentro de la disciplina y de la pluma del autor. Simpatizando con las corrientes posmodernas ya referidas de la antropología que privilegian, a la vez que cuestionan, el modelo interpretativo y la práctica reflexiva en la escritura de los textos etnográficos, mi análisis etnográfico se aleja de los enfoques de pretensión cientifista, o de corte malinowskiano, que brindan descripciones naturalistas de los hechos observados en el campo. Así pues, debo advertir al paciente lector que si espera encontrar aquí una descripción taxonómica de los fenómenos observados en el dispositivo de estudio, con la correspondiente clasificación de los actores sociales en subgrupos de acuerdo a unas variables preestablecidas, quedará defraudado. Por el contrario, he optado por buscar un sentido a mis observaciones más allá de los discursos explícitos, tratando de interpretar la realidad a la luz de las corrientes teóricas que ya he mencionado. Con Martyn Hammersley y Paul Atkinson,

“Asumiendo que las ideas teóricas están bien fundadas, éstas nos proporcionan mucho más conocimiento sobre cómo se organizan aspectos concretos de los procesos sociales y tal vez, incluso, sobre por qué los acontecimientos ocurren de acuerdo con unos modelos (...) La intención no es únicamente hacer inteligible los datos, sino hacerlo de una manera analítica que proporcione una nueva perspectiva sobre el fenómeno que estamos tratando y puede decirnos algo acerca de otro fenómeno de similares características” (2003:226–227).

Siguiendo con la discusión sobre la representación y el dialogismo en los textos etnográficos desde una perspectiva bajtiniana, las voces primarias de los diversos actores sociales de mi estudio parecen sonar guiadas por una partitura que les indica cuándo deben hablar, que las modula y les marca los silencios o énfasis en cada escena. Más allá, hay una labor de montaje que permite trasponer el tiempo y el espacio de los contextos reales de comunicación, así como cortar y yuxtaponer fragmentos de enunciados extraídos de las escenas observadas. Para dar un sentido a la miscelánea de situaciones, discursos y signos que me envolvían sobre el terreno, me he servido de recursos estilísticos que, a su vez, me han permitido entrar en diálogo con una polifonía tanto *emic* como *etic*, asumiendo que mi propia voz también pertenece al nivel empírico de la investigación. Entiendo, pues, este dialogismo en el sentido que le da Dennis Tedlock, es decir, ya no para la obtención de los datos, sino para su presentación (en Jacórzynski, 2004:159). A partir de este proceso dialógico de comunicación entre las voces primarias del conjunto de actores sociales, entre los que debo incluirme, y mi (meta-)voz como autora, surge el género discursivo del presente texto etnográfico.

Ciertamente, se atisba un mayor paralelismo entre mi enfoque post-estructuralista y la preocupación de los antropólogos por los “predicados de la cultura”, siguiendo a Clifford, o los “textos sobre la cultura” –aunque no necesariamente de tipo etnográfico, sino cualquier discurso científico de producción de verdad, pese a que no dejen de ser ficciones– que con los primeros postulados geertzianos de la “cultura como texto”, secundando la progresión que Carlos Reynoso advierte acerca de la etnografía experimental después de celebrarse el Seminario de Santa Fe y de la publicación de *Writing Culture* (1998:31). Sin embargo, las notas de campo que salpican el análisis del dispositivo de estudio quedan justificadas por el *sentido* que subyace a la descripción densa capitaneada por Geertz. Este no es otro que el de relacionar el plano pragmático y el plano simbólico de la realidad cotidiana observada, así como elucidar el dialogismo que surge entre los distintos roles sociales en juego. Aunque las escenas que he reunido no aspiran a ser otra cosa que meras viñetas o anotaciones descriptivas, ya que carecen de la prolijidad con que Geertz relatara el “juego profundo” de las peleas de gallos balinesas (1997:339–

372), considero que el detalle y la extensión con que recojo los gestos, las expresiones y los “guiños” de los sujetos de estudio basta para desvelar e interpretar “la jerarquía estratificada de [las] estructuras significativas” (*Ibid.*, p. 22), y dar cuenta así de uno de los objetos de mi investigación. En última instancia, mi estudio cumple con las dos tareas que atribuye el antropólogo a la investigación etnográfica:

“descubrir las estructuras conceptuales que informan los actos de nuestros sujetos, lo “dicho” –y actuado, habría que añadir– del discurso social, y (...) construir un sistema de análisis en cuyos términos aquello que es genérico de esas estructuras, aquello que pertenece a ellas porque son lo que son, se destaque y permanezca frente a los otros factores determinantes de la conducta humana.” (*Ibid.*, pp. 37–38).

En consecuencia, he espigado fragmentos de mis notas de campo con el fin de enfatizar la dialéctica de lógicas y perspectivas inherente a los procesos de interacción, según la posición estratégica que los actores sociales ocupan en este espacio institucional, así como el modo de gestionar la confrontación roles, especialmente por parte de los profesionales. Aunque ya he justificado que el principal aporte de mi investigación reside en su carácter heurístico, para compensar la tendencia a la sobreinterpretación de la que alerta Ricardo Sanmartín (2003:49), he buscado la proporcionalidad entre el contenido de análisis teórico y de material empírico, tratando de establecer un diálogo coherente. Así pues, recordando los seis principios que, según Clifford (1991:32–33), dotan “de coherencia a las ficciones etnográficas”, y a su vez responden a alguna de las finalidades de mi investigación, espero haber encontrado un equilibrio en mi escritura entre: (1) el “contexto”, describiendo los “significados sociales” en torno al dispositivo de estudio; (2) la “retórica”, deshaciendo las “convencionalidades expresivas” o, en términos bajtianos, las formaciones discursivas de los grupos sociales que configuran la escena etnográfica; (3) la “desinstitucionalización” de las “tradiciones específicas, de las disciplinas que acostumbra al receptor del mensaje”, tal vez gracias al sistema de tropos que traslado a mi análisis; (4) la “generalización”, que me diferenciaría de una “novelista” o una “simple viajera”, aunque mi propósito no sea el de enunciar verdades universales, sino acaso el de proponer lecturas alternativas de un experimento biopolítico contemporáneo y transfronterizo; (5) la “politización”, combatiendo el “autoritarismo cultural” a través de un discurso polifónico y dialógico; y (6) el “historicismo”, para no caer en los “lugares comunes”, después de haber descrito las coordenadas históricas, sociales y culturales que determinan el enclave político del dispositivo estudiado.

La negociación de la autoría en el proceso de investigación merece algunas reflexiones. En primer lugar, he de señalar que en el análisis etnográfico no sólo me interesa describir los fenómenos performativos operados en los usuarios, sino que también la propia investigación deviene en sí misma una estrategia de performatividad. De acuerdo a mi perspectiva post-estructuralista, parto de la hipótesis de que el poder produce “verdades” y subjetividades a través de sus mecanismos discursivos. Es de esperar, pues, que los profesionales y los usuarios desempeñen los roles sociales que dispone la lógica del programa, asumiéndolos de manera inconsciente. Mi propósito no se limita a describir estas formaciones discursivas y prácticas naturalizadas por los actores sociales que participan de este dispositivo, sino que también pretende repensarlas y proponer lecturas alternativas. En consecuencia, considero un gesto de honestidad compartir las interpretaciones y elaboraciones teóricas con los sujetos de estudio, con la finalidad de poder discutir las asimilaciones o resistencias del discurso moral y político promovido en esta tecnología de gubernamentalidad, así como los procesos de autogestión de sus subjetividades e identidades sociales, en un sentido emancipador y creativo. Asimismo, la discusión me permitiría observar sus distintas impresiones y reacciones, bien de aprobación o de rechazo, sobre el modo en que aparecen representados etnográficamente los sujetos de estudio, contrastar mis propias interpretaciones con las suyas y reflexionar desde otros puntos de vista, incluso de posibles cuestiones que no haya llegado a plantear.

Sin embargo, ensayar una reflexión conjunta implicaba un abordaje epistemológico y metodológico demasiado ambicioso para los objetivos del estudio etnográfico con el que pretendo ilustrar la Tesis Doctoral. En primer lugar, para trasladar un enfoque participativo al campo se requería ciertas dotes de liderazgo, así como llevar a cabo un ejercicio de traducción que posibilitase plantear y desarrollar la discusión en un lenguaje inteligible para todos. Por otro lado, había que tener precaución a la hora de mostrar material empírico sobre aspectos conflictivos que pudiesen soliviantar y enfrentar a los actores sociales. Además, dada la familiaridad que había surgido en la población de estudio a raíz de su convivencia en la institución, sobre todo los más veteranos, en algunos casos también fuera de esta, también convenía prestar un especial celo a la confidencialidad. Así, por ejemplo, a muchos no les costaría trabajo reconocer a los protagonistas de las anécdotas referidas en las entrevistas en profundidad. Por otro lado, era previsible que no todas mis reflexiones fuesen del agrado de todos. Algunos profesionales podían sentirse aludidos en algunas de mis observaciones sobre el autoritarismo o el paternalismo implícito en el discurso biomédico que enunciaban,

mientras que los pacientes podían sentir pudor al reconocerse en algunas descripciones de las escenas presenciadas en el centro, aun habiendo respetado la confidencialidad.

Por tanto, a pesar de la modesta vocación performativa de la tesis, como seguiré justificando en breve, y de las razones señaladas para compartir los resultados con los sujetos de mi investigación etnográfica, aunque podría haber sido apasionante, descarté llevar a cabo una investigación-acción-participativa. Así pues, decidí asumir toda la responsabilidad en la tarea de representar a los sujetos de estudio, aunque esto supusiera un motivo de preocupación, y reservar el enfoque participativo para ulteriores publicaciones.

En el siguiente apartado, seguiré reflexionando sobre mi postura en relación a la autoría en la escritura etnográfica, planteando algunas cuestiones éticas acerca de la representación de los usuarios a partir de la impronta y (des-)afiliación con los códigos estéticos adquiridos durante sus trayectorias de consumo de drogas ilegales.

La ética del tercer espejo.

En uno de los capítulos de *Social Suffering* (1997), Arthur y Joan Kleinman reflexionan sobre la ética que trasciende la representación del sufrimiento humano “a distancia” a través del fotoperiodismo, su lógica y su impacto simbólico y moral de acuerdo al sistema de valores de la sociedad occidental. Ambos autores toman como ejemplo la polémica fotografía del malogrado Kevin Carter, por la que fue galardonado con el Premio Pulitzer de fotografía en 1994. Como se recordará, la instantánea muestra una niña pequeña africana (senegalesa) en un estado de desnutrición extrema, aparentemente abandonada en un entorno árido y polvoriento. La actitud de la niña, en cuclillas y sin fuerzas siquiera para sostener la cabeza, muestra su grado de extenuación. La imagen de la pequeña al borde de la muerte por la falta de alimento es sobrecogedora *per se*. Pero el elemento macabro de la fotografía que le valió a Carter este prestigioso premio es el buitre que, en un inquietante segundo plano, parece estar acechando a la criatura a sus espaldas. A propósito de esta fotografía, así como de la controvertida historia sobre cómo fue tomada, los Kleinman comentan algunas de las críticas más duras suscitadas: el cuestionamiento de que el sufrimiento humano real se acabe reduciendo al plano de lo meramente estético, como un icono; la dudosa legitimidad de la búsqueda de sensacionalismo y el oportunismo (supuestamente, por parte del profesional) para alcanzar el éxito y el reconocimiento social; y

el dilema de si el fotógrafo debía haber dado prioridad a asistir a la niña, dejando de observar pasivamente el *objeto* de su fotografía para entrar en relación con el *sujeto*, a fin de evitarle sufrimiento o incluso la muerte.⁶

Salvando las distancias y dejando a un lado el dramatismo del ejemplo (pero no demasiado), considero que cualquiera de estas críticas podrían dirigirse a la mayoría de quienes investigamos en el campo de la antropología médica, especialmente cuanto más se aproxima nuestro trabajo a las humanidades, a la búsqueda de conocimiento por conocimiento, a lo contemplativo, y más se aleja de las ciencias sociales y de la investigación-acción, el extremo acaso más políticamente comprometido de la antropología. Soy consciente de la radicalidad de este planteamiento, que es extensible a casi todos los cuerpos profesionales de nuestra sociedad occidental (sanitarios, juristas, investigadores, trabajadores sociales, miembros de servicios de emergencias, sacerdotes, trabajadores de oenegés e incluso artistas). De hecho, las jerarquías del prestigio social asociado a estos cuerpos se organizan, básicamente, en torno a la necesidad y la desgracia ajena, aunque algunos colectivos sólo existen para/a costa de ella (banqueros, políticos corruptos, militares, mafias, periodistas carroñeros, etc.).

Más de una vez he oído de algunos de los pacientes de mi estudio el razonamiento –o el reproche– de que, en última instancia, el puesto de trabajo de los profesionales del centro no deja de depender de su participación en el programa. Es decir, que “comen gracias a ellos”. Más adelante me detendré en analizar algunas de las aristas y significaciones políticas de este argumento. Lo que me interesa debatir, por una parte, es hasta qué punto también mi Tesis Doctoral es deudora suya, o más específicamente, se nutre de la situación de exclusión social que sufren los sujetos que le dan sentido a las biopolíticas de reducción de daños y, en particular, a este dispositivo clínico. Ciertamente es que, en mi caso, como ya he

⁶ Asimismo, los Kleinman critican la trivialización del padecimiento humano, al devenir este tipo de imágenes un producto mediático efímero, dentro de la inagotable oferta de entretenimiento de nuestra sociedad de hiperconsumo. Tampoco pasan por alto el neocolonialismo implícito en la representación de los sujetos de otras culturas como víctimas, así como la omisión de sus instituciones sociales y formas de vida cotidiana. De hecho, con frecuencia, las diversas lecturas, juicios y valoraciones de estas imágenes, especialmente en los medios de comunicación, adolecen de una perspectiva histórica que desvele el origen de la miseria que rodea a otras gentes que viven “en la distancia”, a pesar de que para comprender la realidad de su vida cotidiana y plantear medidas eficaces contra la injusticia social, sea necesario situar políticamente lo local en lo global. Pero los Kleinman también critican la “apropiación” del sufrimiento y la violencia por la medicina, es decir, la patologización del horror producido por los “desórdenes del capitalismo”, como expresan ellos, suponiendo que sea posible un capitalismo ordenado. Estos dos últimos argumentos parecen perfectamente extrapolables a la construcción mediática respecto al “problema de la droga”, así como a la medicalización de las conductas y los estilos de vida asociados al consumo de drogas.

explicado no he disfrutado de ningún sueldo ni beca para la realización de este trabajo, a excepción de la ayuda para una estancia breve de investigación en el extranjero. Pero el acercamiento a la experiencia de individuos que viven en los márgenes de la sociedad, junto a la observación diaria del entorno clínico donde son asistidos diariamente, ha supuesto una oportunidad para iniciarme como investigadora en la disciplina y desarrollar mi formación curricular, que –tal vez remotamente– me ayude a posicionarme laboralmente.

Se podría argüir que se trata de un razonamiento falaz, producto del malestar, la frustración, la sensación de injusticia y la desesperación de los grupos sociales desfavorecidos y necesitados de asistencia, más que de una reflexión ponderada que tenga en cuenta los dos extremos del contrato social, es decir, a los auxiliados y los auxiliares, a los estudiados y los investigadores (y así sucesivamente), si asumimos que, hasta hace poco, el sentido del Estado de bienestar ha sido asegurar una protección a los ciudadanos. También podríamos considerar esta suerte de transacción social como un intercambio inevitable que surge de la disfuncionalidad estructural de nuestro mundo capitalista –que más bien pareciera haber perdido la cabeza, si acaso alguna vez la tuvo–. Pero en algunos momentos de mi investigación no he podido dejar de sentirme parte de un sistema perverso que, a su vez, indirectamente denuncié con mi crítica a las políticas de control del uso de drogas. Me rebelaba ante la idea de estar proyectando mi carrera profesional con una investigación centrada en los procesos y laberintos en que la mayoría de los sujetos de mi estudio etnográfico estaban atrapados. Paradójicamente, mientras mi trabajo progresaba y se acercaba a su meta, parecía que los pacientes permanecían detenidos en sus destinos, más o menos mejorados, pero que en muchos casos quedaba al margen de toda posibilidad de éxito o prestigio social de acuerdo al sistema de valores hegemónico, como si ellos y yo perteneciésemos a dos mundos paralelos.

Después de una jornada de trabajo de campo, especialmente los días en que había conversado con algún paciente que me había confiado su sentimiento de soledad, sus frustraciones, sus traumas, o la miseria que le rodeaba, al llegar a casa me sentía privilegiada por tener un hogar, el cobijo de los libros, poder sentarme a cenar con mi amado, contestar a los mails de los amigos o tener una familia a la que poder llamar por teléfono para contarle cómo me había ido la semana. Valoraba mi pequeño mundo burgués con una sensación ambivalente, de agradecimiento pero a la vez de injusticia. Sin embargo, uno de los mejores tónicos para continuar mi tarea y que disipaba mis reparos de estar aprovechándome, de algún modo, de una situación de desequilibrio social era la sorprendente

respuesta de gratitud de algunos pacientes por sentirse escuchados. Durante los ratos compartidos, especialmente en las conversaciones con quienes se encontraban en una situación de mayor exclusión social, los pacientes se alegraban de que sus vivencias, reflexiones y sentimientos les importase a alguien. Sólo por ello, aunque mi trabajo no llegase a ver la luz y no publicase una sola frase de todas las recogidas en mis cuadernos o en la grabadora, el “estar allí con ellos” había merecido la pena. Al menos parcialmente, mi trabajo quedaba así moralmente legitimado. Pero, a su vez, los pacientes se sentían orgullosos de que su sufrimiento no hubiese sido en vano, de poder contribuir con sus narrativas a mejorar la situación de otras personas con necesidades similares. Ahí radicaba mi compromiso con ellos.

Queda una segunda cuestión ética por mencionar, que está estrechamente relacionada con la arquitectura epistemológica del presente trabajo y, más concretamente, con el sistema de representación de la realidad social y el sujeto. En el capítulo correspondiente al marco teórico, he tratado de justificar la metáfora del espejo para ilustrar las relaciones de poder que se inscriben en el cuerpo de los usuarios de drogas, que a su vez los construyen y sitúan como sujetos en relación al espacio normativo y el sistema moral hegemónico. Así pues, mientras que la matemática del espejo cóncavo del paradigma prohibicionista devuelve una imagen deformada de sus cuerpos, en un sentido tanto simbólico como efectivo, las heterotopías de desviación de la droga, como la de nuestro estudio, pretenden ejercer una corrección óptica de esa imagen grotesca. Pero siguiendo con la crítica posmoderna, también se da un ejercicio de poder en la facultad enunciativa de los relatos etnográficos, en tanto que contribuye a la construcción social de la realidad, por usar la célebre tesis de Berger y Luckmann (1984). Hasta la descripción más científica no podrá evitar la distorsión de los hechos observados. Con James Clifford, “lo poético y lo político son cosas inseparables; y (...) lo científico está implícito en ello, no en sus márgenes” (1991:26–27). Indefectiblemente, para representar o *ficcionar* la realidad, como en las obras literarias, se precisa de un estilo narrativo.

Enlazando con el sistema de tropos que postulo en el presente trabajo, que acaso las mentes más empiristas ya habrán tildado de capricho hermenéutico, he incorporado un tercer espejo que, a su vez, refleja las imágenes que proyectaba la lente convexa de la heterotopía de estudio, y que no es otro que el de la escritura etnográfica. La lente que aplico para la construcción del texto complica aún más el juego que trato de analizar, obligándome a tomar una actitud reflexiva en tanto narradora. Por un lado, las figuras que aquí se perfilan están referidas a individuos reales,

pero invariablemente tienen el carácter subjetivo que les imprime mi mirada etnográfica. Por otro lado, la proyección de estas imágenes pasaba por un ejercicio de estilización que me confrontaba con la injusticia de reducir las pasiones y aflicciones de los sujetos de estudio a un juego retórico. En consonancia con la tesis general de la investigación, se hacía necesario trasladar el tropo del esperpento yonqui a mi análisis etnográfico como *uno* de los elementos con que representar la corporalidad política de la población de estudio. Evidentemente, esto me planteaba un serio dilema ético por el riesgo que entrañaba de estigmatizar a los pacientes. Al fin y al cabo, se trata de personas de carne y hueso a las que aprecio y respeto, y que han llegado a confiarme desinteresadamente sus anhelos y padecimientos. Además, para muchos de ellos la palabra “yonqui” es de los peores insultos que se les puede dirigir. Pero al mismo tiempo, como etnógrafa debía rendir cuenta de todo aquello que, en consonancia con los objetivos de mi investigación, encontrase significativo en los gestos y las voces de la comunidad de estudio.

También en *Social Suffering*, el escritor David B. Morris alude a las aportaciones de Wittgenstein, Austin, Foucault y Bajtin a la teoría literaria acerca de la dimensión social o dialógica de las voces individuales, y más en particular al concepto de “géneros discursivos” que propone el último autor. Recordemos que con esta noción el lingüista ruso se refiere a “unos tipos temáticos, composicionales y estilísticos de enunciados determinados y relativamente estables” (Bajtin, 1999:252), o, en palabras de Morris, “all the formal or informal –pure or mixed– codes that allow us to understand and to construct individual utterances” (1997:33), dependiendo del contexto⁷. Si, con Jacques Derrida, no hay enunciado sin género, así como tampoco hay géneros discursivos sin “the existence of specific discourse communities”, Morris se pregunta: “How we talk about suffering and how we talk when suffering is always shaped and constrained by the speech genres of specific discourse communities” (*Ibid.*, p.33).

En la escena etnográfica de mi investigación, la matemática del espejo cóncavo parecía estar detrás de los géneros discursivos y los procesos encarnados –como la degradación física, aunque se manifestase en distintos grados y sorprendentemente de forma reversible en algunos casos–, que configuraban las identidades sociales de los usuarios en relación al orden social hegemónico, permitiéndome contrastar mi hipótesis del esperpento yonqui como reflejo y representación social de

⁷ Morris cita la versión inglesa: Bakhtin (1986).

un género subversivo. Ciertamente, la silueta que se recorta de los cuerpos de los pacientes es superponible a la de sus homólogos de otros países posindustriales, encontrando una inquietante similitud no sólo de la fisionomía de los usuarios de drogas, sino en sus hábitos, indumentaria, comportamientos adaptativos y estilos de vida. Al fin y al cabo, al margen de las diferencias legislativas de cada país, todos comparten una situación de liminaridad política. Sin embargo, si bien ya he justificado la cuestión del particularismo de los yonquis españoles en relación al tropo del esperpento, para la investigación etnográfica se me antojaba aún más ineludible trascender esa imagen universal y destacar las tonalidades, los matices y los elementos idiosincrásicos que rellenan la figura de los cuerpos de los pacientes que pretendo representar, pues es precisamente en su contexto cultural donde se proyectan sus imágenes.

Vuelvo a insistir en que mi intención en ningún caso es la de banalizar ni referirme despectivamente a los sujetos de estudio, ni tampoco caer en la exotización de *lo español*. Pero la semántica corporal y las dramatizaciones que a menudo presenciaba durante el trabajo de campo parecían representar la mueca y el gesto asainetado de los esperpentos, al tiempo que connotaban los bordes de esta comunidad moral, por usar la expresión de Morris (*Ibid.*, p. 40), en relación a su contexto histórico, sociocultural y político. Asimismo, la intención de mis descripciones quedan lejos del “diabolismo” y la acritud con que Valle-Inclán caracteriza deliberadamente a sus personajes. Por desgracia, era la misma realidad social la que, como un demiurgo, imprimía implacablemente la estética del esperpento en los sujetos de mi investigación. Así, los pacientes *incorporaban* y *actuaban*, aunque con variable carga expresiva, un acervo de dispositivos de representación a través de sus códigos somáticos y géneros discursivos. El lenguaje “arrabalero” popular, la gestualidad paródica, la caricaturización de sí mismos (y de sus compañeros) y la animalización como metáfora moral, el sentimiento de condena a un destino mefistofélico o la mitificación de la decadencia maldita, por citar algunas coincidencias con la cosmología del esperpento (ver Zavala, 1990), trufaban las narrativas de la mayoría de ellos y saltaban al escenario institucional.

A modo de ilustración de los géneros discursivos en la escena etnográfica, aprovecharé para aclarar a qué responde la (tal vez desconcertante) heterogeneidad de pseudónimos bajo los que aparecen representados los informantes. Aunque durante la investigación etnográfica ya me rondaba la idea, no fue hasta la fase de redacción cuando decidí dejar en manos de los pacientes y profesionales la elección del pseudónimo. Pero para entonces ya no me podía permitir dedicar varias jornadas preguntando

informante por informante. Para ello, tendría que haberme encontrado con cada paciente según su turno de llegada a lo largo de la mañana y/o la tarde, cabiendo la posibilidad de tener que volver si se lo saltaban o estaban de baja en ese momento; y por otro lado, los profesionales repartían sus turnos a lo largo de la semana. De manera que improvisé una urna de cartón para que cada cual depositase una papeleta con su nombre real acompañado de su nombre ficticio, en caso de que deseara mantener el anonimato. Ara, una de las enfermeras, se encargó amablemente de solicitar la colaboración de los colegas y pacientes en sus turnos en la sala de observación, y de custodiar la caja. Al cabo de unos días, me la entregó asegurándome que todo el mundo había participado y no había ocurrido ninguna incidencia. Cuando más tarde abrí la urna, mi sorpresa iba *in crescendo* conforme desplegaba las papeletas y descubriría sus pseudónimos, a cada cual más estrambótico ("El Gato con Botas", "El Diablo", "Generation X"), cuando no me encontraba con apodos reales o sus nombres abreviados y antecidos por el correspondiente artículo determinante.

Supongo que simplemente debieron de confundir el significado de pseudónimo con el de mote, pero confieso que mi segunda reacción fue de ligera decepción, como si se hubiesen tomado a chanza mi investigación para probar su ingenio, obligándome a ser yo la que los "bautizase" con la seriedad que se espera en *una* tesis doctoral. Sin embargo, independientemente de la posible hilaridad que propiciase mi propuesta, ¿acaso no era respetable su elección y hasta original, añadiendo valor a la etnografía? Pero más allá, ¿no denotaba este gesto la asimilación de algunos de los rasgos que caracterizaban el género yonqui que discutía en mi tesis? Al fin y al cabo, el tipo de apelativos escogidos coincidían con el estilo de nombres por los que se hacían llamar muchos de ellos, tratándose a veces de motes adquiridos en el propio centro. En efecto, el uso de apodos y de nombres apocopados constituye uno de los rasgos de identidad de muchos pacientes (aunque algunas enfermeras también abrevian sus nombres), denotando la cultura popular y marginal, y en algunos casos penitenciaria, de la que han participado. A su vez, este tipo de apelativos forma parte de la realidad cotidiana que observé en el centro, en la que el lenguaje institucional convive con el de la calle, en un clima de familiaridad. Finalmente, opté por respetar sus propuestas, como una manera de (re-)presentar a los actores sociales con sus propios enunciados, aunque esta caracterización pudiese interpretarse antes de conocer su justificación como un mero recurso estilístico. No obstante, reconozco que me he permitido modificar algunos pseudónimos para evitar que desviasen demasiado la atención de la lectura.

Así pues, trasladando el modelo de situación teatral de Griaule, al que ya he aludido, a la escena etnográfica, el género del esperpento se me revelaba como una clave para descifrar el *habitus* observado en los pacientes, aproximarme a sus propias narrativas en tanto “sujetos discursivos” (Bajtín, 1999:260) y, a su vez, rendir cuenta de su anclaje cultural. Pero del mismo modo que he huido de proyectar una imagen peyorativa o denostada de los sujetos de estudio a través de mi propia mirada, también he evitado una romantización o un ennoblecimiento deliberado de lo grotesco. No tenemos más que remitirnos al uso moralizante de la retórica en la obra valleinclanesca para comprobar hasta dónde puede llegar el poder de la metáfora en la *fabulación* –por usar la terminología de Clifford (1991:33)– de la realidad social más decadente. Así, por ejemplo, el antropólogo Carmelo Lisón Tolosana (1995:265–266), empezando con la famosa frase con que Salinas describe al dramaturgo, destaca su maestría a la hora de parodiar la España finisecular y “[traducir] a belleza poética como nadie la brutal realidad de su tiempo”. Incluso el propio Salinas habla del “espejo de la poesía dramática de Valle”, que consigue convertir el monstruo creado por los espejos de la calle del Gato en “criatura de arte, en ser de pulcritud casi divina”. (1988:235). También Guillermo Díaz-Plaja se refiere al sentido moral de la estética de lo grotesco y de la “visión degradada” en la obra de Valle en tanto forma de “sublimación” de la realidad, “una «voluntad de estilo» que (...) se apoya en una concepción del mundo (...) hecha de depresión, de melancolía, de cansancio” (1965:133). No obstante, sí que he procurado describir con el mismo respeto tanto las disposiciones corporales, formaciones discursivas y comportamientos alejados de lo normativo y compatibles con la estética yonqui que algunos usuarios mantenían por propia voluntad, como las transfiguraciones de otros hacia una normalización deseada.

Volviendo al debate de la ética del fotoperiodismo, los Kleinman reconocían el compromiso moral y político de los profesionales que, aun arriesgando sus vidas, trataban de dar visibilidad al sufrimiento humano que queda lejos de nuestro entorno más inmediato. A modo de corolario, consideraban preferible la “apropiación” del sufrimiento a la pasividad e inacción ante la miseria humana, siempre que haya una intención de

denuncia o un llamamiento a la acción en pro de la justicia social⁸. En el caso de la etnografía, podría decirse que la mera elección del tema de estudio ya denota un compromiso político, en tanto que se otorga visibilidad a un colectivo social. Pero más aún, en ese inevitable riesgo de traducción cultural, es decir, en el ejercicio de ficcionar, representar y estilizar la realidad observada a través de la escritura etnográfica, es donde podemos situar el principal bastión ético y político de nuestras investigaciones. Valga como ejemplo a medio camino entre el fotoperiodismo y la etnografía la galardonada fotoetnografía *Righteous Dopefiend* (2009), donde Bourgois y Jeffrey Schonberg retratan a los inyectores de heroína y fumadores de crack sin techo en San Francisco.

En suma, si el presente trabajo tiene un sentido eminentemente académico y en ningún caso se trata de un informe técnico para una agencia de evaluación sociosanitaria, ¿qué finalidad podemos atribuirle? De nuevo con Castel, y remedando a Durkheim, “nuestras especulaciones no tienen otra justificación más que la de hacerse cargo de los problemas que son la trama de la vida de los sujetos sociales, para intentar volverlos más inteligibles y eventualmente para iluminar a «quienes toman las decisiones»” (2004:17). Por su parte, Agar, en un artículo ya citado donde lamenta las grandes dificultades encontradas para conseguir influir con su investigación etnográfica en la biopolítica de su país, nos obsequia con un par de consejos (“greybear words”), que en el peor de los casos nos pueden ayudar a capear la frustración:

“The antidote is this: aim your work towards the current issues, but make sure that if all else fails the work will have been intellectually satisfying and morally informed. If nothing else, you will have learned something that will make the next try more effective.

My second bit of advice? (...) take a policy expert to lunch. (...) It requires chronic megalomania (...) to take personal credit for any change (...) but it is good to be part of the right historical current” (Agar, 2002:257).

Quizá deba conformarme si logro satisfacer lo que propone Castel y sigo al menos el primero de los consejos de Agar, si consideramos que la

⁸ Sin embargo, los autores advierten de la posible “iatrogenia” de las intervenciones sociales y sanitarias –implícita en las propias estructuras de las instituciones legitimadas para diseñar e implementar esas políticas–, por lo que abogan por una actitud autocrítica y consciente, así como un conocimiento profundo de los procesos culturales de la realidad que se pretende transformar. Con la finalidad de humanizar estas acciones proponen el trabajo etnográfico, como estrategia para centrarse en el nivel de lo local, es decir, en el espacio concreto donde se establecen las relaciones entre la población autóctona y los agentes externos. No obstante, para garantizar el éxito de las acciones emprendidas “desde abajo”, en su opinión, éstas deben coordinarse con las directrices de las meso y macropolíticas, conectando así lo local con lo global (Kleinman y Kleinman, 1997:18).

principal aportación de mi investigación etnográfica es la de contribuir a la teoría antropológica a través de una particular mirada a la realidad de este espacio clínico, atendiendo a los discursos y las prácticas de los distintos actores sociales desde su dimensión relacional, así como los relatos y vivencias encarnadas de los pacientes, y que a su vez esta mirada quede abierta a una posible lectura pragmática. O acaso deba confesar una intencionalidad más ambiciosa. En última instancia, con dicha mirada etnográfica y mi propuesta interpretativa pretendo ilustrar una crítica (constructiva) a las estrategias disciplinarias y biopolíticas de la prescripción de heroína, pero también la tramoya analítica y la eventual estilización de los actores sociales en mi narrativa pretender ser recursos para humanizar a los sujetos de estudio sin ánimo de juzgar su deseo de transformación o no. Es decir, el ineludible dispositivo estilístico cosustancial al texto etnográfico, que a su vez entra en el juego bajtiano de cronotopos del que me sirvo para cartografiar y disecar la trama micropolítica del escenario de estudio a modo meta/inter-textual, descansa sobre una clara intencionalidad ética. Es así como, finalmente, la capacidad política y performativa que reside en el juego reflexivo de mi investigación etnográfica me convierte en solidaria, en cierto modo, de la lógica gubernamental que late en el dispositivo de estudio.

CAPÍTULO 10. Cartografía de una heterotopía de crisis/desviación.

En los márgenes.

Tanto el dispositivo clínico de estudio como sus usuarios comparten un emplazamiento *borderline*, un espacio paradójico donde domina la contradicción de valores. En *Pureza y peligro*, Douglas identificaba las fronteras y márgenes como las áreas donde los sistemas sociales son más débiles, inciertos y, por tanto, peligrosos: “Hay poder en las formas y otro poder en el área desdibujada, en los márgenes, en las líneas confusas y más allá de los límites externos” (1973:134). El poder de estos espacios liminares donde la estructura social empieza a desvanecerse reside en su amenaza de desestabilizar el orden social. Pero además, aunque Van Gennep ya proporcionaba diversos ejemplos de ritos de paso que comportaban actos corporales, Douglas sostiene que la vulnerabilidad y las amenazas de las fronteras y los límites del sistema social, simbolizados por los umbrales de las puertas, están también representados simbólicamente en el cuerpo, considerando “los poderes y peligros que se le atribuyen a la estructura social como si estuvieran reproducidos en pequeña escala en el cuerpo humano” (1973: 156). Así pues, las estructuras anatómicas, tanto internas como externas, las funciones fisiológicas, así como las tecnologías corporales, representan las relaciones y el funcionamiento de las instituciones sociales, y simbolizan la demarcación de los márgenes de las estructuras de la sociedad.

Trasladando esta correspondencia simbólica y efectiva entre el cuerpo físico y el sistema social al tema que nos ocupa, puede decirse que, si bien los modos de vida yonqui ya infringen códigos morales y legales, la práctica corporal que los define como tales, es decir, el uso endovenoso de drogas, desafía y disuelve los límites corporales preestablecidos por un sistema social cerrado y prohibicionista. A su vez, mediante esta tecnología los usuarios se inoculan una sustancia exógena ilícita, representada socialmente como “tóxico” (o “junk”) y satanizada en el espacio público dominante. Hay que añadir que la demonización social de la heroína no se habría producido con tal eficacia de no haber sido por el papel que juega el componente “hemático-infeccioso” de la peste heroinómana en el ejercicio de la violencia sacrificial (Girard, 1995; Esposito, 2005). Pero lo que convierte la práctica de la venopunción definitivamente en un “acto subversivo” (Butler, 1999), como uno de los los peores vicios de la humanidad, es su capacidad para producir nuevas gramáticas y cartografías de lo erótico en conflicto con la norma. La

práctica de la venopunción traspasa la frontera epidérmica que aísla el espacio íntimo del espacio público, abriendo nuevos orificios que desestabilizan las gramáticas hegemónicas del goce. De esta manera, los yonquis infringen a la vez un código moral y legal, situándose especialmente en un espacio liminar de contaminación y peligro (Douglas, 1973).

Inevitablemente, la institución de estudio entra en contradicción con esos mismos discursos morales, pero también con los hegemónicos dentro del campo médico y jurídico, dado que la farmacopolítica a la que sirve este tipo de dispositivos incorpora cada uno de los elementos mencionados. En primer lugar, recordemos que lo que se prescribe aquí se trata de una sustancia excluida de la farmacopea por la OMS desde 1951. Ya hemos visto cómo, debido a su estatuto jurídico¹, los numerosos estudios previos a la puesta en marcha de estos programas se han acogido al resquicio legal del uso experimental de la sustancia. En el caso de España, con arreglo a la legislación vigente, la heroína queda sujeta a “prescripción médica especial”². A su condición de ilegal no sólo se añade la construcción (y producción) del “problema de la droga” por el aparato jurídico-biomédico en el marco prohibicionista, por el cual la heroína deviene una metonimia de la adicción y la delincuencia. También vemos cómo queda representada por el discurso biomédico como una sustancia cuya exposición repetida produce un desorden cerebral, como consecuencia de sus efectos que inducen un “desbordante placer o euforia” (Bergschmidt, 2004:64). En este sentido, coincidiendo con Bourgois (2000), si los programas sustitutivos (bien sea con metadona o buprenorfina) pueden considerarse epicúreos, en la medida en que únicamente tratan de evitar el síndrome de abstinencia sin buscar la euforia, los programas de heroína son hedonistas en tanto que no hay negación del placer (aunque de esto me ocuparé más adelante). Pero estas tecnologías plantean un desafío más a la moral dominante, que reside en el modo de administración de la molécula: la vía intravenosa. Un componente que diferencia la tecnología

¹ Recordemos que la heroína figura en la lista IV de la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961, donde se incluyen las sustancias que se consideran más peligrosas.

² Según el apartado 2 del artículo 24 del RD 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, “los medicamentos se someterán a prescripción médica especial cuando:

- a. Contengan, en dosis no exentas, una sustancia clasificada como estupefaciente o psicótropo de acuerdo a los convenios internacionales sobre la materia.
- b. Puedan ser objeto, en caso de utilización anormal, de riesgo considerable de abuso medicamentoso, puedan provocar toxicoddependencia o ser desviados para usos ilegales.
- c. Contengan alguna sustancia que, por su novedad o propiedades, se considere necesaria su inclusión en este grupo como medida de precaución”.

sanitaria en cuestión, especialmente en el plano simbólico, de los programas sustitutivos encaminados a acabar precisamente con la venopunción. En medio de este conflicto ideológico y moral, los programas de prescripción de heroína se sitúan en un espacio de excepción jurídico, político y simbólico.

En consecuencia, este tipo de emplazamientos ocupa un terreno fronterizo donde la norma se conjuga con la desviación. Desde distintos polos, los actores de la heterotopía de estudio, ya se trate de los profesionales o los pacientes, lidian a diario con los contornos del riesgo. Aquí, los esquemas hegemónicos que definen el umbral de riesgo, a la vez que distinguen lo normal de lo patológico, no resultan eficaces y deben recategorizarse. A modo de ilustración, José Ángel, uno de los enfermeros, me decía mientras observaba a los pacientes en la sala de inyección:

“Yo me alegro cuando ha pasado una tarde o una mañana y no ha pasado nada. Porque aquí vienen a ponerse un tóxico. Yo pienso: cuando me aburro es porque todo ha ido bien. Para personas que están tan desestructuradas física, psíquica y socialmente, que vengan, se pongan su inyección, tengan su flash³ y no pase nada... Eso es un logro.”

La aparente contradicción entre la lógica del programa, orientada a la sanitización de una tecnología corporal de riesgo en un colectivo marginal, y los discursos hegemónicos sobre la droga, relegan esta intervención a la periferia del sistema sanitario. Como he referido, el sistema de relaciones articulado en torno al dispositivo clínico queda contaminado por el tabú de la heroína, la droga por antonomasia. La condición de liminaridad del programa no sólo penetra en la práctica clínica del programa, sino que se refleja en su adscripción oficial, así como en su emplazamiento físico. Como una metáfora de su dimensión política, el centro se sitúa en el semisótano del Centro Periférico de Especialidades Cartuja, un edificio de consultas externas anejo al Hospital de Traumatología Virgen de las Nieves de Granada. El dispositivo apenas resulta visible desde la calle y se accede a través de una larga rampa. Tampoco pasa desapercibida la relación espacial entre esta institución y el CPD (Centro Provincial de Drogodependencias, donde se dispensa metadona), situado en la primera planta del mismo edificio, que parece expresar la desigual legitimidad que goza cada uno de ellos. Así, la singularidad y fragilidad del dispositivo contrasta con la consolidada red asistencial de programas de sustitución con metadona que cubre el territorio nacional. Por otra parte, que la institución promotora sea la

³ Como es sabido, en el argot médico se refiere a la sensación intensa de euforia y sedación neurológica que produce la heroína administrada de forma intravenosa.

Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía –a través de la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación (FADAIS), que ahora ha pasado a constituir la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA)– y no la Consejería de Salud (SAS), como ocurre con los programas de metadona, remarca el carácter híbrido de esta intervención socio-sanitaria. Valga añadir que las condiciones laborales de los profesionales del centro de estudio son más precarias que las del resto del personal sanitario, en sintonía con la situación de la mayoría de compañeros que *militan* en la reducción de daños (Anoro *et al.*, 2003; Romaní e Ilundain, 2009:46).



A la izquierda, imagen de la fachada del Centro Periférico de Especialidades Cartuja, y a la derecha, vista de la puerta de entrada al centro PEPSA, situado en el semisótano.

El cruce institucional en que se enclava el programa, unido al estigma, desprestigio y desconocimiento del mismo en el propio medio sanitario, dada la débil socialización profesional con el personal del hospital, es percibido con inquietud y pesar por los actores sociales del centro. Así, en mi primera visita, el Director me contó que precisamente ese día tenía una reunión con el Director Médico del Hospital y, aunque no era su indumentaria habitual, se había vestido con traje y corbata para romper con el estereotipo de *“hippie que está a favor de la legalización de las drogas”*. En otra ocasión, una de las doctoras me relató cómo habían recibido inesperadamente la visita del Director Médico con motivo de las obras de remodelación en el recinto hospitalario, concluyendo con preocupación:

“Como [administrativamente] estamos entre Sevilla [donde tiene sede FADAIS] y el Hospital, no te desprendes nunca de esa sensación de incertidumbre. Además, en el hospital los propios profesionales piensan que aquí está lo peor de lo peor, tanto por los pacientes como por los profesionales”.

Como los profetas que dirigen las sesiones de posesión entre los nuer, estudiados por Evans-Pritchard (1956), o los magos de las tribus aborígenes de Australia o indígenas de América del Norte descritos por Durkheim, el personal sanitario se sitúa al margen de la estructura social, en tanto que está contaminado por un tabú. Siguiendo a Deleuze y Guattari, el rol que estos profesionales ejercen se asimila al de los brujos, una figura “excepcional” que “contradice la regla” al ocupar una posición “fronteriza” respecto a la “multiplicidad”, y que además “está en una relación de alianza con el demonio como potencia del anormal” (2008:249–251), lo que en nuestro caso se traduce en la situación de marginalidad que ya he señalado respecto al discurso médico y el campo institucional hegemónicos, además de entrar en conflicto con las representaciones sociales sobre la heroína en el imaginario colectivo. Es así como la función de nuestra heterotopía podría asimilarse a una “política de la brujería”, en tanto que “se elabora en agenciamientos ... que siempre están en el borde de las instituciones reconocidas, tanto más secretos cuanto que son extrínsecos, en resumen, anómicos” (*Ibid.*, p. 252). Esta discriminación en el seno de los servicios sanitarios también es percibida por los pacientes, como expresaba uno de ellos en una comunicación a un congreso:

“Referente a los sanitarios que no trabajan directamente con drogodependientes pero que sí tienen algún contacto, diré que tampoco lo entienden en su mayor parte. Por ejemplo, en el servicio de enfermedades infecciosas no valoran que una persona diagnosticada de una grave patología infecciosa y que antes –durante trece años– no iba nunca a recibir tratamiento, ahora no falle ni a una sola cita desde hace cuatro años, desde que recibe la DAM. Deberían pensar "vaya, a este chico esto le viene perfectamente, antes estaba fatal, en la calle, con una carga viral altísima y mira ahora qué bien". Pues no, todavía encuentras a mucha gente que rechaza este tratamiento, te siguen viendo como a un yonqui arrastrado, aunque vistas bien y tengas un aspecto normal” (Martín *et al.*, 2009:17).

En tanto que espacio liminar, es decir, segregado del espacio público dominante, el dispositivo funciona como un rito de paso o de normalización aparentemente secularizado, como desarrollaré en breve. Y precisamente la liminaridad que comparten tanto el dispositivo como el colectivo que acoge supondrá un elemento esencial en el ritual terapéutico. Por un lado, los usuarios de este programa juegan el mismo rol (o no-rol) en la sociedad actual que los iniciados en las sociedades tradicionales. Se trata de individuos que viven fuera de la estructura social, pero cuya identidad social se define invariablemente a partir de

esta relación de exclusión. Como “los adolescentes, las mujeres menstruantes, las mujeres embarazadas y los viejos” que cita Foucault (1994:757), los usuarios del dispositivo de estudio se encuentran en estado de crisis, aunque de forma sostenida. Así, por ejemplo, a propósito del estallido del crack financiero en 2008, uno de los pacientes del centro me confesaba: “Yo siempre he vivido en crisis”.

Por otro lado, como ya hemos visto, si en las sociedades tradicionales el consumo ritual y normativo de drogas acontecía en lugares sagrados o heterotopías de crisis, en la sociedad actual se reserva a lugares terapéuticos o heterotopías de desviación. Pero a pesar de esta transición, se mantiene su condición liminar y sagrada. Invariablemente, los emplazamientos que dan cobijo a los procesos rituales que tienen que ver con lo sagrado permanecen alejados de las zonas donde se desarrolla la vida cotidiana, ocupando un espacio liminar con respecto a la estructura social, en su dimensión tanto real como simbólica. Al respecto, Turner afirma que “en las sociedades complejas, la liminaridad (...) se ha convertido con frecuencia en un estado religioso o casi religioso, tendiendo, en virtud de esa cristalización, a introducirse de nuevo en la estructura y a adoptar toda la gama de roles y posiciones estructurales; en lugar de cabañas de reclusión, tenemos iglesias” (1988:171). El antropólogo parece coincidir con Foucault en cuanto a la perdurabilidad de lo sagrado en el espacio en la sociedad contemporánea. Así, para el filósofo francés, a diferencia del tiempo, desacralizado desde el siglo XIX, el espacio contemporáneo permanece aún investido de una “source sacralisation” mediante las relaciones de oposición entre los emplazamientos (1994:754). Por tanto, es posible identificar en ambos tipos de heterotopías las mismas “formas elementales” que han vertebrado las distintas tecnologías de gestión de las drogas a lo largo de la historia, orientadas a proteger y reforzar el vínculo social. Si en las heterotopías de crisis se celebraban los ritos de paso, en las heterotopías de desviación se llevan a cabo ritos de normalización. Del mismo modo que Foucault sitúa las casas de retiro a camino entre ambos tipos de heterotopías, en el dispositivo de estudio encontraríamos elementos comunes, hasta el punto de llegar borrarse sus diferencias. En este sentido, no me preocupa, por tanto, la inevitable secularización de la morfología de las heterotopías contemporáneas, sino poner de relieve la función redentora y salvífica que ya veíamos de forma explícita en el discurso de abogacía de los programas de heroína, oponiendo precisamente ciencia a religión.

Pero sigamos con los paralelismos entre los ritos de paso de las sociedades tradicionales y los de las sociedades postindustriales. Ya he

repasado algunos ejemplos de los primeros, que establecían unas pautas para el consumo de sustancias psicoactivas por los iniciados para poder transitar a otro estatus social y abandonar el estado liminar que entraña peligrosidad. De acuerdo a la misma lógica, en las sociedades actuales la prescripción de opiáceos al colectivo de usuarios de drogas forma parte de un ritual terapéutico. Así, se propicia el abandono del comportamiento desviado que convertía a estos sujetos en una amenaza social, con la finalidad de que queden socialmente integrados. Como ocurría en los ritos de paso en las sociedades tradicionales, también aquí se produce un proceso de subjetivación y de reconfiguración de las identidades sociales de los usuarios.

Basándome en la síntesis del rito de Martine Segalen (2005), la función ritual de este programa quedaría definida por los siguientes criterios. En primer lugar, se trata de la institucionalización de un conjunto de palabras, conductas y prácticas corporales, codificadas y repetitivas, que ejecuta un colectivo de acuerdo a una liturgia espacio-temporal; a su vez, las tecnologías corporales que se aplican en este dispositivo están dotadas de una fuerte carga simbólica, de manera que reflejan (y se yuxtaponen a) los valores y normas que rigen en la sociedad; por último, hay que destacar la eficacia social del rito, ya que otorga un nuevo sentido a una acción socialmente estigmatizada, brinda medios a los usuarios para gestionar su realidad, al tiempo que promueve un discurso que va más allá del plano puramente empírico e instrumental. Además, como señala la etnóloga francesa, “para que haya rito (...) debe creerse en una especie de trascendencia” reconocida por el grupo social (Segalen, 2005:32). En el caso que nos ocupa, es el deseo de normalización, en distintos grados, lo que une el colectivo de usuarios, lo conecta con la lógica del programa y lo reconcilia con el espacio social hegemónico. Es así como el proceso ritual transforma y ordena la realidad que rodea este colectivo.

Por tanto, la estrategia ritual no sólo pasa por la medicalización mediante la prescripción de heroína, sino que se apoya necesariamente en mecanismos pedagógicos más refinados y eficaces, como veremos más adelante. Así, en una comunicación a un congreso, los profesionales del programa afirmaban que, a través del enfoque holístico en la atención que se brinda en el centro, “Lo que pretendemos es, en definitiva, ser catalizadores de la **mejora de la calidad de vida** de los usuarios y **ayudarles a integrarse progresivamente**, sin dirigirse necesariamente a la abstinencia” (Martínez-Casares *et al.*, 2008:6; la negrita es del texto original). Considerando que los rituales del mundo contemporáneo constituyen un vector político de una nueva forma de identidad (Augé, 1998:84 y Segalen, 2005:169), y por tanto, una forma de

integración en la sociedad, el dispositivo de estudio deviene para los pacientes un lugar de rito de paso que, como describiré en breve, se ordena simbólica y moralmente por medio de una serie de ceremonias rituales. Se trata, pues, de un espacio performativo, donde por medio de las relaciones cotidianas entre profesionales y pacientes se busca una transformación de la identidad social orientada a la normalización. En los procesos rituales que estructuran este dispositivo clínico, existirá necesariamente una tensión constante entre los procesos de subjetivación de los individuos subsidiarios de la intervención, que los clasifica y esencializa como un colectivo social anormal y asistible, y la teleología del programa, que trata de homogeneizar y reconducir los estilos de vida situados al margen del orden social hegemónico. Siguiendo a Augé (*Ibid.*, pp. 84–89), es precisamente este conflicto que surge en la gestión de la identidad y alteridad lo que hace de este dispositivo un ritual. Y, más en particular, lo que el antropólogo llama un “dispositivo ritual restringido”, en tanto que exige a los iniciados el cumplimiento de unos requisitos, al tiempo que se identifican con una ceremonia que tiene lugar en un espacio y un tiempo determinados, como detallaré en breve.

A lo largo de la descripción etnográfica de este dispositivo, ya sea en lo referente a la dimensión espacial como corporal, aparecerá como una constante la paradoja que encierra el sentido del ritual que aquí se celebra. Así, por un lado, veremos cómo la condición de usuarios de opiáceos de los pacientes (que será el criterio de alteridad indispensable para su admisión al centro) “perpetúa” este rasgo identitario por medio de esta categoría, pero con la finalidad de transformar sus identidades sociales y modos de vida, como ocurre en las diferentes intervenciones orientadas a la reducción de daños (ver Gowan *et al.*, 2012). De nuevo, el rito aquí cobra el sentido que le da Augé (1998), como una cuestión política y ambivalente, en la medida en que sirve tanto para distinguir a los iniciados, como para neutralizar su diferencia y reintegrarlos en la sociedad por medio de un “lenguaje de alteridad” y de un “lenguaje de identidad”. Evidentemente, el éxito del ritual no se producirá de manera homogénea, sino que dependerá de la situación social y el deseo de cambio de cada paciente. Así, en la práctica cotidiana la teleología del dispositivo suscitará tensiones con los estados de diferencia, especialmente en algunos individuos, ya se trate de modos de existencia deliberados o simplemente sean asumidos como estados irreversibles o difícilmente transformables. En este espacio híbrido entre lo sagrado y lo profano, dicho desfase quedará connotado moralmente por los propios usuarios, incluso en mayor medida que los profesionales, como si esa transformación dependiese únicamente de su voluntad: “Unos lo saben aprovechar mejor que otros”.

El mapa del centro.

“Porque se parte de un error fundamental y es éste: el creer que la situación la crea el escenario. Eso es una falacia, porque, al contrario, es el escenario el que crea la situación”.

Ramón María del Valle-Inclán⁴

Siguiendo con la descripción topológica de Foucault, en su tercer principio enuncia: “la hétérotopie a le pouvoir de juxtaposer en un seul lieu réel plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui son en eux-mêmes incompatibles” (194:758), y cita los ejemplos del teatro, el cine o los jardines del Antiguo Oriente. Como tecnología de biopoder, el espacio clínico de estudio sólo puede concebirse en relación con el afuera, como hetero-topía de ese otro espacio marginal que habitan los sujetos que pretende normalizar y disciplinar. Como un panóptico, este dispositivo clínico dirige su mirada más allá de sus muros al resto de espacios que transitan los pacientes. Estos lugares, incluso irreales a veces, a menudo se yuxtaponen y entran en conflicto con la lógica del programa orientada a la reducción de daños. De tales yuxtaposiciones espaciales que se producen en esta heterotopía me ocuparé en breve. Pero para abordar el análisis del sistema de oposiciones entre las distintas topías del espacio social dominante y este espacio clínico conviene articular el tercer principio enunciado con el quinto, que reza: “les hétérotopies supposent toujours un système d’ouverture et de fermeture qui, à la fois, les isole et les rend pénétrables” (*Ibid.*, p. 760). De hecho, la confrontación de espacios que plantea este dispositivo se establece a partir de los procesos rituales que encierra, es decir, en el espacio intersticial de la liminaridad. A partir de estas dos premisas, pasaré a analizar el sistema de compuertas y, por tanto, los umbrales y estados de transición expresados a través de los distintos rituales que estructuran este emplazamiento, tanto en el plano simbólico como práctico.

El diseño del centro en cuestión revela la racionalidad que lo ha producido, configurándose como un espacio donde se ejerce un poder disciplinario. Es a partir de esta apropiación de un lugar por parte del poder, para llevar a cabo ahí sus acciones y establecer un orden de relaciones, como de Certeau define su concepto de “estrategia”:

“Llamo estrategia al cálculo (o a la manipulación) de las relaciones de fuerzas que se hace posible desde que un sujeto de voluntad y de poder (una empresa,

⁴ En Dougherty (1983:263).

un ejército, una ciudad, una institución científica) resulta aislable. La estrategia postula *un lugar* susceptible de ser circunscrito como *algo propio* y de ser la base donde administrar las relaciones *con una exterioridad* de metas o de amenazas (...) Las estrategias son pues acciones que, gracias al principio de un lugar de poder (...), elaboran lugares teóricos (sistemas y discursos totalizadores) capaces de articular un conjunto de lugares físicos donde se reparten las fuerzas.” (de Certeau, 2000:42-45).

Morfológicamente, el dispositivo es comparable a un panóptico, en tanto que funciona como un lugar de poder disciplinario. Es decir, se trata de una tecnología anatomopolítica. Su organización espacial lo hace transparente para facilitar la mirada clínica de los cuerpos y las conductas de los usuarios, así como tener una distribución del espacio en la que poder ejercer las prácticas disciplinarias. Siguiendo con el filósofo jesuita, la estrategia implica “un dominio de los lugares mediante la vista. La partición del espacio permite *una práctica panóptica* a partir de un lugar desde donde la mirada transforma las fuerzas extrañas en objetos que se pueden observar, medir, controlar por tanto e “incluir” en su visión” (*Ibid.*, p. 42).

A modo ilustrativo, reproduzco la descripción arquitectónica del centro tal como fue concebida para la realización del ensayo clínico, enfatizando en cursiva las alusiones explícitas a la búsqueda de transparencia en la distribución del espacio, de acuerdo al ritual que da acogida⁵:

“La organización general del programa en el Centro PEPSA de Granada responde a la búsqueda de la *claridad espacial* y la funcionalidad. Para poder llevar a cabo dichas premisas, se ha optado por la uniformidad de materiales y la distribución entorno a *recorridos fácilmente identificables*.

Los usos principales del centro serán el tratamiento de pacientes, la organización de talleres y las labores propias de la dirección. Estas actividades se reparten entre dos áreas de tratamiento⁶ y una intermedia para la administración. El acceso de los pacientes se realiza por la fachada norte, bajo la entrada principal del edificio, desde donde se reparten los dos ámbitos.

En primer lugar, el paciente accederá a una *sala espaciosa*, que lo será de espera o taller de actividades según convenga, donde tomará contacto con las actividades del centro y donde será informado en primera instancia. De aquí podrá pasar a la zona de tratamiento, compuesta por la sala principal, la sala de curas y el control de administración de material; o al sector de consultas, donde será atendido por profesionales de una manera privada.

⁵ En la página web del Proyecto PEPSA, además de la descripción espacial del centro, se incluye una visualización en tres dimensiones de la planta de usos del dispositivo originalmente: <http://www.easp.es/pepsa/inicio/centro+de+tratamiento.htm>.

⁶ Un área destinada al grupo al que se le asignó metadona durante el ensayo clínico, y otra área para el grupo que recibía heroína.

Aparte de estos usos, el centro cuenta con todos los servicios necesarios, tanto para los pacientes como para los propios trabajadores, como sala de reunión, almacenes o administración.

Aunque todo el complejo se ubica en la planta semisótano del ambulatorio, se ha buscado el aprovechamiento máximo de la *luminosidad externa* para evitar una sensación desagradable, con un *uso fluido de los espacios* y la presencia del *crystal como filtro visual entre estancias*⁷.

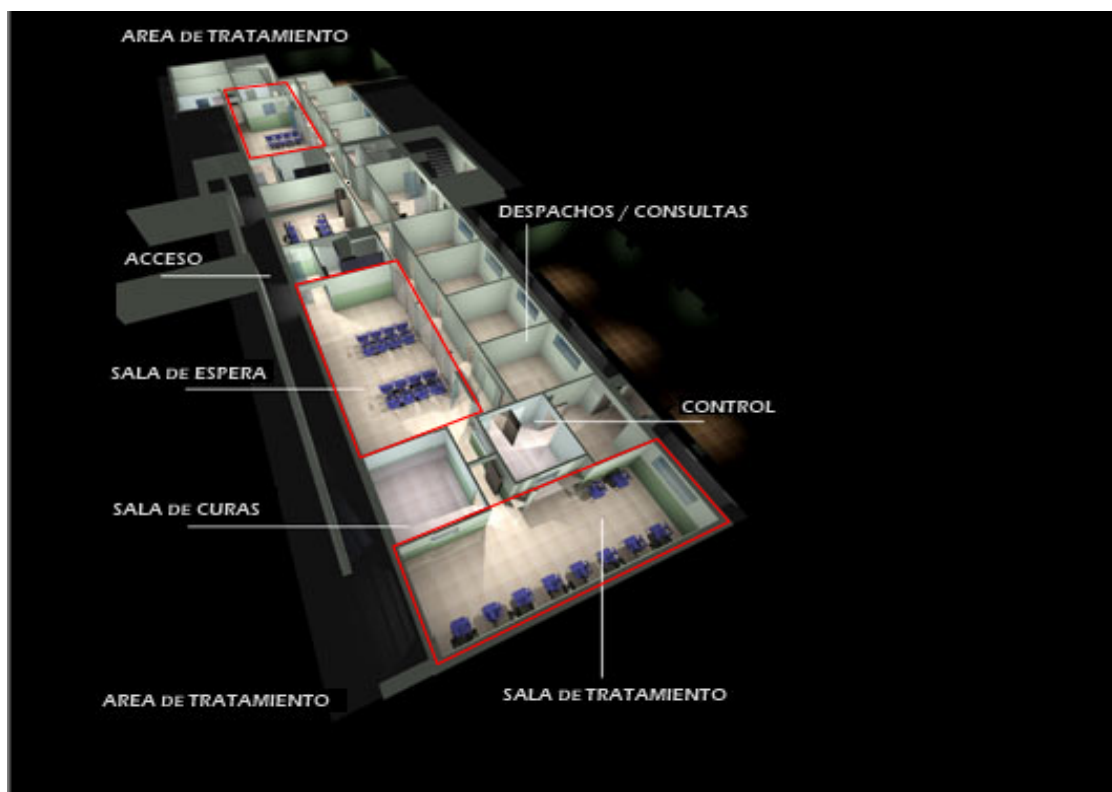
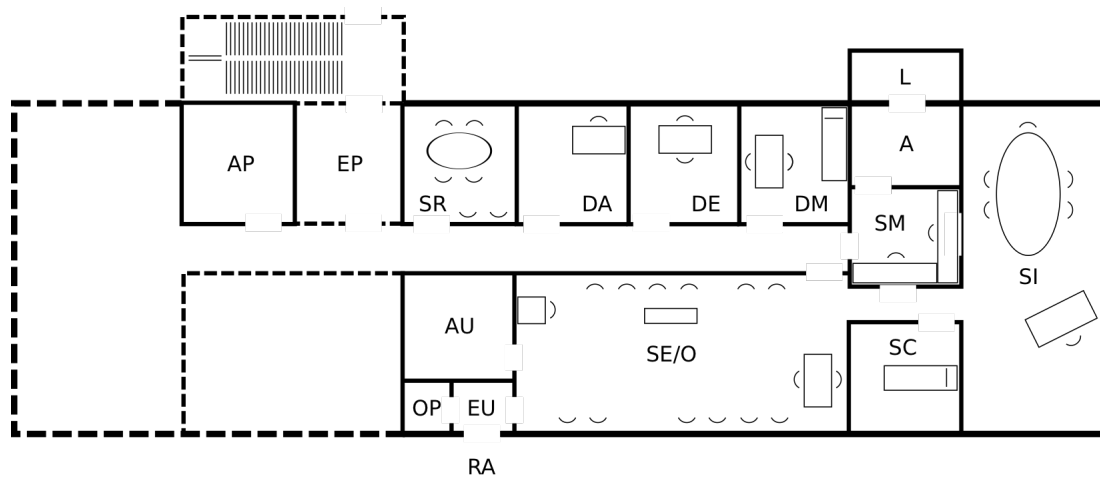


Figura extraída de la página web del proyecto PEPSA, por cortesía de la EASP.

Una vez finalizado el ensayo clínico, se modificó esta organización espacial del centro. Puesto que dejó de ser necesario distinguir dos grupos de pacientes, manteniéndose el tratamiento con heroína, y el número de pacientes el área asistencial se redujo casi a la mitad, quedando una de las alas ocupada por archivos pertenecientes a un Servicio del Hospital. Sin embargo, el personal del centro no ha dejado de negociar con la Dirección del Hospital para recuperar este espacio y destinarlo a la realización de talleres y dinámicas de educación para la salud. En este plano se representa la distribución espacial actual, que conviene tener presente para seguir el itinerario que describiré a continuación⁷.

⁷ Agradezco a Guillermo Rus su ayuda técnica como ingeniero para la elaboración de esta figura.



RA: rampa de acceso
 EU: entrada de usuarios
 OP: *office* de profesionales
 AU: aseo de usuarios
 SE/O: sala de espera/observación
 SM: sala de medicación
 SC: sala de curas
 SI: sala de inyección
 A: almacén

L: laboratorio
 DM: despacho médico
 DE: despacho de enfermería
 DA: despacho de administración
 SR: sala de reuniones
 EP: entrada de profesionales
 AP: aseo de profesionales

Pero antes advertiré que no es la proyección de la realidad física lo que me interesa poner de relieve con este plano. Más allá de brindar una descripción naturalista del dispositivo, me serviré de esta representación en tanto que producto de una racionalización y una construcción social del espacio. A continuación, a modo de bosquejo antropológico, trataré de ubicar la secuencia de rituales que jalonan el espacio clínico, al tiempo que canalizan y jerarquizan las relaciones entre los actores sociales que los representan. La descripción morfológica de esta secuencia ritual servirá para ilustrar cómo por medio de esta gramática se engranan los diferentes escenarios que configuran el itinerario que recorre cada usuario en su(s) visita(s) diaria(s) a este centro. Ensayando una suerte de cartografía simbólica, escudriñaré cada uno de estos espacios semánticos para descubrir sus relaciones dialécticas subyacentes con las diferentes topías o contraemplazamientos que representan, invierten y recodifican. En otras palabras, trataré de mostrar cómo en los distintos compartimentos de este dispositivo se llega a producir una trasposición de espacios, permeando lugares comunes que, en ocasiones, se tornan

antitéticos. Describiré cómo la racionalidad intrínseca a esta tecnología de biopoder establece los límites del dispositivo, marcando una separación entre el espacio exterior y el interior, así como una acotación en la distribución del espacio clínico, existiendo zonas accesibles y zonas prohibidas.

En un plano simbólico a la vez que efectivo, por medio de este sistema de oposiciones se marcará una distinción, no siempre meridiana, entre lo profano y lo científico, se asimilará lo privado a lo público y se higienizará lo contaminante. Mi descripción topológica combinará los dos lenguajes simbólicos y antropológicos del espacio que distingue de Certeau: el mapa y el recorrido; si el primero permite “ver”, en tanto que proporciona “el conocimiento de un orden de los lugares”, el segundo se refiere al “ir”, atendiendo a las “acciones espacializantes” (2000:131). Más allá de ofrecer una imagen estática de este dispositivo a partir de la dimensión estructural que brinda el mapa, asimilable a la noción de “lugar” de este filósofo, es decir, “el orden (...) según el cual los elementos se distribuyen en relaciones de coexistencia” o, en otras palabras, “una configuración instantánea de posiciones”, intentaré mostrar la performatividad y acciones cotidianas de este “espacio” como “lugar practicado”, materializado y contextualizado en el tiempo (*Ibid.*, p. 129). En suma, a partir de mi experiencia etnográfica, analizaré la urdimbre de relaciones espaciales que se devanan en esta heterotopía, las cuales servirán en última instancia para justificar mi tesis sobre la función sacralizadora que he atisbado en este espacio clínico.

La entrada al programa: el ritual de iniciación/institución.

Dentro del quinto principio que refería antes, Foucault distingue un tipo de heterotopías donde “on ne peut y entrer qu’avec une certaine permission et une fois qu’on a accompli un certain nombre de gestes” (1994:760). Es así como se establece una delimitación simbólica entre el exterior y el interior, acompañada de una liturgia de asimilación. Siguiendo a Van Gennep, “la puerta es el límite entre el mundo exterior y el mundo doméstico cuando se trata de una habitación común; entre el mundo profano y el mundo sagrado cuando se trata de un templo” (2008: 37). Como mantenía más arriba, a pesar de la secularización de las heterotopías de desviación, no deja de encontrarse en ellas una función social relacionada con lo sagrado. En un plano simbólico, el centro de estudio puede concebirse como un templo, donde se custodia y gestiona el *pharmakos*, remedio y peligro a la vez. Del mismo modo que en los lugares sagrados tradicionales el acceso está restringido a los sacerdotes,

que administran lo sagrado, e iniciados, que lo reciben, en el caso de este dispositivo clínico el acceso a la sustancia en cuestión se reserva al personal sanitario y a los pacientes, conservando el mismo esquema de roles.

En primer lugar, la admisión de nuevos pacientes para el uso compasivo de heroína debe ser autorizada por varias instituciones y comisiones de expertos (ASSDA, Agencia Española del Medicamento, y la Comisión de Ensayos Clínicos del Hospital, que se reúne con el Director Médico). En el primer contacto con el candidato, se le proporciona información sobre el programa y se realiza un cribado inicial. El protocolo establece los mismos criterios de inclusión de pacientes del ensayo clínico⁸ (March *et al.*, 2006), que a su vez coinciden con los del estudio suizo (Perneger *et al.*, 1998; François y Mino, 2009: 56), a saber:

- a) tener al menos dieciocho años,
- b) ser dependiente a opiáceos por vía intravenosa desde al menos dos años, según la International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision criteria (CIE-10), probándose un consumo diario en los últimos treinta días mediante una exploración clínica y toxicológica,
- c) haber hecho al menos dos intentos, sin éxito o interrumpidos, con otra terapia ambulatoria o residencial reconocida, y
- d) presentar al menos dos de las siguientes condiciones imputables al consumo de droga:
 - enfermedad infecciosa, como VIH-sida, o hepatitis, o tuberculosis u otros procesos agudos,
 - problemas de salud mental, determinado a través de una puntuación mínima de seis en la escala de “estado psiquiátrico” del Addiction Severity Index (ASI).
 - desajuste social, mediante una puntuación mínima de seis en las escalas “relaciones familiares/sociales” y “situación legal” del ASI.

Cuando el candidato no cumple los criterios de inclusión se deriva a otros servicios asistenciales. Además de un autoinforme de consumo de opiáceos, el personal médico solicita la confirmación de tratamientos previos con opiáceos a los centros correspondientes. Para corroborar el último criterio, se valora el estado psíquico y social del usuario mediante

⁸ Según la “Orden sobre la prescripción médica de heroína”, del 8 de marzo de 1999.

en una entrevista, apoyada en una serie de tests médicos y psicológicos. La evaluación se completa con una batería de exploraciones médicas⁹.

Es así como en este “dispositivo ritual restringido” (Augé, 1998) queda *instituido* el grupo de individuos subsidiarios de este programa, un grupo social que debe estar claramente distinguido no sólo de la población general, sino dentro del atomizado colectivo de usuarios de drogas. A diferencia de Van Gennep, que pone el acento en la transición del iniciado a otra etapa de la vida, Bourdieu llama la atención sobre la “línea” que separa el grupo social al que concierne el rito del resto que no es susceptible. Este autor destaca que “el rito consagra la diferencia”, es decir, “tiende a ignorar en tanto que arbitrario y reconocer en tanto que legítimo, natural, un límite arbitrario” (1982:58). Así, por ejemplo, el ritual kabil de circuncisión marcaría más la diferencia entre el mundo femenino y el mundo masculino que la separación de la infancia a la adolescencia del iniciado.

En el lugar de estudio, esta división se produce a través del discurso médico y, más tamizadamente, jurídico. Por un lado, los criterios iniciales definen el perfil de la población diana del programa a partir de una práctica de riesgo categorizada como una enfermedad mental por el poder psiquiátrico. A su vez, esa práctica corporal supone una transgresión del orden social, en tanto que estos individuos han demostrado su resistencia a otras tecnologías disciplinarias y llevan un estilo de vida al margen de la norma. En consecuencia, quedan representados como un peligro por su status infeccioso y/o delincuente.

Los candidatos deben reconocerse, al menos formalmente, en las categorías diagnósticas de los cuestionarios citados, quedando así no sólo subjetivados por el aparato médico, sino licitados para ser usuarios de este programa. Además, una vez admitidos, se comprometen a someterse a evaluaciones periódicas, trimestrales y/o semestrales, mediante esos mismos instrumentos. Con Bourdieu,

“las distinciones más eficaces socialmente son aquellas que dan la apariencia de fundarse sobre diferencias objetivas. (...) Como la institución consiste en asignar propiedades de naturaleza social que son destinadas a aparecer como propiedades de naturaleza natural, el rito de institución tiende lógicamente (...) a integrar las oposiciones propiamente sociales (...) en las series de oposiciones

⁹ Entre los tests médicos, están el cuestionario SCAN, SCL-90, OTI-salud. La valoración médica de los candidatos consiste en una anamnesis, exploración física para confirmar los signos de venopunción y realización de una batería de tests: test de embarazo, Mantoux y baciloscopia, análisis de orina (sedimento y toxicológico) y de sangre (hemograma, bioquímica y serología de anticuerpos anti-VIH, anti-VHC, anti-VHB, Hbs Ag, anti-HBs y anti-HBc).

cosmológicas (...) que representan una manera más eficaz de naturalizarlas” (Bourdieu, 1982:59).

Es decir, la ciencia positiva por la que la dependencia se entiende como una enfermedad del cerebro, se sirve de este tipo pruebas diagnósticas como estrategia para esencializar y distinguir objetivamente el grupo de usuarios del resto, al tiempo que legitima el ejercicio del poder disciplinario y de normalización. Así, por ejemplo, una de las médicas del centro me decía:

“Yo estoy convencida de que la mayoría tiene un trastorno de la personalidad antisocial. Esto se ve claramente en los cuestionarios que responden. Es decir, el trastorno de personalidad es previo al consumo de drogas, a veces antes de los quince años”.

No obstante, coincidiendo con varios autores que han realizado trabajo de campo en centros de tratamiento con metadona (p. ej., Bergschmidt, 2004 y Bourgois, 2000), también en nuestro dispositivo clínico descubrimos entre el personal sanitario una polisemia sobre las causas de la drogodependencia. Por otro lado, cabe señalar que, desde el punto de vista de los actores sociales de esta heterotopía, la liturgia que he descrito constituye un ejemplo de lo que algunos autores, como Merton (1957:131 y ss.), Douglas y Segalen (2005:27), entienden por “ritualización”, es decir, un conjunto de gestos externos formalista y vacío de significado para el que los ejecuta (Douglas, 1988:21 y ss.). Según he podido observar, los profesionales continúan “pasando” esos instrumentos por rutina heredada del ensayo clínico, mientras que los pacientes los complimentan sin el menor interés por comprenderlos. Así, una de las enfermeras resaltaba el sesgo de información de esta práctica, opinando que: “el resultado de los cuestionarios auto-administrados no tiene ninguna validez, porque incluyen preguntas muy enrevesadas, usando doble negativa, de manera que confunden a los pacientes y acaban contestando lo contrario”. El primer Director del centro durante mi trabajo de campo suscribía sus palabras, añadiendo: “Yo en alguna ocasión me he sentado con ellos para ayudarles a rellenarlos”. Otra médica reconocía que: “Es una barbaridad los cuestionarios que se les pasa. Yo no tendría tanta paciencia como ellos”.

Esta disconformidad entre el punto de vista de los profesionales y la lógica de los procedimientos que ellos mismos aplican, según el protocolo del programa, revela las diferentes racionalidades entre el ensayo clínico que lo precedió y los programas de reducción de daños. Mientras que el ensayo clínico debía respetar un rígido modelo médico farmacocéntrico, de difícil traducción en la realidad cotidiana de los usuarios de drogas (Trujols e Irargi, 2009:31), el programa de seguimiento pasó a incorporar

el punto de vista del usuario, conjugando el modelo prescriptivo y participativo (González *et al.*, 1989) y procurando una flexibilidad pragmática para maximizar su eficacia entre el colectivo de usuarios. Así, a pesar de que la situación de excepción y experimentalidad de este programa ha llevado a los profesionales a observar de manera especialmente rigurosa el protocolo (en parte justificado por las auditorías realizadas por la Administración con una frecuencia poco habitual), progresivamente se ha simplificado el protocolo hacia un modelo más compatible con los principios de la reducción de daños.

El perfil de usuario de drogas que encontramos en la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre prescripción de heroína se define a partir de una larga carrera que ha acarreado graves consecuencias para su salud. Salvo algunas excepciones, como por ejemplo en el caso alemán, ya hemos visto que este tipo de programas se sigue considerando una opción terapéutica de segunda línea dentro de los tratamientos denominados de “bajo umbral”, por detrás de los tratamientos sustitutivos ya consolidados. En el centro, la restricción de los criterios de inclusión ha sido uno de esos aspectos controvertidos que se ha revisado. Según José Caracuel, ex-director y médico del centro,

“de los ciento setenta y seis candidatos a formar parte del ensayo solo sesenta y dos lograron cumplir los estrictos requisitos que se solicitaban (...) Baste observar las condiciones para ver que tenían que tener problemas judiciales pero que no fueran a entrar en prisión, que tuvieran enfermedades infecciosas pero que no fueran a ser hospitalizados, con problemas psiquiátricos pero sin procesos agudos, en definitiva, una población muy difícil de conseguir y tratar” (Caracuel, 2008:5-6).

Un enfermero me contó el caso de un candidato al ensayo clínico que, molesto por encontrarse con unos criterios tan restrictivos, le replicaba al encargado de reclutar participantes: “¿Conque tengo que haber cometido actos delictivos? Pues a la salida del trabajo te doy una paliza y arreglao”. También hubo una candidata al programa a la que le faltaba el criterio de padecer una infección grave, y protestaba: “¿Es que tengo que acostarme con cualquier infectado o esperar a estar tan mal? En la actualidad, no sólo se ha relajado el estricto cumplimiento de los criterios de inclusión, sino que también se ha replanteado la estrategia de captación de nuevos pacientes, dada la habitual resistencia del colectivo a acceder a este tipo de recursos sanitarios. Como han señalado varios autores (Bourgeois, 2000, Romo *et al.*, 2009, François y Mino, 2009:62), la realidad está lejos del temido efecto “pote de miel”, según el cual se pensaba que los programas de heroína atraerían masivamente a un ávido colectivo. Incluso para el ensayo clínico se tuvo que recurrir a la “metodología de iguales” y al “efecto bola de nieve” gracias a la colaboración de los

denominados “mediadores”. Es decir, se formó como “agentes de salud” a algunos usuarios de drogas voluntarios para acceder y tratar de convencer a la “población oculta” diana (March *et al.*, 2004). Esta estrategia demostró ser de las más eficaces y continúa promoviéndose en el centro. Por otra parte, para evitar un procedimiento de admisión disuasorio, se ha reducido el número de tests previos a inclusión “a los imprescindibles”, dejando el resto para la siguiente etapa.

Una vez superada esta fase, se inicia al nuevo paciente en el consumo médico de heroína de acuerdo a un proceso denominado “inducción farmacológica”. Es decir, se trata de ajustar la dosis de heroína (y de metadona) en equivalencia a la dosis que previamente recibía de metadona, especificada por el Centro Provincial de Drogodependencias de procedencia, en su caso ¹⁰.

A pesar de los cambios que han llevado a flexibilizar la inclusión de usuarios de drogas en el centro, durante mi trabajo de campo he observado cierto pluralismo discursivo respecto a la participación en el programa de los candidatos más jóvenes. Si bien entre los profesionales había consenso en admitir a estos usuarios para evitarles los riesgos del consumo de drogas ilegales en un entorno marginal, algunas médicas, fundamentalmente, mostraban una actitud más proteccionista con estos pacientes, y lamentaban su permanencia en el centro. Ara, una de las enfermeras más críticas con esta actitud maternalista, me hacía la siguiente reflexión:

“Hay discursos que demuestran que no reconocen las verdaderas necesidades de los pacientes (...) Hay contratransferencias de las profesionales mujeres, que proyectan en los pacientes a su hijo: “¡Ay, qué pena que me da! Si este chico fuera mi hijo, qué mal lo pasaría...”

¹⁰ Por poner un ejemplo, si el paciente recibe 120 mg de metadona, su dosis equivalente en heroína serían 300 mg. Como se debe repartir en tres tomas, dos de heroína y una de metadona, en cada toma se administrarían 100, 100 y 100 mg. Sin embargo, como la última toma es de metadona, su equivalente serían 40 mg. En cuanto a los 100 mg de la primera toma, al inicio del tratamiento, se fracciona en tres inyecciones. En una primera se prueba con 15 mg, después con 35 y luego con 50, observando el efecto objetiva y subjetivamente, según refiera el paciente. A su vez, cuando un paciente lleva varios días sin acudir al centro, se asume que no ha tomado heroína y que ha variado su tolerancia, por lo que se vuelve a ajustar la dosis empezando con cantidades inferiores a las que recibía previamente, repitiendo la “inducción”.

El ritual de llegada.

El itinerario que recorren los pacientes dentro del centro se puede representar básicamente como un circuito circunscrito a su llegada y su paso por la sala de observación, donde son evaluados, la sala de inyección, donde se autoadministran su dosis bajo supervisión, y de nuevo sala de observación, para asegurar un estado de alerta adecuado antes de su salida. A lo largo de este recorrido, los actores se mueven entre espacios accesibles o vedados, y transitan diferentes umbrales de acuerdo a la secuencia espacio-temporal que establece el ritual terapéutico.

En primer lugar, hay que decir que sólo se permite el acceso a los pacientes autorizados y que deben acudir al centro a la hora asignada¹¹, o avisar con antelación si les surge algún compromiso, so pena de recibir una amonestación. No obstante, “los pacientes más *descontrolados*”, especialmente “los que tienen *más problemas con el alcohol* que con la heroína”, en palabras de los profesionales, sólo acuden por las tardes. Mientras que el personal sanitario accede al centro por la puerta trasera del edificio, los pacientes entran por la fachada principal. Suelen llegar con margen de tiempo, por lo que esperan su turno fuera del centro, tendidos en el césped, fumando, conversando o haciendo callar a sus perros, hasta que llega el momento de tocar el timbre. Esta señal acústica marca el primer umbral que debe ser traspasado, es decir, el límite entre el espacio hegemónico exterior y el interior de esta heterotopía. El guarda de seguridad anuncia la llegada de cada paciente al personal de enfermería de la sala de espera, y le abre la puerta con llave, volviendo a cerrarla a continuación. Con *d i s t i n t o* entusiasmo, los pacientes que van entrando saludan al enfermero de turno en esta sala



¹¹ El horario de atención es, por la mañana, de 9:00 a 12:00 horas, excepto para los pacientes que están trabajando, que la hora de inicio se adelanta a las 8:00; y por la tarde, de 15:30 a 18:00 horas.

y a los compañeros que encuentra allí, que suelen ser siempre los mismos con motivo de los turnos elegidos. Bastan unos segundos para que el profesional haga una valoración preliminar del estado en que llega cada uno.



Arriba a la izquierda, vista de la sala de espera desde la mesa de enfermería. Arriba a la derecha, escena cotidiana de esta zona. Abajo a la izquierda, ventana a la sala de control de enfermería (la "pecera") desde el pasillo que lleva a la sala de inyección.

A continuación, los usuarios se dirigen a recoger su medicación y el comprimido de metadona de la noche en la ventanilla de la "pecera", donde otros enfermeros preparan las dosis y registran datos clínicos.

Después, de nuevo en la sala de espera, el enfermero valora el estado de cada paciente y determina si es seguro que reciba la inyección¹². Es aquí donde se sitúa el segundo de los espacios liminares que deben ser atravesados, dentro del sistema de compuertas que configura esta heterotopía. En este punto se miden las constantes vitales, se pregunta por eventuales consumos externos de sustancias ilícitas o legales, así como por la toma de metadona la noche anterior, por posibles síntomas del síndrome de abstinencia, etc. Además, se realizan de forma periódica, bien aleatoria o sistemáticamente, dependiendo de cada paciente, diferentes tests para detectar por medios objetivos el consumo de

¹² Ver Plaza, Oviedo Joeques y March (2007) para una detallada descripción de las funciones del personal de enfermería en el centro PEPSA, con especial énfasis en su rol para la reducción de daños y la educación para la salud, un aspecto que analizaré más adelante.

sustancias, como alcohol, benzodiacepinas, cocaína, etc., que podrían interactuar con la heroína.

Como ocurría con el ritual de iniciación, el control previo a la inyección también se ha atenuado. Un enfermero me explicaba en una de mis visitas: “Nosotros tenemos el compromiso de que, a no ser que veamos que [el paciente] ha hecho un consumo [de sustancias ilícitas o fármacos] exagerado, que evidentemente le va a perjudicar a él, va a entrar [a la sala de inyección]”. El paciente ya no debe necesariamente cumplir criterios rígidos para establecer si puede recibir su dosis de heroína o debe conformarse con un comprimido de metadona en su lugar, sino que el profesional lleva a cabo una valoración global. Así, por ejemplo, una cifra de presión arterial superior a ciento cuarenta/noventa milímetros de mercurio junto a una determinación de la frecuencia cardíaca de cien pulsaciones por minuto, antes se habrían atribuido a un consumo (reconocido o no) de cocaína, por lo que se privaba al paciente de su dosis de heroína al no asumir los profesionales el riesgo de interacción entre ambas sustancias. Ahora estas cifras no se interpretan invariablemente como signos de intoxicación, sino que se admite que pueden estar sujetas a otros factores y, por tanto, no contraindican *a priori* la administración de heroína. No obstante, con las sustancias depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol o las benzodiacepinas, sí se muestran más tajantes. Al respecto, una de las doctoras me comentaba sobre un usuario en particular:

–Este paciente entra con cero cero de alcohol. Pero, ¿por qué? Porque hemos visto que pequeñas dosis de alcohol, el paciente se pilla una sedación importante.

–Ya –asiento.

–Entonces, vamos a ver, hay un protocolo. Pero luego ese protocolo lo tienes que individualizar.

–Ya.

–El protocolo dice que... que la mayoría de los pacientes con hasta cero veinticinco, bueno, pues la interacción no va a ser muy grande. Pero, si tú observas que en un paciente [se produce una sedación considerable], o bueno, o se va del programa, y le dices: “Mira, no... este programa no es para ti, o... o se...”, o hay que bajar entonces la dosis de alcohol. Incluso reducirla, como en este paciente. Es que el nivel de sedación es enorme. Se queda, vamos, se queda...que, que, que...

–Hmmm, hmm. ¿Ha habido que reanimarlo alguna vez, o ponerle oxígeno?

–A él no. No, no, no. La verdad es que no, la verdad es que no.

No obstante, los profesionales se esfuerzan en proponer horarios compatibles con los hábitos enólicos de algunos usuarios. Una enfermera ponía como ejemplo la estrategia de Tete, un paciente alcohólico que cuando sabe que en la prueba de alcoholemia previa a la inyección va a obtener un resultado positivo directamente solicita el comprimido de

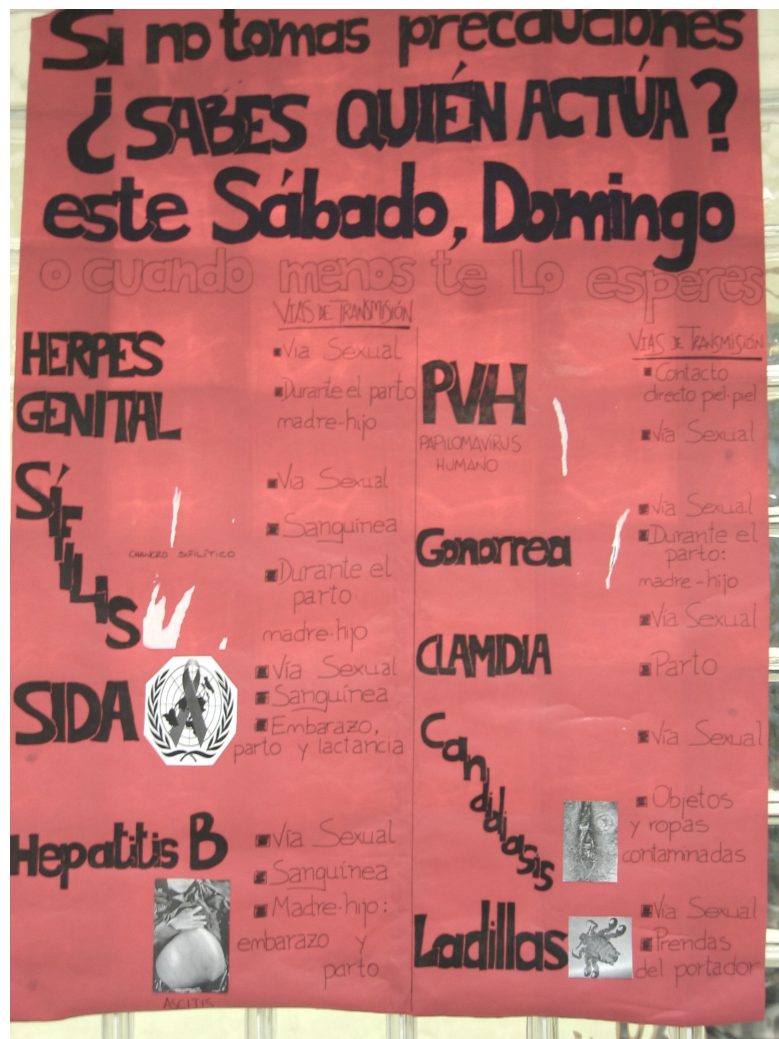
metadona. Los profesionales lamentan esta situación: “Es una pena que no pueda pasar [a la sala de inyección], porque que el tratamiento le va muy bien”. Como solución, un enfermero sugería a sus compañeros proponerle al paciente acudir por las mañanas para evitar que llegase ya bebido, aprovechando que madrugaba. Sin embargo, otra enfermera contestaba con resignación que ya habían intentado proponerle diferentes horarios, pero que al final dejaba de tener la precaución guardar abstinencia al menos una hora antes de ir al centro.

Dentro del quinto principio, Foucault distingue un tipo de heterotopías destinadas a “*activités de purification, purification mi-religieuse, mi-hygiénique comme dans hammams des musulmans, ou bien (...) en apparence purament hygiénique comme dans les saunas escandinaves*” (1994:760). De forma similar, el procedimiento que he descrito funciona simbólicamente como una ceremonia de confesión, ascesis y purificación. No pretendo comparar la intensidad de este ritual negativo con ritos religiosos como, por ejemplo, la “*diksâ*”, la preparación para el sacrificio del soma védico (Mauss, 1979:162–164), y aún menos con la experiencia de los iniciados de las tribus aborígenes, que se marchaban a vivir al bosque apartados de la sociedad, observando todo tipo de abstinencias durante varios meses (Durkheim, 2007:289). Pero la severidad del control que se aplica en el centro para permitir que un paciente reciba la inyección no deja de compartir esa misma lógica de ascesis, preparación y “bendición” para el tránsito hacia lo sagrado, en este caso, la heroína.

El ritual de poder ejercido por el enfermero que se encarga de entrevistar al paciente contrasta con la jerarquización espacial del centro expresada por los profesionales. De hecho, la sala de observación es considerada del dominio de los pacientes. Como prueba de ello, ahí se encuentra a su disposición diversos materiales de educación para la salud (folletos, boletines, trípticos, murales, carteles, presentaciones en power-point, programas informáticos, etc), editados por algunos enfermeros, a veces con contenidos que aportan los propios usuarios. A través de estos medios, en un lenguaje asequible se les intenta transmitir una cultura positiva de las drogas, orientados a la promoción de hábitos saludables, la prevención y los tratamientos disponibles de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual. Estos mensajes se alternan con espacios de

expresión más libre de los que se ocupan tanto profesionales como pacientes. Así, en el boletín “Diez minutos y pico”, tiene cabida la poesía, textos que invitan a la reflexión e incluso recetas de cocina. Aunque hay que decir que a veces los pacientes prefieren amenizar los ratos de espera consultando noticias en internet u ojeando las revistas semipornográficas que llevan algunos de ellos.

Carteles de educación para la salud. Nótese que en el póster superior faltan algunas fotografías. Éstas fueron arrancadas por un paciente al que le causaban desagrado las imágenes que mostraban órganos genitales con afecciones venéreas, después de no ser atendidas sus reiteradas peticiones de censura.



A propósito de esta estrategia disciplinaria, volvamos a la función de rito de paso o normalización que define esta heterotopía, así como sus reflejos de los espacios normativos, o, en ocasiones, contra-lugares. En este umbral que he situado en la sala de observación, los pacientes no sólo son inquiridos acerca de las prácticas corporales que pueden interferir con la inyección de heroína, sino también por sus hábitos higiénicos (el descanso, la dieta, el aseo personal, etc.), los problemas domésticos, la gestión de sus recursos económicos, etc. Aprovechando este momento, los enfermeros tratan de negociar con los usuarios pequeñas modificaciones en sus hábitos, ofrecerles recursos y ayudarles en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Tengo que reconocer que me ha impresionado el evidente éxito del asesoramiento y seguimiento de la dieta, que ha obrado en algunos casos espectaculares mejoras del aspecto físico. Incluso José Ángel me comentó que “muchos de los pacientes sorprendentemente siguen una dieta más saludable y equilibrada que nosotros”. Sin entrar a valorar las relaciones de causalidad, he decir que la realidad que he observado desmonta el mito que aún perdura entre la comunidad científica de que el consumo mantenido de heroína produce pérdida de peso¹³.

Al interpelar a los pacientes sobre sus estilos de vida, necesariamente penetran y se yuxtaponen lugares comunes, bien pertenecientes al espacio privado, como el espacio doméstico (cuevas o casas okupas desprovistas de agua corriente, centros de beneficencia, etc., en los casos más marginales; u hogares familiares, pisos de alquiler a veces compartidos, etc., en los pacientes más normalizados), o al espacio público, como el lugar de trabajo, otros emplazamientos clínicos o centros de reinserción social, e incluso espacios antagónicos, como los emplazamientos de venta de drogas ilegales. Mediante un seguimiento individualizado, los enfermeros (aunque también los médicos) se convierten en consejeros de los pacientes para el “cuidado de sí”. Según José Ángel, más allá de tratar de evitar un comportamiento de riesgo sólo por miedo a sus consecuencias, la pedagogía que aquí aplican tiene en consideración:

¹³ Al respecto, los profesionales del centro realizaron un estudio para medir la posible asociación entre varios parámetros objetivos del estado nutricional (índice de masa corporal, perímetro abdominal y del tríceps) y la dieta de los usuarios. Aunque los resultados no apoyaban la hipótesis del estudio (es decir, había pacientes con mejores índices pero que se alimentaban peor), curiosamente sí que se observó una correlación positiva entre la percepción de su salud y la calidad de la dieta. Los investigadores concluían que estos resultados ponen de relieve la importancia de la subjetividad en los hábitos de vida de los pacientes, como la alimentación (Caracuel *et al.*, 2008).

“el entorno de la persona a la que se quiere ayudar al cambio. Entendemos como entorno a la familia, los amigos, compañeros de trabajo, el medio que le rodea. Teníamos que dotar a los usuarios de recursos para manejarse en este entorno, teniendo en cuenta las limitaciones del mismo y con objetivos realistas” (Martínez-Casares, 2008).

Así, distanciándonos por un momento de las relaciones de oposición espacial que señala Foucault y aproximándonos a Lefebvre, podría decirse que en el centro de estudio “los espacios sociales se compenetran y/o se superponen” (2000:104). Gracias a la visión holística que brinda el “modelo crítico de educación para la salud”, la mirada clínica trasciende los muros del centro para alcanzar los distintos lugares que configuran el espacio cotidiano de los usuarios.

El acto de la inyección como ceremonia ritual.

Una vez descritos los rituales de acceso dentro de la institución de estudio, llega el momento de analizar el rito que ha servido a los pacientes para organizar su vida cotidiana y dar sentido a su experiencia humana: la liturgia de lo endovenoso. Con Douglas, “Ninguna experiencia es demasiado insignificante para que no llegue a tener un rito y adquiera un significado sublime. Mientras más personal y más íntima es la fuente del simbolismo ritual, más rico es su mensaje” (Douglas, 1973:155). A continuación, me ocuparé del lugar tanto físico como simbólico que ocupa la ceremonia de la inyección dentro de nuestra heterotopía, dejando para el siguiente capítulo un análisis más profundo de la semiótica y semántica que cobra aquí dicho ritual, con mayor énfasis en la experiencia encarnada de los pacientes.

Tal como revela el mapa del centro y la descripción conceptual de su arquitectura que he mostrado más arriba, la búsqueda de la transparencia para facilitar el dominio de la mirada clínica en todos los posibles ángulos de este espacio terapéutico explica su particular compartimentación, con sus vientres y esfínteres, y el predominio del cristal como el material *voyeur* por antonomasia. Todo aquí es transparente. Las heteróclitas prácticas del cuidado de sí, los excesos y abusos corporales, la gestión de los complejos problemas cotidianos, todo puede confesarse sin pudor porque el dispositivo filtra la censura del afuera. Pero por encima de la secuencia de rituales que jalonan el espacio y dan paso a cada sala, quizá la ceremonia de la inyección sea el mejor ejemplo de lo que Baudrillard, siguiendo la estela de Roland Barthes (1997) sobre la obscenidad en la pornografía, denomina “rituales de la transparencia” propios de la (sobre)-modernidad (2001:25–38). En esta amplia sala, precisamente

una de las conductas socialmente más denostadas y que deben mantenerse lejos de la mirada pública, se convierte en el centro de atención, en una práctica observable y susceptible de ser comentada, mejorada y registrada, del mismo modo que debe anotarse cada acto, reacción o incidencia. La transparencia en este segmento es tal que incluso durante mi trabajo de campo he sentido pudor al imaginar que con mi presencia pudiera invadir la intimidad de los usuarios durante su inyección y experiencia del *flash*, sobre todo en los momentos en que sólo había un paciente en la sala. Aunque vistiese bata blanca en mis primeras visitas, me parecía estar formando parte de una suerte de *performance* casi pornográfica.



En la imagen superior, puerta de salida de la sala de inyección y, sobre los lavabos, ventana al control de enfermería. Abajo, vista de la mesa de inyección desde el punto de observación.

Pero, de forma paradójica, lo que se muestra explícitamente, como en la pornografía, precisamente por ese exceso de visibilidad, deja de ser deseable. Como es de suponer, la sustitución del discurso antidroga hegemónico por el discurso higienista, así como las condiciones de control y seguridad que regulan el ritual de la inyección dentro de este espacio institucional, dejan pocas oportunidades para que los pacientes puedan recrear el misterio y la intimidad que envuelve el chute en el espacio clandestino. Ya no hay transgresión ni espontaneidad. Aún más, el exceso de transparencia en el que todo está permitido acaba teniendo un efecto más censorador que la propia calle, aunque mucho más sofisticado. ¿Acaso no encierra una gran contradicción el enunciado: “goza ahora”? De modo similar a como advierten varios autores (Bourgois, 2002; Romo y Póo, 2007; Martínez-Casares *et al.*, 2009), algunos pacientes me reconocían en las entrevistas la contrapartida que trae consigo la permisibilidad, y a la vez la supervisión, en este espacio clínico. De forma inevitable, este juego de transparencias conduce a una resignificación y una cierta deserotización de la experiencia de la inyección. Sin embargo, según he podido constatar, a lo largo de su permanencia en el programa los usuarios llegan a naturalizar el nuevo ritual sin evocar con nostalgia el consumo en la calle, especialmente una vez roto el componente lúdico y social.

En el marco de la transparencia inherente a cualquier panóptico, aunque en este caso tenga connotaciones especiales, intentaré desgranar ahora la compleja micropolítica que acontece en esta sala durante la práctica ritual en torno a la cual se articula la heterotopía de estudio. Para profundizar en los entresijos y significados múltiples e incluso contradictorios de este ritual domesticado, e ir más allá de la evidencia y el discurso manufacturado por los pacientes de cara a la opinión pública para las entrevistas a las que están acostumbrados, ha sido imprescindible el trabajo de campo mediante observación participante *in situ*. La sala de inyección, donde pueden llegar a coincidir hasta un máximo de cuatro pacientes, es el lugar nuclear donde tiene lugar la práctica corporal que los define como “yonquis” y determina su taxonomía clínica en tanto que “adictos a opiáceos por vía parenteral”, condición necesaria para ser incluido en este programa. Aquí, la ceremonia del “pico” o “chute” es recodificada y transformada por el discurso médico no sólo en su dimensión formal, sino también simbólica. Pero la reescritura clínica del ritual de la inyección, como si de un límite o una cicatriz se tratase, nunca llega a culminar. Tanto en el orden discursivo como en el práctico, se producen retóricas de poder y juegos de roles en los que se descubre una dialéctica performativa entre el saber médico y el saber popular, lo sagrado y lo profano.

Cabe advertir que en este segmento se invierte –o se hace más explícita, según se mire– la jerarquización espacial asociada a los roles a la que me he referido con anterioridad. Dado que la sala de inyección es percibida por el personal sanitario como un lugar con especial riesgo infeccioso, este espacio queda bajo el dominio de enfermería, y más concretamente del profesional encargado de vigilarla en cada turno, hasta el punto de que no sólo los pacientes sino también el personal facultativo quedan subordinados al criterio de aquél. Con estas palabras me justificaba José Ángel dicha regulación espacial:

–El enfermero o la enfermera que está en sala de inyección, es una cosa que nosotros exigimos desde enfermería, somos los que nos jugamos un poco el tipo. Porque aquí todas las reacciones violentas, con jeringa en mano, con sangre...je, ¿vale?, con monos, a veces...

–Con riesgo biológico, claro...

–Aquí nos tenemos que sentir con total potestad para en cualquier momento decirle a un paciente: “Salte fuera de la sala”. Y se tienen que salir diez minutos, y ellos lo saben. Que alguien se intoxique, no estén todos los pacientes corriendo a ver qué pasa, como ha ocurrido también. Que digas: “Para fuera”. “Tú no eres nadie para decir...” Sí, sí que soy alguien.

–Claro, tú tienes una autoridad.

–Aquí, en esta sala desde luego, no por nada, sino quien esté, no porque seas enfermero ni porque seas nada. La persona que esté en la sala, sea quien sea, es la responsable de esa sala. Si es otro enfermero, o un médico: “Salte, salte, por favor” (...) Y aquí [un paciente] montó un pollo que te cagas y lo tuve que sacar fuera.

Aquí, el usuario debe cumplir una secuencia ritual que minimice los riesgos de la inyección y que se ajuste a las normas de funcionamiento del centro. El gesto que inaugura el ritual consiste en una ablución, concretamente, el lavado de manos en un lavabo situado frente a la “pecera”. A través de este habitáculo transparente, la enfermera le entrega al paciente un vasito de plástico que contiene la jeringa cargada con su dosis correspondiente, como si de un cáliz se tratase, además de un algodón y una tiritita. A continuación, el paciente coge un mantelito de papel y, si lo necesita, su compresor, que se encuentra sobre una balda dentro de un frasco de plástico junto a los de sus compañeros.



Sobre una gran mesa ovalada que es compartida con el resto de usuarios, coloca la parafernalia. A partir de este momento en particular, el cortejo del ritual de la inyección está marcadamente individualizado, habiendo algún caso que otro de obsesiva esterotipia, aunque aquí limitaré a describirlo en términos generales. Una vez acomodado en su asiento, el paciente se descubre la zona del cuerpo donde se va a inyectar (el tobillo, el brazo, el dorso de la mano...) y se ajusta el compresor. Sobre la zona de inyección clava su mirada escrutadora en el lecho venoso. Coge uno de los dispensadores de alcohol sobre la mesa, empapa el algodón para desinfectar la piel y palpa la vena más turgente antes de puncionarla. Sabe que cuenta con tres oportunidades para intentarlo por sus propios medios, aunque siempre puede solicitar la asistencia del personal enfermería, e incluso, si tiene dificultades, pedir que le inyecte. Si aun así no fuese posible, queda la opción de recibir la dosis por vía intramuscular, o una dosis de metadona por vía oral. En cuanto la aguja atraviesa la piel, un ligero “bombeo” de sangre antecede la inoculación de la sustancia¹⁴.



¹⁴ El “bombeo” es una técnica habitual entre los inyectores que consiste en hacer retroceder el émbolo de la jeringa durante la inyección, para volver a repetir la infusión pero, esta vez, de la mezcla de sangre venosa con la sustancia. Si bien esta práctica puede asociar riesgos si se realiza de forma reiterada en cada pinchazo, el personal de enfermería me aclaró que un pequeño bombeo previo a la inoculación de la heroína contribuye a una inyección más segura.

Lentamente, el émbolo se desliza y se aprecia un ligero abultamiento en la vena. Ya puede aflojar el compresor. Al cabo de pocos segundos, aparecen los primeros efectos de la sustancia.

En el momento en que el enfermero observa que ha terminado, o cuando le avisa el propio paciente, le comunica por walky-talky al compañero de la sala de observación que “valide” a ese usuario¹⁵. De esta manera se controla el tiempo que transcurre desde ese momento de forma coordinada entre las dos salas. Por consenso, a partir de ahí los usuarios disponen de diez minutos que pueden repartir entre la sala de inyección y la sala de observación, no debiendo permanecer más de ocho minutos en la primera para agilizar la rotación de los pacientes que van llegando. Si se supera allí el tiempo establecido, se considera una falta leve, además de un gesto poco solidario con el resto de compañeros, que, por lo general, desean recibir su dosis sin demora. Así me lo explicaba un enfermero en una de mis primeras visitas al centro:

“Los pacientes establecieron a partir de cinco [minutos de permanencia en la sala después de la inyección], (...) pero dijimos: como sea a partir de cinco, al mes, todos sancionaos, y tampoco nosotros queremos entrar a sancionar (...) Entonces dijimos: Cinco no, ocho, que en realidad son nueve”.

Acabando con el ritual de la inyección, el usuario desecha la jeringa en un contenedor específico situado en el centro de la mesa, introduce el compresor en un recipiente con su código identificativo, y lo coloca junto a los demás sobre la balda. Después, arroja el resto de material usado a otro contenedor y vuelve a lavarse las manos antes de dejar la sala.

A continuación, analizaré los procesos rituales asociados a la liturgia de la inyección en este particular emplazamiento, a pesar de la polisemia en torno a este acto y la heteroglosia de representaciones simbólicas respecto a la heroína entre los pacientes.

Grupo, tótem y lugar en el rito de la inyección.

En *La mythologie primitive*, publicada en 1935, Lévy-Bruhl nos dice que la tesis acerca de la relación entre esos tres elementos, es decir, “el grupo social”, “su totem y un determinado (...) «centro local»” que apuntaran Baldwin Spencer y F.J. Guillen a finales del siglo XIX y principios del XX, gozaba ya de un apoyo unánime entre sus coetáneos, como Elkin, Mac

¹⁵ Con arreglo a la Ley de protección de datos, dado que los enfermeros comunicaban la validación por *walky-talky* y la señal podía ser captada por las antenas del hospital vecino, se decidió identificar a los pacientes a través de un código en lugar del nombre.

Connel, Piddington y Firth (Lévy-Bruhl, 1978:106). Empezando por el elemento espacial de esta triada, o más concretamente el enclave del dispositivo clínico, hay que reconocer que la decisión sobre la ubicación del centro no comparte la naturaleza mágica de la elección de los emplazamientos totémicos en las sociedades tradicionales mediada por ancestros míticos, como los *knanikilla* entre los arunta. Pero más allá de la lógica racionalista y secularizada que pueda subyacer a las coordenadas físicas de este dispositivo (que, cabe reiterar, no deja de tratarse de un estrato, puesto que se ubica en un espacio hospitalario preexistente), y de lo alejados que se nos antojen esos procesos modernos de las mitologías y el pensamiento animista de las sociedades tribales, hasta el punto de parecernos diametralmente opuestos, sucede que en nuestra posmoderna heterotopía seguimos observando la misma imbricación entre la función de este emplazamiento y el ritual que abriga, por el cual el grupo social quedará vinculado a un tótem. Igualmente, extendiendo esta asociación entre tótem y espacio a la realidad asistencial contemporánea, también aquí hay una correspondencia unívoca entre la sustancia totémica con el tipo de centro donde los individuos pueden participar de ésta. Así, los usuarios del centro PEPSA reciben heroína (DAM), mientras que a los usuarios de los CPD se les prescribe metadona. Si bien en el primer espacio institucional se administran otros fármacos, incluida la metadona para cubrir la dosis nocturna, no deja de haber una relación metonímica entre la sustancia prescrita y el tipo de centro, máxime siendo ilegal, al menos hasta la fecha, la dispensación de heroína en el segundo de esos espacios. Es decir, existe un tótem para cada lugar, y un lugar para cada tótem. Sería aquí interesante aplicar el método de Lévi-Strauss que, según Deleuze y Guattari, nos permitiría “descubrir en qué medida los dos tótems mantienen relaciones análogas a las de los dos grupos” (2008:243), de acuerdo al entendimiento simbólico que sustituye la serie por la estructura, es decir, la analogía de proporción por la analogía de proporcionalidad. Pero dicha tarea nos llevaría por otros derroteros.

En este particular enclave, tiene lugar una inversión de la polaridad en el ritual de la inyección, pasando del tabú o rito negativo a un rito positivo. Dicha ceremonia pasa a representar un rito de purificación, no sólo entendido como “una simple suspensión de tabú, que se limita a suprimir la cualidad impura” de la sustancia en cuestión, sino también como un “rito propiamente activo, que otorga cualidad de pureza” (Van Genep, 2008:26–27). Evidentemente, este acto queda aquí legitimado por el discurso médico, que lo convierte en un derecho del paciente, lejos de la representación del uso clandestino de la sustancia. Así, la DAM queda representada como un tratamiento o “medicina legal” en contraposición a

la droga o “veneno ilegal”, como han referido algunos autores (Romo *et al.*, 2009, Martínez-Casares *et al.*, 2009). Pero, ¿acaso debemos sorprendernos aún de la paradójica ambigüedad del *pharmakos*, después de haber sido concebido como veneno a la vez que remedio desde Hipócrates (siglos V–IV a.C), Diocles de Carystos (IV–III a.C.), Galeno (II a.C.), Celso (II d.C), hasta el alquimista Paracelso (s. XVI) (ver, p. ej., Escohotado, 2008)? Como es sabido, esta ambivalencia de lo sagrado y lo profano será problematizada por la antropología británica desde finales del siglo XIX, tomando el relevo la escuela de sociología francesa. En el año 1912, Durkheim coincide con Robertson Smith en que:

“lo puro y lo impuro no constituyen, pues, dos géneros desconectados, sino dos variedades de un mismo género que engloba todas las cosas sagradas. Hay dos variedades de lo sagrado, lo fasto y lo nefasto, y no es sólo que no exista solución de continuidad entre esas dos formas opuestas, sino que además un mismo objeto puede pasar de la una a la otra sin que cambie su naturaleza. Con lo puro se hace lo impuro, y recíprocamente. La ambigüedad de lo sagrado consiste en la posibilidad de tales transmutaciones” (2007:383).

Al mismo tiempo, el acto de la inyección deviene un rito de comensalidad, es decir, una suerte de comunión representada a través de un tótem y que se celebra de forma periódica. Tomemos como ejemplo el culto Intichiuma de los arunta, una tribu del centro de Australia estudiada por primera vez en profundidad por Spencer y Guillen. Durante este ritual totémico se celebra un banquete sacrificial destinado a instruir al adolescente en las tradiciones de la tribu. El Alatunja, jefe de la comunidad local y encargado de las celebraciones religiosas, y los ancianos que comen la planta o el animal totémico sacrificado “comulgan, pues, con el principio sagrado que en él reside y lo hacen suyo. (...) El hombre (...) se santifica (...) porque el alimento que ingiere en el curso de esa comida ritual tiene un carácter sagrado”; a su vez, esa santidad reside en “el sentimiento colectivo de que es objeto” (Durkheim, 2007: 313 y 384). Trasladando este esquema ritual al escenario que nos ocupa, la heroína cumple la misma función que las plantas o animales totémicos, es decir, pasa de representar una sustancia letal a sagrada cuando es consumida de acuerdo a la norma. Toda vez que “[una fuerza benéfica] cambia su naturaleza al cambiar de ubicación” (*Ibid.*, p. 382), el consumo de heroína bajo prescripción médica neutraliza su naturaleza demoníaca y la reviste de un poder terapéutico y salvífico.

Respecto a la naturaleza orgánica de las sustancias totémicas en las tribus citadas, suele tratarse de alimentos, aunque no son consumidos en la vida ordinaria debido a su carácter sagrado. De acuerdo a su sistema de creencias, la transgresión de esta prohibición acarrea consecuencias nefastas, pudiendo producir automáticamente la muerte. “Se supone que

en la planta o el animal totémicos reside un principio temible que no puede penetrar en un organismo profano sin desorganizarlo o destruirlo” (*Ibid.*, p. 119). Pero, ¿cómo se modulan los sistemas de regulación del consumo de aquellas sustancias totémicas que son de primera necesidad para la supervivencia? Como ocurre con el tótem del agua en numerosas tribus del centro de Australia, como los kaitish o los warramunga, en el dispositivo clínico de estudio la heroína cumple una función dietética a la vez que sagrada. Esta sustancia queda representada por el discurso médico como una molécula imprescindible para equilibrar la función metabólica de los usuarios, de acuerdo a la teoría descrita de Dole y Nyswander, asegurándoles un estado físico y psíquico que les permita desempeñarse con normalidad en las tareas de la vida cotidiana. De ahí que sea frecuente la comparación de la DAM con la insulina entre los pacientes, sobre todo cuando tratan de defender el programa ante el público. Por otro lado, cabe señalar que, dado que la mayoría de los pacientes son consumidores habituales de otras sustancias psicoactivas (cocaína, alcohol, benzodiacepinas, tabaco, etc.), gracias a la administración diaria de heroína en el centro, se ha producido un desplazamiento de la común representación de la heroína como la “droga” por antonomasia hacia el resto de sustancias consumidas, independientemente incluso de su estatus legal. Así, según me decía Adri en una entrevista:

–(...) la heroína, te pones dos o tres picos y te deja relajá, ¿me entiendes? Pero la coca no. La coca te pones uno, y estás deseando otro, otro, otro, y te, cada vez te pide más, ¿entiendes? (...)

Al rato, esta misma paciente me cuenta que lleva desde los seis años fumando, es decir, un total de cuarenta años: “Lo raro es que no naciese ya con el cigarro en la boca. Si yo quiero dejar la DAM, la dejo, pero el tabaco no”.

Pero, a pesar de la prescripción, “el acceso a la cosa sagrada no es libre” (*Ibid.*, p. 121), como queda reflejado en las restricciones aplicadas al racionamiento de la sustancia, el modo de administrarla o el momento y el lugar reservados a su consumo. En las tribus referidas, “un hombre de ese tótem no puede beber agua libremente; le está prohibido tomarla por sí mismo; no puede recibirla más que de las manos de un tercero que obligatoriamente pertenece a la fratría de la que él no es miembro” (*Ibid.*, p. 121). En el anterior apartado ya veíamos la secuencia de procedimientos que sirven de filtro para que los pacientes puedan acceder a la inyección, así como la liturgia sanitizada que neutraliza o minimiza el peligro de la sustancia en cuestión.

Siguiendo con el sentido totémico de la heroína en este centro, me gustaría ahora llamar la atención sobre la eficacia del ritual de la

inyección para reforzar la identidad de los pacientes en tanto que parte del colectivo de usuarios de drogas. En 1877, Lewis H. Morgan, en su obra *Ancient Society*, señala que la palabra tótem la acuñan los ojibway, una tribu norteamericana algonquina, para designar la especie de cosas que da nombre a un clan. Durkheim destaca esta obra como el primer trabajo antropológico que explicita la relación del totemismo con la organización social (*Ibid.*, p. 82). Durante mi trabajo de campo, he podido constatar un esquema similar, dejando de lado la complejidad del sistema totémico de segmentación social en las tribus australianas o norteamericanas, y la discusión antropológica sobre las relaciones entre naturaleza y cultura que plantea la teoría sociológica del totemismo, un debate que se mantuvo especialmente candente hasta los años sesenta (ver, p. ej., los capítulos VI y VII de Radcliffe-Brown, [1952]; Lévi-Strauss, [1962] y Leach, 1967). Pero antes me gustaría precisar un aspecto de este tratamiento entendido en un sentido acaso contrario, es decir, como tótem individual.

En su obra *El totemismo*, publicada en 1887, sir James G. Frazer considera que “un totem consiste en cierta clase de objetos materiales a los que el salvaje profesa una veneración supersticiosa, en la creencia de que existe entre él y cada uno de esos objetos una relación íntima, perfectamente determinada” (1987:7). Si he traído esta definición es porque alude a la dimensión individual, subjetiva y fenomenológica del totemismo que me interesa subrayar aquí. No por casualidad, la heroína es comúnmente representada como una droga “solitaria”, en parte debido a sus efectos depresores del sistema nervioso, en comparación con, por ejemplo, el hachís, la cocaína o las drogas de síntesis, consideradas sustancias más socializadoras. No obstante, esta representación de la heroína se presta a discusión, en tanto que difícilmente encontraremos una sustancia psicotrópica cuyo uso ritual no esté definido a partir de las relaciones sociales que le dan sentido. Pero, como decía, lo que quisiera poner de relieve ahora es la relación entre la dimensión mágica del totemismo que apunta Frazer y las formas de “totemismo individual o personal”. A modo de ejemplo, Radcliffe-Brown indica que en algunas partes de Australia, como las de Nueva Gales del Sur, “cada chamán tiene uno o más de estos tótems personales” (1974:140). No parece descabellado afirmar que un proceso similar sucede entre los pacientes y su relación ritual y simbólica con la heroína. Mientras que los chamanes encuentran en la asociación con otra especie animal o vegetal su fuente de poder taumátúrgico, algunos pacientes se sienten sujetos a un poder que atribuyen a la sustancia, que experimentan tanto con la vivencia del *flash*, como con el deseo de volver a consumirla al cabo de unas horas. Incluso encontramos ciertos rasgos de personificación de la sustancia a los que se refiere Radcliffe-Brown (*Ibid.*, p.149).

En el siguiente capítulo profundizaré sobre esta cuestión, sumando otras perspectivas teóricas que nos acerquen a las experiencias y los procesos performativos vividos por los pacientes. Por el momento, mi observación parece coincidir plenamente con una de sus motivaciones para el consumo de heroína en el dispositivo que han apuntado algunos profesionales, al encontrar “testimonios que otorgan un **poder externo** a la heroína, una conceptualización de ésta como algo casi mágico, capaz de ejercer un dominio muy intenso sobre la voluntad de la persona y del que hasta ahora no han podido evadirse (Martínez-Casares *et al.*, 2009:11; la negrita es del autor). Así, en el imaginario de los usuarios, a la sustancia se le atribuye una fuerza misteriosa y sobrehumana que recuerda al *mana* de los melanesios, el *wakan* de los sioux o el *orenda* de los iroqueses, por usar la comparación de Durkheim (*Ibid.*, p. 183). Recordemos que para este autor ‘mana’ es la fuerza colectiva que surge del clan y estructura el totemismo, forma primigenia de todas las religiones. En este sentido, el ritual de la inyección se aproximaría más a la noción de ritual de Turner, como “una conducta formal prescrita en ocasiones no dominadas por la rutina tecnológica, y relacionada con la creencia en seres o fuerzas místicas (1999:21). Así, podría decirse que la heroína congrega a los usuarios como una suerte de culto o religión yonqui, que condiciona la configuración de su red social social, su identidad individual y colectiva y su cosmovisión, del mismo modo que los marind-anim o los arunta forjan “la idea que tiene[n] de sí mismo[s] así como de sus relaciones con los seres y objetos que le rodean (...) en una dimensión “no (...) positiva sino esencialmente mística; no (...) abstracta sino concreta y emocional” (Lévy-Bruhl, 1978:110–111).

Pero volvamos a los procesos por los que se establece la relación totémica entre la sustancia y el individuo. Si para Durkheim las especies naturales se convierten en objetos sagrados cuando pasan a representar emblemas a los grupos sociales, Radcliffe-Brown (1974:148) considera que “las especies naturales son elegidas como representativas de grupos sociales (...) porque *ya* son objeto de una actitud ritual (...) por virtud de la ley general de la expresión ritual de los valores sociales antes establecidos” (la cursiva es mía). El antropólogo británico se apoya en la siguiente ley que había enunciado después de estudiar a los andamaneses, una sociedad considerada no totémica: “Cualquier hecho u objeto que tenga efectos importantes sobre el bienestar (material o espiritual) de una sociedad, o cualquier cosa que signifique o represente cualquier objeto o hecho, tiende a convertirse en objeto de actitud ritual” (*Ibid.*).

En este punto, mi postura se aproxima más a la que sostiene el apriorismo del tótem, que se justifica por la susceptibilidad de la heroína para

convertirse en ese objeto de actitud ritual, por utilizar la expresión de Radcliffe-Brown, o en una cosa sagrada, si se prefiere la de Durkheim. No volveré ahora a discutir las múltiples razones que han llevado a que la heroína se considerase una sustancia de culto para algunos y se haya extendido su consumo significativamente en las sociedades postindustriales. Pero, desde un plano empírico y haciendo un esfuerzo de síntesis, no podemos eludir los efectos psicotrópicos de este opiáceo, ni tampoco los beneficios de tipo psíquico, físico y social que reportan los pacientes. Sin embargo, no encuentro incompatibilidad en reconocer la teoría dukheimiana que relaciona invariablemente la cosa sagrada con el orden social. Es decir, pienso que la actitud ritual hacia la heroína no sólo surge por sus singulares propiedades y la experiencia sensible e individual que proporciona, sino también por su representación colectiva respecto al orden social. Aunque pueda parecer un proceso inverso a lo que ocurría en las sociedades totémicas tradicionales, en tanto que la heroína ha devenido un tabú al haber desafiado el sistema de valores de la sociedad dominante¹⁶, con la estrategia biopolítica de la prescripción de heroína, la sustancia vuelve a sacralizarse. Es, precisamente, en esa migración de espacios y su relación con la normatividad, en la caprichosa y paradójica polaridad entre la prohibición y la prescripción de la sustancia, es decir, entre lo impuro y lo sagrado, donde lo *sacer* cobra su significado en latín.

Sigamos, pues, analizando la relación entre la “sacralidad” o “valor ritual” de esta sustancia con el conjunto de usuarios como grupo social. Radcliffe-Brown llama la atención sobre “la tendencia general [que observa en los diferentes sistemas totémicos australianos] (...) a una asociación entre cada segmento [en que se divide una sociedad] y alguna especie natural o alguna porción de la Naturaleza” (*Ibid.*, p. 142). Más adelante, este autor considera que:

“en el ritual (...) se requiere algún objeto más o menos concreto, que pueda actuar como representativo del grupo. De modo que es un procedimiento normal el que el sentimiento de adhesión al grupo se exprese en un comportamiento colectivo formalizado que se refiere a un objeto que representa al propio grupo. //El totem del clan o grupo todavía es sagrado en cierto sentido para la comunidad, pero es ahora especialmente sagrado (...) para el segmento que lo elige como totem” (*Ibid.*, pp.143 y 145).

¹⁶ Al hablar de desafío al orden establecido, me refiero al estilo de vida marginal que asocia el consumo habitual de heroína al tratarse de una sustancia ilícita, alejado de los ideales de la sociedad burguesa. No entro a valorar cuánto hay de verdadera conciencia política por parte de los usuarios a la hora de mantener este tipo de conductas. Por otro lado, ya he apuntado la fuerte contradicción entre la representación ideológica acerca del uso de drogas como una forma de resistencia y el rol que juega el usuario como fiel cliente del mercado negro, puesto que, en última instancia, no deja de servir a los intereses del orden económico global (ver Romaní, 2005).

Al trasladar esta “tendencia general” a nuestro contexto corro el riesgo de que se me hagan varias objeciones, empezando por que la heroína no se encuentra como tal en la naturaleza, y siguiendo con que el grupo de pacientes no se trata de una sociedad unitaria o de un segmento social “funcional” dentro de la sociedad general, sino de un grupo de exclusión, de negatividad del orden social. Incluso Heaven, una de las usuarias, me expresó su disconformidad con la socorrida locución de “colectivo de toxicómanos”, al no identificarse con la denostada representación social que asocia la figura del delincuente:

–La gente que dice que todos los drogadictos somos de una manera, o que... Pues no estoy de acuerdo para nada, ¿no? Hay personas y personas, y hay... ladrones sin escrúpulos que son ladrones sin escrúpulos, y son ladrones sin escrúpulos (...). Y hay gente con Mercedes y corbata, que lo son muchísimo más que... Y sin embargo, dentro del colectivo de drogadictos, hay personas que son personas terribles, asquerosas, y hay personas, entre las que me incluyo, claro (riendo), que somos personas. Que aunque hayamos hecho... Yo, si he tenido que robar un día, pues he robado a quien ha tenido dinero, sin hacer daño a nadie, y con, o sea, con una serie de, y porque no he tenido más remedio.

–Ya, ya.

–Pero nunca he sido capaz de hacer daño a nadie ni de. O sea, que es... Lo de generalizar un colectivo, eso es..., no se puede hacer nunca, ¿no? porque...

Pero, a pesar de esta atomización, hay que decir que una suerte de sentimiento de colectividad y solidaridad del conjunto de usuarios del centro, en tanto que *comunitas* o, aún más apropiado, de “manada” (Deleuze y Guattari, 2008), puesto que el grupo queda aquí diferenciado del resto a partir del contagio y la epidemia en lugar de la filiación –en un guiño a la tesis de Lévi-Strauss en *Las estructuras elementales del parentesco*–, a menudo emerge durante el ritual de la inyección. *Grosso modo*, mi observación en esta sala apoya la tesis de Durkheim sobre la función de la efervescencia emocional propiciada por los rituales públicos para reforzar el vínculo social. Entre las matizaciones que cabría hacer, destacaría que la experiencia del acto en sí, y especialmente la vivencia del clímax, como veremos más adelante, cobra acaso una dimensión individual mayor que en los rituales de las sociedades tradicionales, si nos guiamos por las descripciones de los antropólogos referidos. Dicho esto, del discurso de algunos pacientes se desprende que el uso de esta sustancia bajo prescripción médica les confiere una identidad particular, considerándose un grupo de supervivientes no arrepentidos por su deseo de continuar consumiendo una sustancia ilegal, que, precisamente por su status marginal, gozan de un privilegio exclusivo. El día que nos conocimos, mientras Heaven realizaba el ritual de la inyección, me explicaba:

“Cuando piensas en esto [este tipo de tratamiento] es porque ya lo has probado todo. No sé ni cómo estamos vivos. Somos unos supervivientes. Yo he visto morir a un montón. Mi primer marido, que murió a los veintitrés años de una sobredosis, amigos... –hace una pausa–. Sí, estoy aquí porque he luchao, pero un poco milagroso sí que es”.

Esta misma paciente, aludiendo al tipo de ornamentación del curioso personaje creado en la carta corporal colectiva que les propuse como actividad para analizar su sistema de representaciones del cuerpo, comentó: “Desde luego las drogas están presentes. No podemos negarlas, pero tampoco queremos”. Como los ancianos de las sociedades aborígenes cuyo status religioso les liberaba de las interdicciones que debía observar el resto de la tribu –“pueden alimentarse de la cosa santa porque ellos mismos son santos” (Durkheim, 2007:121)–, el conjunto de usuarios admitidos en el programa ha adquirido una legitimación que le hace merecedor de consumir, aunque sea bajo supervisión médica, esta sustancia ilegal. Así pues, algunos profesionales del centro refieren en una comunicación a un congreso: “el uso de esta sustancia les hace sentirse pertenecientes a un grupo minoritario, una elite privilegiada que posee un código interno, unas señas de identidad características, con rituales propios a la hora de administrarse la sustancia, (...) como la parafernalia de la jeringa que les ayudan a controlar la situación y modular la experiencia” (Martínez-Casares *et al.*, 2009:7–12).

De manera similar al lar de los hogares en la literatura antropológica clásica (ver Velasco, 2007:404), la sala de inyección puede considerarse la pieza central del dispositivo en tanto que lugar de comensalidad. En este escenario tiene lugar una ceremonia de comunión que propicia la adhesión y confraternización del grupo. Valga reiterar que a compartir mesa sólo están invitados los pacientes, y durante mi trabajo de campo nunca me sentí autorizada para sentarme junto ellos; si acaso, a observar de cerca a determinados pacientes, uno de los cuales me animó a que lo fotografiase durante la práctica de la inyección. Como expresa Francisco Sánchez, “las acciones e interacciones de los individuos en el espacio no sólo sirven para que éstos desarrollen sus actividades, sino que, además, constituyen un lenguaje susceptible también de ser analizado como tal” (1990:86). Vemos así cómo el lenguaje de la proxémica en torno al ritual de la inyección denota la racionalización del espacio implícita en este dispositivo, operando a un nivel inconsciente en los actores sociales e incluso en mí misma.

Volviendo al sentido colectivo del ritual, en torno a esta mesa oval, los pacientes habitualmente muestran gestos de solidaridad recíproca. Atentos a posibles signos de intoxicación de los compañeros que tienen

delante (“¿Estás bien?”; “¡Respira!”; “¿Cómo te va a ti con doscientos [miligramos]?”), se transmiten mensajes de promoción de la salud, y expresan su interés en aproximar este programa al resto del colectivo de usuarios:

- No te toques los ojos. Aunque parezca que tienes las manos limpias... Bueno, haz lo que quieras –le aconseja Heaven a un compañero–. Qué ganas que tengo de que entre gente nueva –comenta después de una pausa.
- ¿Por qué? –le pregunta la enfermera.
- Porque lo mismo que me viene bien a mí, les vendrá bien a los demás. Yo trato de convencer a la gente que podría beneficiarse del PEPSA –y hace mención al hermano de un paciente recién incorporado.

A su vez, a través de las relaciones rituales entre el tótem y el grupo social, vemos una expresión de la mitología yonqui que cristaliza y se nutre de la memoria colectiva. Siguiendo con el análisis cartográfico, en la sala de inyección es donde los pacientes suelen evocar los mitos relacionados con el consumo de drogas, lo que contribuye a reforzar las relaciones de camaradería. Por ello, esta pieza deviene el foro principal, donde emergen con más fuerza y se recrean las experiencias vividas por los usuarios, generalmente acontecidas en entornos marginales. En ocasiones, las conversaciones cobran tal intensidad que se percibe una suerte de inversión de la jerarquía espacial, pareciendo los pacientes los protagonistas y los enfermeros meros espectadores e incluso aprendices. Por supuesto, no deja de existir una interacción constante y necesaria, bien para comentar dificultades con la técnica de la inyección, hacer observaciones y amonestaciones, expresar quejas, o, de manera casi constante, bromear. Así, la sala de inyección se convierte en el lugar donde surgen más explícitamente las relaciones de oposición espaciales que plantean una mayor paradoja, en tanto que enfrentan la función fármaco-política del dispositivo con el sentido subversivo y/o marginal de este mismo acto cuando se realiza en un entorno clandestino. A través del ritual de la inyección, penetran topías, contra-espacios e incluso otras heterotopías, como la prisión.

En una de mis primeras visitas al centro, pregunté a los pacientes que se encontraban en la sala de inyección si los recipientes que había sobre la mesa contenían alcohol para desinfectar la piel. Mi pregunta les hizo evocar de forma colectiva, en un tono jocoso a la vez que “amargo”, el consumo subterfugio de alcohol y sustancias ilícitas en la cárcel, que transcribo a continuación. A modo de apunte, no deja de sorprender en su discurso que hablen en tercera persona, dando a entender que ya no pertenecen a ese mundo que tan bien conocen, si bien en la última frase vuelven a quedar todos ellos incluidos en esas escenas del pasado:

–Se bebían hasta la colonia. Fui un día, llaman por teléfono, allá dentro y siento de hablar al que había delante: “Mamá, mamá, mándame otro bote de colonia, que me s’ha derramao”.

Todos ríen.

–Es verdad, ¿eh?

–Y cuando aprovechaban las comidas, las naranjas. Las llenaban de whiskey, ah? Con la naranja... Se comía la naranja y veías al ratillo al tío –se tambalea, imitando los movimientos de un borracho–. O un bocadillo de mortadela, cogían, me acuerdo yo, cuando estaban las Rohipnoles antiguas, con la rueda de mortadela, pos se echaban to la pastilla así y la chupaban. Iban con su bocadillo de mortadela y la naranja de postre, ¡madre mía!”.

Otro paciente comenta que en una ocasión masticó unas pastillas y echó el “polvillo” en unos polvorones: –El sabor amargo que tiene esto... Pero mira, con tal de quitarte el malestar, lo que haces, ¿sabes?

Pero si, afortunadamente, no todos han estado en prisión, en sus conversaciones sí suele encontrarse un lugar común: el Polígono de La Cartuja (más conocido por algunos como el “Polígano” o “Polígamo”), el principal lugar de abastecimiento de droga de la ciudad y, por consiguiente, el contra-lugar por excelencia del dispositivo, como ya he adelantado. En tanto que espacio farmacopolítico, el dispositivo clínico se sitúa en una encrucijada, ocupando un doble espacio liminar: por un lado, mantiene una relación de oposición con respecto al espacio público dominante, en el que la heroína no deja de ser una sustancia ilegal, y, por otro lado, tiene el poder de reflejar e invertir el Polígono, estableciéndose tácitamente una relación de competición entre ambos emplazamientos. Hay una anécdota curiosa que ejemplifica el juego entre ese contralugar y las heterotopías que lo reflejan. Una de las médicas me contó que le había hecho gracia que un paciente le propusiera llevarle una muestra de cada “papela” que se vende en el mercado negro, a cambio de seis o diez euros. Para seguirle la corriente, la doctora le contestó que podían exponerlas en una vitrina. El paciente, muy serio, le respondió que en la cárcel era eso precisamente lo que les mostraban para aprender a identificar cada sustancia.

Algunos autores han advertido que la eficacia de los programas está en estrecha relación con la fluctuación de la calidad de la sustancia en el mercado negro (Mino, 2009:62). Sin embargo, en nuestro medio, la relación de competencia entre el espacio clínico y el espacio clandestino opera en una dimensión más simbólica que pragmática. En primer lugar, la pureza de la heroína ilegal en Granada es tan ínfima, que el principal reclamo del Polígono suele ser la variedad de la oferta de drogas que los usuarios consumen más o menos esporádicamente, sobre todo cocaína o “base”, y que no se administran en el programa. No obstante a la marcada diferencia de calidad de la heroína, algunos pacientes hacen de la

dialéctica entre el espacio institucional y el lugar de narcomenudeo su estrategia para satisfacer sus demandas. Así, no es infrecuente observar actitudes victimistas en ciertos usuarios para reivindicar lo que consideran un derecho, argumentando que si la doctora no le prescribe “su dosis”, se verán abocados a “subir al Polígono” para alcanzarla. Veamos como ejemplo una situación que presencié una tarde de 2010:

Al poco de entrar Heaven a la sala de inyección, sin apenas haberle dado tiempo a lavarse las manos, se asoma a la sala una enfermera y le anuncia:

–La doctora quiere hablar contigo.
–Joder –refunfuña Heaven camino a la consulta, como si conociese de sobra el motivo.

Una vez se ha marchado, la enfermera nos dice a la compañera que supervisa la sala y a mí, en tono confidencial:

–Claro, le quiere bajar [la dosis]. Ayer [Heaven] estaba así –hace un gesto como si tuviese dificultades para respirar–, hiperventilando.

En seguida vuelve la usuaria comentando irónicamente:

–Esto me va a venir genial para subir [al Polígono] a consumir, tal y como estoy. Me ha bajado cinco [mg].
–Será puntual, ¿no? –trata de animarla la enfermera de la sala.
–Es peor su remedio que mi enfermedad. Bueno, yo no tengo enfermedad. Es poco [lo que me ha bajado], pero me da por consumir. Aquí cada uno va a salvar su culo. Y por consumir pasa que tengo ese pecho¹⁷. Cinco miligramos es lo que tenía yo de menos. Con noventa estaba bien –le contesta la paciente.
–Como tienes ese resfriado... –continúa la enfermera.
–Como me conozco... –se lamenta Heaven, refiriéndose a que no va a poder evitar compensar la frustración con consumos en la calle.

En suma, volviendo a lo que decía más arriba, en torno al ritual de inyección que acoge esta sala, los usuarios rememoran y comparten dentro un clima de confianza las historias de sordidez y los infortunios vividos, y que a veces siguen viviendo, en estos escenarios comunes.

El espacio ritual de la inyección como cronotopo.

Siguiendo la descripción heterotopológica de Foucault, esos otros lugares que penetran en este dispositivo clínico también pueden ser irreales. La

¹⁷ En cierta ocasión, observé que sobre la mesa del control de enfermería, además del vasito de plástico que contenía la medicación de esta paciente: benzodiazepinas y metadona, había una caja de Atrovent con su nombre anotado. Cuando le pregunté a la enfermera el motivo, me contestó: “Tiene bronquitis crónica, que se le agrava con el VIH. A veces viene con una tos horrible y fuma como un carretero”.

eficacia física del ritual de la inyección, que se pone de manifiesto bajo la forma de lo que los profesionales refieren con el término anglosajón de *flash*, y los pacientes, más a menudo, con el de *subidón*, *colocón* o *cebollazo*, añade otra perspectiva espacial a esta heterotopia. La sensación de sedación y euforia que estos experimentan comparte rasgos con los estados extáticos que, como mostró Thomas Achelis (1902, *cit.* en Mauss, 1971:254–257), se encuentran en la mayoría de los ritos de iniciación y cultos religiosos de diferentes sociedades y épocas, como las intoxicaciones religiosas por el soma védico, los estados inducidos por la danza de los derviches, el delirio orgiástico de las bacanales o el éxtasis de los místicos españoles. Soy consciente de que este punto merece una mayor profundización, pero esta tarea me apartaría de mi principal objetivo. Cabe matizar, no obstante, que los pacientes no revisten la experiencia del *flash* de un sentido místico o trascendente, ni lo describen literalmente como una manera de salir de sí mismos, pero sí de su realidad cotidiana.

En el último párrafo de *Yonqui*, Burroughs afirma que: “Colocarse es ver las cosas desde un ángulo especial” (2004:218). De manera similar, algunos pacientes describen su experiencia como un modo de *salir* del lugar real para *ocupar* otro espacio, un espacio imaginario, fuera del espacio real, que podríamos denominar atopía. Así, por ejemplo, Cristóbal refería: “Noto como si tuviera un flash y estuviera en otro sitio, en la nada, como si no hubiera nada, no estuviera nadie molestándote. Parece que no estás ni metío en la sala, estás en otro lado, estás en una nube”. Igualmente, Tete describía así los efectos de la inyección en esta sala:

“Primero [siento] relajamiento (...) Se te pasa un montón de cosas por la cabeza, pero ninguna se te queda (...) [te sientes] como en un sueño (...) te deja tranquilo, relajao y sin peso ninguno encima (...) tipo meditación. Luego te quedas adormilao (...) Sí me noto los párpados un poco más pesaos. Y estoy, yo qué sé, estoy a gusto (...) En este momento no tengo ningún problema. Los tengo, pero en este momento no los tengo. Los tengo pero no los pienso, ni cavilo cómo solucionarlos, ni..., o cómo meterme con ellos, yo qué sé, ¿no? No, en este momento estoy yo solo, estoy tranquilo. Estoy mirando a la gente. “Vamos a mirar hacia arriba”. Que no estoy pendiente de na. Estoy pendiente de ti y no estoy pendiente de na”.

Pero en este desplazamiento, como ocurre en todo ritual, la dimensión espacial va estrechamente ligada a la dimensión temporal. Como era de esperar, Foucault también repara en ello y lo incorpora a su cuarto principio: “les hétérotopies sont liées, le plus souvent, à des découpages du temps, c’est-à-dire qu’elles ouvrent sur (...) des hétérochronies; l’hétérotopie se met à fonctionner à plein lorsque les hommes se trouvent dans une sorte de rupture absolue avec leurs temps

traditionnel” (1994:759). A modo de ilustración, el filósofo se refiere a los cementerios, los museos, las bibliotecas, pero también a las ferias y los pueblos turísticos. Esta particular mezcla de ayuntamiento, contracción y suspensión de espacio y tiempo, nos recuerda el concepto de cronotopo de Bajtin, a través del cual expresa el “carácter indisoluble del espacio y el tiempo (el tiempo como la cuarta dimensión del espacio)” para proponer un nuevo enfoque en los análisis de las novelas:

“En el cronotopo literario tiene lugar la unión de los elementos espaciales y temporales en un todo inteligible y concreto. El tiempo se condensa aquí, se comprime (...) y el espacio, a su vez, se intensifica, penetra en el movimiento del tiempo (...) Los elementos de tiempo se revelan en el espacio, y el espacio es entendido y medido a través del tiempo.” (Bajtin, 1989:237-238).

Así, el ritual nuclear de la heterotopía de crisis y desviación que nos ocupa también transcurre y se ubica en un cronotopo. La sala de inyección deviene, pues, un nodo espacio-temporal en el cual los pacientes vivencian el *flash* como un momento eterno y atemporal, a la vez que el espacio subjetivo deviene una atopía, un *anti-lugar*. Desde una perspectiva fenomenológica, la experiencia del tiempo durante este estado de conciencia puede describirse de acuerdo a la concepción dual de dicha dimensión en la Antigua Grecia. En la mitología griega, mientras que Kronos es el dios tirano del tiempo que puede medirse e institucionalizarse, Kayrós es el dios de la experiencia del momento justo, del momento oportuno. Durante el dulce y silencioso lapso opiáceo que envuelve a los pacientes después de la inyección, el tiempo deviene *kayrós*. Pero está destinado a enfrentarse a *Kronos*, el incesante control del tiempo en las diferentes dependencias que componen esta heterotopía. Es así como se refleja en las siguientes palabras de Cristóbal cuando le preguntaba por su “despertar”:

- Parece que vuelvas de la nube de repente. ¡Bum! Abres los ojos, y estás ahí, te ves con la gente.
- Eso cuando te recuerdan que debes respirar, ¿no?
- Ya cuando te dicen que respire, vuelves otra vez a...

Hay un cierto isomorfismo entre nuestra particular topología de la sala de inyección y la que algunos autores han elaborado sobre los espacios de consumo ilegal. Así, Luís Fernandes y Marta Pinto describen dichos enclaves en la periferia de Oporto como intersticios de espacio y tiempo, en los que el silencio y el recogimiento configuran la experiencia íntima de la ansiada inyección:

“Son lugares marginales que habitan el intersticio. Intersticios de espacio, intersticios de tiempo. Son lugares donde parar significa viajar. Lugares de discontinuidad con el frenesí que gira en el lado de fuera. Para la inyección y el

humo se tiene que estar tranquilo, sin algazara ni agitación. Es un momento que tiene que ser apreciado en cada milésima de segundo que lo constituye. // Un interregno de tiempo, de silencio, en el que el sujeto se dobla sobre sí mismo en un silencio autoindagador. Cada consumo es un fin, después de todos los medios utilizados para alcanzarlo. Es, por eso, íntimo, lento, lejano, solitario. No se compagina con interrupciones, ni ruidos, ni miradas furtivas. Mucho menos con los juicios morales de quien pasa” (Fernandes y Pinto, 2003:151–152).

Indudablemente, la pugna entre los dioses del tiempo que se libra en la calle es mucho más encarnizada, y poder escapar de ella ha sido uno de los aspectos más valorados por los pacientes. Pero vemos aquí cómo precisamente por esas condiciones extremas y las vicisitudes para llegar a reunir la dosis requerida, el consumo ilegal puede suponer una mayor recompensa que el consumo garantizado por un aparato institucional, a la vez que, como veíamos, suele gozarse en una intimidad que queda menoscabada bajo la mirada clínica.

Tal como describen los pacientes, durante los momentos de alteración del estado de conciencia, de *kayrós*, el silencio suele hacerse presente en la sala de inyección. Sin embargo, en ocasiones los usuarios mantienen una conversación retardada, que unas veces llega a rozar el surrealismo al sumarse los sucesivos desfases en los discursos de los presentes en la sala, y otras veces acaba convirtiéndose en un pausado monólogo. Así, con cierta frecuencia me he visto participando en varias conversaciones simultáneamente, por un lado con el enfermero que vigilaba y, por otro, con uno o incluso más pacientes, aprovechando la bradialia que seguía a sus inyecciones.

Los usuarios suelen comentar las molestias que a veces les produce la sustancia, generalmente rubor facial, sensación de calor y prurito, siendo frecuente verlos rascarse las piernas o la espalda a los pocos segundos de recibir la dosis. El día que conocí a Vicente, justo después de pincharse me comentó:

- ¿Has visto qué colorao me pongo?
- Sí, pero bueno, en general parece que hoy os están dando picores –contesto.
- Yo es que siempre me pongo rojo.
- Es el rubor facial –explica el enfermero de la sala.
- En la calle eso no me pasaba, pero aquí sí.

La observación de este paciente me llevó a preguntarles a otros compañeros por ese tipo de efectos, que tampoco recordaban haberlos experimentado en sus consumos callejeros, aunque curiosamente no todos se habían percatado de ello y no parecía preocuparles demasiado. Después de encontrarse con este mismo hecho en su visita a una de las

clínicas suizas, Bourgois lo considera como una reacción alérgica a la sustancia medicalizada (2002:263), una vistosa interpretación que he encontrado citada por otros autores para ilustrar su crítica a la visión farmacocéntrica que a veces impera en el campo de las drogas. Sin embargo, como médica debo aclarar que lejos del componente mágico que el antropólogo norteamericano atribuye a las reacciones descritas, éstas consisten en meros efectos fisiológicos periféricos propios de la liberación de histamina y la vasodilatación que desencadenan los opiáceos una vez actúan sobre los receptores diana, tal como podemos encontrar descrito en cualquier tratado de farmacología (ver, p. ej., Gutstein y Akil, 2001; Flórez, 2003; Rang *et al.*, 2004). Incluso, según había observado un enfermero, la aparición de estas reacciones varía con la temperatura ambiental y el momento del día: “Por la tarde les pica más”, lo que nos hizo pensar a los dos que podría estar relacionado con los cambios en la regulación de la vasopresión por el sistema nervioso vegetativo a lo largo del ciclo circadiano. Si este tipo de reacciones son más evidentes en este entorno es precisamente por la pureza de la sustancia que aquí se administra, muy superior a la que suele encontrarse en el mercado ilegal, independientemente de los efectos de tipo subjetivo que el consumo de ésta pueda reportar a los usuarios.

No obstante, ya he señalado que cuando los enfermeros se encargan de vigilar la sala de inyección, permanecen atentos a cualquier reacción no deseada que pueda presentarse para intervenir inmediatamente. De hecho, hay pacientes que tienen mayor predisposición a presentar una sedación y depresión respiratoria más profundas, especialmente cuando han tomado benzodiacepinas y no lo han querido reconocer en la entrevista de cribado. Cuando esto sucede, se les monitoriza a través de un saturímetro mientras se les anima a respirar profundamente para compensar la hipoxemia. Cabe decir que, aunque en ocasiones ha sido necesario administrar oxígeno, nunca se ha presentado una intoxicación que no se haya podido revertir.

En el siguiente capítulo volveré sobre la experiencia de la inyección en el dispositivo, pero abordando la corporalidad desde una perspectiva fenomenológica, con énfasis en la dimensión material de los procesos corporales e identitarios que se articulan en torno a esta tecnología del placer.

El ritual de salida.

Para ilustrar la última etapa dentro de su esquema del sacrificio, Mauss recurre a los rituales sacrificiales de la tradición semítica, hindú, griega y latina. Así, por ejemplo, el antropólogo nos recuerda que el Levítico ordenaba la cremación de los restos de la víctima inmolada, así como la vigilancia de los mismos o su depósito “en sitios especiales protegidos por prohibiciones religiosas” cuando no podían ser destruidos o quedaban inutilizados (Mauss, 1970:190). En la Antigua Grecia “los utensilios que habían servido para el sacrificio eran lavados cuidadosamente, si no eran destruidos” (*Ibid.*, p.199). Aunque sea bajo la racionalidad científica, también en la sala de inyección los residuos producidos durante el ritual, es decir, la jeringuilla y el resto de material utilizado, deben ser gestionados y desechados en contenedores especiales de acuerdo su peligrosidad, en este caso infecciosa. Asimismo, el gesto de lavarse las manos antes de salir y regresar al mundo profano lo encontramos en los rituales referidos por el antropólogo francés.

De nuevo en la sala de observación, el enfermero encargado de vigilar le recuerda a cada paciente el tiempo que debe permanecer allí antes de abandonar el centro, para comprobar su estado de alerta. Los usuarios aceptan de buen grado esta norma, como Miky, que solía decir: “Lo que digáis, si aquí mandáis vosotros”. Una vez transcurrido el margen de seguridad, el enfermero avisa al paciente de que ya puede salir si lo desea y da orden al guarda de seguridad para que le abra la puerta. Sólo en contadas ocasiones algunos usuarios han reaccionado con una sedación más prolongada de esperado. En este caso, por decisión del “comité médico”, como me informó una de las doctoras, el paciente debe permanecer en el centro cuanto los profesionales estimen necesario:

–(...) Incluso hay pacientes que algunas veces se han quedao hasta una hora o dos horas, eh? Hasta...

–Pero, ¿porque ellos han querido, o porque lo habéis dicho vosotros? –le interrumpo.

–No, porque hemos considerao que tenía que quedarse. Hay un nivel mínimo para que el paciente salga en buenas condiciones, y es que tiene que tener un nivel mínimo de alerta. Eso es imprescindible, ¿eh?

A la salida, los usuarios regresan a sus actividades cotidianas. Algunos acuden con prisa a sus puestos de trabajo, intentando evitar un retraso sistemático que pudiera levantar algún tipo de sospecha, mientras que otros pasan a sus ocupaciones informales, por ejemplo, de aparcacoches. Otros se juntan para ir en el coche de un compañero a algún centro de beneficencia donde asearse y tomar un plato caliente. Los más solitarios se marchan a pie o en bicicleta en compañía de sus perros, que a veces los

esperan impacientemente. Para otros su destino habitual es un parque público, donde matan el tiempo con la ayuda de una cerveza, aunque si hace mal tiempo se recogen en sus casas o cuevas. También los hay que regresan con sus familiares en situación de dependencia a los que prestan cuidado. Y hay quienes, en ocasiones, suben al Polígono buscando el complemento a su dosis de heroína.

Las consultas: negociando el riesgo.

A lo largo del recorrido descrito, hemos visto cómo la división del espacio expresa los dominios de poder de los distintos roles sociales dentro de esta institución. A esta secuencia espacio-temporal hay que sumar un segmento más reservado al estamento profesional médico, cuando los usuarios son llamados a la consulta. Aquí, se establece una relación dialógica entre las médicas y los pacientes, en la que ambos tratan cara a cara diversos problemas y situaciones particulares que con frecuencia exceden el campo biomédico. Unas veces las consultas se realizan como parte del proceso de acogida de nuevos pacientes, supervisando los trámites e incluso realizando tareas que rebasan lo clínico y entran en las competencias del trabajo social¹⁸. Sin embargo, generalmente estos encuentros se centran en los ajustes de dosis, a veces con motivo de un incidente o conflicto surgido en la sala de inyección.

Volviendo a la noción de *pharmakon*, aquí la heroína se administra en la dosis necesaria para ejercer el efecto eufórico deseado por cada usuario y cumplir una función terapéutica, sin llegar a sobrepasar el umbral de toxicidad a partir del cual aparecen efectos tales como la sedación y, sobre todo, la hipoxia debido a la depresión respiratoria que producen los opiáceos. Este límite varía en cada paciente y puede sufrir oscilaciones. Por un lado, está sujeto a la percepción de los efectos subjetivos de la sustancia y, por otro, a los signos objetivables de intoxicación. La relatividad de la dosis se vuelve especialmente problemática en aquellos casos en que el umbral de toxicidad se aproxima al umbral terapéutico. Así pues, además de prestar atención a los efectos visibles en los pacientes después de la inyección, incluyendo posibles reacciones de hipersensibilidad, los enfermeros a veces deben monitorizar a los

¹⁸ Hay que señalar que, si bien inicialmente la plantilla incluía una trabajadora social y un psicólogo –muy bien valorados por los pacientes, por cierto–, desde que inicié mi investigación he observado una marcada tendencia a reducir los recursos humanos por parte de la Administración. Así, se ha prescindido de esas dos figuras y de parte del personal sanitario bajo el pretexto de la costoeffectividad –por no hablar de los servicios jurídicos que no llegué a conocer, puesto que se limitaron al periodo del ensayo clínico–, pese a la compleja situación social, afectiva y a veces jurídica de los usuarios.

pacientes con un saturímetro para medir la saturación de oxígeno en la sangre arterial y evitar que los valores registrados desciendan por debajo de una presión de ochenta y cinco por cien milímetros de mercurio. Es el caso de Heaven, la paciente que “amenazaba” con ir al Polígono para compensar la deficiencia de dosis de heroína prescrita, aunque sólo se hubiera reducido en cinco miligramos. Para ilustrar la dinámica en torno a la adecuación de la dosis en este tipo de usuarios, volvamos a la escena que describía más arriba:

Al cabo de unos minutos después de inyectarse, Heaven deja de protestar y se queda dormida en la silla. Debido a su patología de base, presenta con bastante frecuencia depresión respiratoria por efecto del opiáceo, favorecida en esta ocasión por su catarro. Al observar su reacción y algunos signos de cianosis, la enfermera se dispone con rapidez a colocarle el saturímetro. Mientras vigila a la paciente y controla las determinaciones, la anima a que se esfuerce en respirar durante varios minutos, manteniendo la calma pero sin dejar de insistir:

–Respira un poco. No queremos que baje tanto. A ver si deja de pitar. Muy bien, eso es –le dice Ara, la enfermera. Cada vez que la máquina registra varios valores por debajo de ochenta y siete por ciento, emite una señal acústica de alerta.

Al cabo de un rato, la usuaria, con los ojos cerrados, dice con voz queda, ajena a la instrumentación que de pronto ha irrumpido en la tranquilidad cotidiana de la sala:

–Y mi niño gordito también está constipado. El pobrecito, chiquitín –lamenta refiriéndose a su nieto, un bebé.

–Estamos ahora mismo por debajo de noventa, en ochenta y cinco, ¿eh? Entre setenta y cinco y ochenta y cinco. A ver si podemos mantenerlo entre ochenta y cinco-noventa. Intenta hacer una inspiración más potente, que se hinche hasta la tripa. ¡Fuerte, Heaven, muy bien! Venga, otra más. ¡Venga, oxigena esas neuronas!

En relación a otra intoxicación de esta usuaria, que según las profesionales le hizo perder la conciencia, observé que una de las médicas se dirigió a ella para comunicarle la decisión que había tomado acerca del posible ajuste de dosis :

–Te iba a disminuir la dosis un poco. Te noto más tranquila esta tarde.

–Voy a tomar la determinación de ni cerrar los ojos. Si no, me decís que me da sobredosis, si me relajo y tal...–protesta Heaven.

–No, pero te ha costado [reaccionar], hubo que ponerte el saturímetro y oxígeno.

–Nunca ha pasao en tres años y medio. Eso no es una sobredosis –replica la paciente.

–Estamos hablando de una intoxicación.

–El Director que había antes decía que nos dejaran nuestro flash tranquilos. Recojo, cojo mis cosas, y.... Estuvimos un año y medio muy bien, pero ahora esto va de mal en peor.

Con este ejemplo etnográfico me gustaría poner de relieve la diferente percepción del riesgo en los profesionales y los usuarios. De hecho, a pesar de sufrir este tipo de situaciones con relativa frecuencia por los motivos mencionados –o quizá precisamente por ello–, Heaven no suele reconocer los efectos indeseados que le produce la sustancia. Nótese también el diferente uso terminológico de cada rol para referirse a los mismos: mientras que la paciente utiliza la palabra “sobredosis”, una palabra cargada de connotaciones negativas y alarmistas en el imaginario colectivo, la doctora habla de “intoxicación”, una noción que remite a la neutralidad de la que se reviste el saber científico y que modula la gravedad de la alteración del nivel de conciencia por medio de la escala de Glasgow. Paradójicamente, Ara me comentó que Heaven confía mucho en los remedios naturales, que “es muy mística” y que “no le gustan los medicamentos”. Por ejemplo, le daban miedo los efectos secundarios de los corticoides, “porque su médico le había dicho que se podía morir de eso”. La enfermera bromeaba con ella: “Sí, el amoniaco que le ponen a lo que tomas ahí fuera es supernatural”. Asimismo, como revela la última frase de la escena referida, Heaven aprovecha la situación para expresar su disconformidad con la gestión de la dirección del centro en ese momento, y que más tarde me argumentó cuando buscábamos un lugar donde realizarle una entrevista.

No obstante a los criterios objetivos para detectar una intoxicación, también entra en juego la subjetividad del personal sanitario. Una de las veces en que Heaven se quedó dormida tras la inyección y empezó a roncar, le hice un gesto a la enfermera encargada de vigilar la sala para avisarla e interrogarle acerca de la actitud que se debía tomar. La profesional, que se encontraba haciendo una sustitución, me explicó con mucha serenidad que había observado que “cuando [los pacientes] están así, si no se caen para los lados y respiran, no están intoxicados”, por lo que no veía necesario molestarlos durante su *flash*.

Volviendo a los motivos más frecuentes de las consultas, si bien algunos buscan reducir “una rayilla” la dosis o no sobrepasar el límite deseado, es más habitual que los pacientes demanden un incremento de dosis. La transcripción que sigue pretende ilustrar el tipo de encuentro que se produce en la consulta cuando se trata de ajustar la dosis a un nuevo usuario, como Juan Luis, así como solucionar los problemas observados con la técnica de inyección:

- El flash es importante para calcular la dosis. ¿Cuál es tu concepto de colocarte? ¿Qué esperas con la inyección? –le pregunta la doctora.
- Colocarme, irme a gusto –dice el paciente dubitativo, intuyendo que hay una respuesta correcta.

- ¿Qué sensaciones buscas?
–Ponerme más p'allá que p'acá.
–¿Qué sensaciones físicas? –insiste la médica, insatisfecha con las respuesta del paciente.
–No sé explicárselo con mis palabras.
–¿Sensación de adormecimiento?
–Sí. Pero no mucho.
–¿Que notes en el cerebro una sensación de flash que es una sensación muy placentera? ¿Un equilibrio entre adormecido, pero no muy adormecido?
–Sí.
–No hay problema en subirte la dosis porque tienes unos flashes leves –esta vez no parece referirse a la sensación de euforia, sino a la sedación y la depresión respiratoria.
–No me entero –reconoce el paciente.
–Vamos a esperar. Lo habitual es que las personas en el centro empiecen a sentirse bien al cabo de un tiempo. Tu problema de la búsqueda de vena es normal. La técnica de inyección de la calle no es técnica de inyección. Posiblemente no te inyectases en vena, que es lo que yo creo. Hay un proceso para aprender a inyectarse en vena y va a haber muchos errores. Tienes que tener paciencia, tranquilidad y seguridad. La sensación de flash aumentará cuando estés más relajado. Bueno, pues vamos a subir. ¿Algo más?
–¿Cuánto?
–Cien. Pero la dosis no importa tanto. Esto no es una competición de dosis. Para una persona puede ser una dosis determinada... Te noto un poco diferente. A disgusto.
–No, estoy bien.

Estos encuentros podrían interpretarse como un ritual de poder, en la medida en que es la doctora quien decide no sólo cómo debe ser la técnica de la inyección (aunque esta tarea la desarrolla enfermería), desvalorizando en este caso la aprendida en la calle, sino también quien determina la dosis. Así, Rosa, la enfermera, trataba de convencer a El Diablo de que la dosis que le habían prescrito era suficiente: “Es que la dosis no es tuya. Se busca un efecto, pero el médico es quien tiene que garantizar que sea segura”. Poco después, presencié una escena desagradable en la que este mismo paciente comenzó a increpar desde la sala de inyección a la doctora porque no le había aumentado la dosis a la cifra que, según recordaba, habían acordado en una consulta: “¡Me lo había prometido! ¡Esta señora no tiene palabra!”. Preocupada por sus gritos e improperios, ésta llamó al usuario a su despacho para intentar tranquilizarlo y justificar su decisión. Dadas las circunstancias, me pareció apropiado esperar a que El Diablo se marchase para preguntarle a la doctora por la causa que le había traído ese disgusto, en parte también por solidarizarme con ella. Con la voz algo quebrada, me contó que últimamente habían observado en este usuario signos de interacción entre la heroína y su consumo (no reconocido) de benzodiadepinas y alcohol. Sobreponiéndose poco a poco al amparo del discurso institucional, la

médica explicaba así la función de su rol respecto a la decisión sobre la dosis prescrita:

–Hombre, que la última palabra la, somos nosotros quienes decidimos. Si luego tú al salir de aquí quieres ponerte más, ya... coge tu dinero, vete a Polígono, pero ya es un riesgo que tú asumes.

–Hm –asiento.

–Nosotros no vamos a asumir el riesgo de que tú aquí te dé un cebollazo. Es decir, aquí, tú, lo que tú tienes es una inyección segura...

–Hm.

–... de una sustancia, en unas condiciones de asepsia y en unas condiciones médicas, en las que tú no vas a tener ningún problema.

–Hm, hm.

–Eso se, eso es lo que garantiza el, el proyecto.

Sin embargo, hay que destacar que en estos encuentros el poder está modulado a través de estrategias de negociación. Es decir, las médicas buscan alcanzar un consenso con los usuarios en lo relativo a su medicación, a la vez que procuran individualizar y flexibilizar el protocolo, junto con el personal de enfermería, para asegurar un mayor beneficio del programa.

Sistemas de interdicción: estrategias y resistencias.

Ya he comentado la función de las interdicciones relacionadas con la gestión farmacológica en el dispositivo, que el personal sanitario justifica ateniéndose a criterios clínicos. En este apartado me ocuparé, en un sentido más amplio, de las regulaciones de la convivencia y los códigos de conducta que establece la normativa del centro. No obstante, resulta artificioso señalar límites claros entre ambos niveles de regulación, el clínico y el social, puesto que los conflictos que surgen suelen guardar una estrecha relación con la no observancia de las restricciones del consumo externo de sustancias psicotrópicas. Parece, por tanto, más apropiado hablar de un “espectro normativo”, en el que la severidad de las medidas tomadas ante las faltas cometidas opera de acuerdo a un doble gradiente inverso. Es decir, en la ponderación de la gravedad de la falta y la sanción a aplicar, se tiende a conceder menos crédito al componente farmacológico conforme aumenta la gravedad, y se hace prevalecer la responsabilidad y autonomía del paciente.

Siguiendo mi planteamiento general, más allá de la mera descripción, trataré de analizar la función disciplinaria del sistema normativo y, en algunos casos, punitivo, que se aplica en el centro. Una vez más, intentaré no sesgar mi análisis cediendo a la tentación del enfoque disyuntivo que

privilegia el punto de vista de los profesionales o de los pacientes. Por el contrario, me centraré en el encuentro dialógico entre el conjunto de actores sociales, para tratar de discernir y comprender las diferentes racionalidades que entran en juego a la hora de gestionar el riesgo dentro de este espacio clínico.

Así, en las situaciones de conflicto que he presenciado o que me han referido algunos informantes, se ha puesto de relieve el desnivel que suele existir entre los umbrales de riesgo que perciben pacientes y profesionales. Al respecto, me gustaría llamar la atención sobre un aspecto clave en los distintos discursos acerca de las posibles consecuencias de que se presente un efecto adverso grave. Por un lado, la lógica con que los usuarios manejan estas circunstancias se caracteriza por una tendencia liberal e individualista, dispuestos a asumir las consecuencias de sus excesos en el consumo de sustancias, incluso de una posible sobredosificación de heroína, y reivindicando un espacio de negociación del riesgo más amplio. Por el contrario, el personal sanitario trata de justificar el sistema de control y vela por el cumplimiento de la normativa del dispositivo bajo una racionalidad más colectivista y corporativista, ponderando no sólo el riesgo que asume cada paciente, sino el daño que puede suponer un comportamiento inadecuado para el resto de usuarios, los profesionales y la propia institución, que tiene el compromiso de garantizar un tratamiento seguro.

A nivel microsocia, el sistema de penalizaciones dentro de esta heterotopía ha sido uno de los aspectos más polémicos desde que finalizase el ensayo clínico. Aunque con el tiempo se han ido suavizando las diferencias, el equipo investigador y el personal sanitario han mantenido posturas enfrentadas acerca de cómo gestionar el adecuado funcionamiento del dispositivo. La dificultad ha estribado en conjugar los intereses del grupo de usuarios con los del personal sanitario ante posibles situaciones conflictivas, que en los casos más graves han llevado a interponer denuncias (en una ocasión, por ambas partes). Por un lado, los investigadores opinan que la dispensación de heroína, en tanto que tratamiento, debe quedar al margen del sistema de sanciones del centro. Por su parte, los médicos reivindican aplicar su criterio a la hora de prescribir esta sustancia de acuerdo a la situación de cada paciente, aunque ello comporte en algunos casos sustituir temporalmente la administración de heroína por metadona, aduciendo una finalidad terapéutica y disciplinaria. Asimismo, el personal sanitario defiende su derecho a trabajar en unas condiciones de seguridad y libertad, extensibles al grupo de usuarios, sin descartar la medida de la expulsión del programa en casos graves de amenazas y/o agresiones. Estas

circunstancias extremas, aunque no insólitas, plantean un problema bioético, dada la ausencia de otros centros donde se lleve a cabo la prescripción de heroína en el ámbito nacional. Por otra parte, los profesionales recuerdan que la normativa que rige el programa se estableció a partir del ensayo clínico, y hay que reconocer su interés en flexibilizarla conforme el programa ha evolucionado desde su fase experimental. Eso sí, con una variabilidad sujeta al enfoque particular de los distintos directores que han regentado el centro.

No entraré en disquisiciones sobre la pertinencia y la gestión de las medidas disciplinarias que se han aplicado en esta institución. La delicadeza y complejidad del tema obligarían a un riguroso y extenso análisis que se aleja de mi propósito. En primer lugar, desde que se puso en marcha este programa, ha cambiado la configuración de actores sociales. Por un lado, el equipo investigador del ensayo clínico se desintegró parcialmente al finalizar el estudio, quedando el investigador principal y una pequeña parte del equipo al tanto de los estudios de seguimiento coordinados desde la EASP. En cuanto al centro, además de los sucesivos cambios en la dirección, se ha modificado la plantilla, habiéndose prescindido de las figuras profesionales que favorecían la orientación psicosocial del programa, como ya he apuntado anteriormente. No deja de resultar significativa la considerable rotación de profesionales, así como que se haya producido con relativa frecuencia bajas por enfermedad, algunas bastante prolongadas, aunque una reflexión acerca del posible malestar en los profesionales nos llevaría a otro terreno. También hay que tener en cuenta los cambios en la composición del grupo de usuarios, produciéndose algunas bajas y nuevas incorporaciones.

A continuación comentaré cómo es el clima en el que se desarrolla la actividad diaria en el centro, destacando algunos ejemplos etnográficos de los casos más conflictivos que se han producido durante mi investigación. Con ello no pretendo mostrar una relación antagónica y tensa entre profesionales y usuarios, basada en una desconfianza mutua y en intereses irreconciliables. Esa imagen se apartaría de la realidad cotidiana que he observado allí, y no representa los términos en los que habitualmente se produce el encuentro dialógico entre los actores sociales. Lo que me interesa señalar es cómo se produce la problematización de determinadas situaciones que se plantean en este espacio institucional, y los distintos puntos de vista que prevalecen en cada rol, de acuerdo a su posición. Es decir, cómo se establecen los límites de tolerancia de las conductas de los pacientes, y cómo surgen no sólo las resistencias, sino también alianzas entre los dos polos.

Ante todo, hay que decir que durante el trabajo de campo he observado una cotidianidad relativamente tranquila, así como un comportamiento de respeto mutuo entre los distintos actores sociales. Por lo general, los pacientes se prestan de buen grado a realizar los controles que anteceden el ritual de la inyección, a pesar de que en ocasiones pueden vedar el acceso a esa sala, hasta el punto de ser valorados positivamente por quienes desean reducir los consumos externos de sustancias. Es el caso de Miky, que se alegra cada vez que los enfermeros le solicitan un test de orina aleatorio, dado que la acumulación de resultados negativos supone un fuerte estímulo que le anima a conseguir su propósito de disminuir el consumo de cocaína. El hecho de que este usuario acepte esta medida disciplinaria de buen grado, aun conociendo de antemano el resultado (salvando los falsos positivos o negativos), ya que nadie mejor que él sabe de sus actos, no deja de rozar el pensamiento mágico. Pero, a su vez, el valor y credibilidad que concede a esas determinaciones responde a la satisfacción de poder demostrar objetivamente un logro personal a los compañeros y profesionales. Es decir, lejos de suponer una restricción autoritaria, dicha medida de control sirve en este caso de experiencia gratificante que ayuda a reforzar la valoración de sí mismo al usuario. Igualmente, insisto en que los objetivos, como pueda ser la reducción de los consumos externos, son negociados por cada paciente con su enfermero de referencia.

Sin embargo, de vez en cuando se producen conflictos que en ocasiones se saldan con faltas y sanciones de distintos grados. El caso más grave se produjo con anterioridad a mi llegada, cuando se expulsó definitivamente a un usuario que amenazó y agredió un enfermero dentro de la sala de inyección, aunque por suerte no hubo que lamentar daños personales. Ya durante mi estancia en el centro, se ha sancionado a un par de pacientes, que en el caso de Víctor implicó su expulsión temporal en varias ocasiones hasta que se dio definitivamente de baja. Según los profesionales, generalmente las "faltas graves" estaban favorecidas por un estado de agitación debido a un consumo previo de cocaína. En estas circunstancias, el usuario "se ha puesto muy desagradable, con una actitud agresiva", en palabras de José Ángel, llegando a molestar a los compañeros dentro de la sala de inyección. Las amonestaciones por parte de los profesionales no siempre eran bien recibidas por Víctor. El mismo José Ángel fue uno de los enfermeros que le llamó la atención hasta llegar al punto de pedirle que desalojase la sala: "Me faltó al respeto, se puso agresivo y empezó con amenazas". En aquella ocasión, "llegó a las manos con el guarda de seguridad y acabaron en el suelo", de tal manera que el vigilante sufrió una contusión en el hombro que requirió una baja laboral. Aunque la

dirección del centro decidió la expulsión del usuario, su familia intercedió, como ya había hecho en ocasiones similares. El paciente se disculpó por lo sucedido y los profesionales se mostraron de acuerdo en que fuese readmitido, esperando la decisión de FADAIS, aunque consideraban que el proteccionismo al que estaba acostumbrado Víctor le impedía asumir la responsabilidad de sus actos. Finalmente se le ofreció otra oportunidad, pero el paciente la declinó y fue derivado a un programa de metadona.

No obstante, hay que decir que las faltas disciplinarias más habituales son “leves”. Como he anticipado, se descubre un gradiente dentro del sistema de regulaciones que oscila entre el extremo médico-farmacológico y el de la mera convivencia ciudadana, si bien la polaridad de algunas medidas puede llegar a invertirse dependiendo del punto de vista del actor. Así, por ejemplo, dentro de las sanciones más próximas al extremo clínico, se podría incluir la medida de reducir la dosis de heroína cuando el paciente falta. La justificación médica reside en que se asume que el usuario no ha estado consumiendo heroína y ha variado su tolerancia, por lo que se debe ajustar su dosis de menos a más, siguiendo un procedimiento similar a la “inducción”. Si me he atrevido a colocar aquí esta medida es porque se lleva a cabo incluso cuando se ha faltado a un solo turno, lo que suele ocasionar protestas con distintos niveles de resistencia. Otro tipo de sanciones leves son las que se producen cuando ciertos pacientes presentan una excesiva sedación post-inyección que el personal sanitario atribuye a un consumo no controlado ni reconocido de cocaína y benzodiazepinas, previo a la administración la heroína. Volviendo al caso de Víctor, José Ángel me explicaba:

“(…) lo que pasa [es] que como hace [consumos] externos sobre todo de benzodiazepinas, está haciendo de cocaína y de benzos, se queda dormido. No duerme por la noche, luego se toma benzos, no sé qué, en fin... se queda súpersobao. Entonces no es que no salga [de la sala de inyección] porque no quiera, es que no puede. Literalmente se queda sobao, o sea, frito, y se levanta y...”.

Para evitarle al paciente estos “efectos adversos” y continuar la prescripción de heroína dentro de un margen de seguridad, el enfermero me contó que intentaron aconsejarle que evitase los consumos externos, o que al menos los realizase con suficiente antelación (como mínimo una hora) previamente a la inyección de heroína, especialmente de benzodiazepinas. También le comunicaron que, ante las reincidencias de estas reacciones y su habitual negación de los consumos externos, estimado conveniente que entrase él solo a la sala de inyección para poder vigilarlo con más atención y atenderlo de forma exclusiva si fuese necesario. Para ello, establecieron un horario especial de citas, pero Víctor

faltaba con frecuencia. Finalmente, ante la persistencia de sus consumos externos no declarados y la frecuencia de intoxicaciones leves que presentaba, se decidió ofrecerle metadona como tratamiento sustitutivo. Así, según José Ángel, en una reunión entre profesionales se concluyó: “Mientras no diga la verdad, no damos tratamiento [con heroína]”. A pesar de las repetidas conversaciones mantenidas con él, Víctor percibió la aplicación de medida como una sanción, expresando su rechazo mediante un mes de absentismo. Para evitar perjudicarlo, se decidió notificar la suspensión voluntaria del tratamiento como si se tratase de un permiso. Sin embargo, este gesto no sirvió para variar la percepción del paciente. El enfermero me relató que Víctor había sufrido hacía poco más de una semana una sobredosis por un consumo externo que requirió un ingreso hospitalario: “Se presentó en el centro con el suero en la mano”, increpando al personal sanitario por el incidente producido y su estado.

Para los enfermeros, que los pacientes interpreten la suspensión del tratamiento con heroína como un castigo disciplinario se debe a su experiencia vivida en los centros de mantenimiento con metadona (de donde, a su vez, procedían muchos de los médicos que participaron en el ensayo clínico) y demás dispositivos de atención a las drogodependencias. A pesar de reconocer la militancia de estos profesionales en pro de las políticas de reducción de daños, José Ángel criticaba que a la hora de gestionar situaciones conflictivas, algunos médicos seguían un modelo de asistencia autoritario y mecanismos coactivos, de acuerdo a un razonamiento que resumía con estas palabras: “Si no cumples, no te damos metadona y te jodes en la calle”. Así, en su opinión, muchos usuarios presentan una “actitud a la defensiva”, temiendo encontrar aquí la misma lógica. Por su parte, Ara percibía que los pacientes “están hasta los huevos del efecto de puerta giratoria”, y llegan al programa “muy recelosos por lo escaldados que están de los fracasos en tratamientos previos”, y de las estrategias punitivas que solían aplicárseles: “«¡Si ahora te vemos consumiendo, te vas fuera!» ¿Cómo que te vas fuera?”. Sin embargo, José Ángel también me reconocía que algunos de sus propios compañeros no dejan de interpretar estas medidas como si se tratase de un mecanismo para sancionar, oyéndoles de vez en cuando comentarios del tipo: “«Que se vaya a su casa mejor», incluso con cierto rencor”.

Por otro lado, el paternalismo constituye la otra cara de la yatrogenia institucional experimentada por los usuarios a lo largo de sus itinerarios terapéuticos. Así, el psicólogo me comentaba que a menudo tenía la sensación de “estar tratando con niños, aunque algunos tengan más de cincuenta años”. Según él, haber pasado de un extremo a otro, es decir, del castigo al asistencialismo, ha traído consigo que los pacientes tengan

una actitud pedigüeña, insaciable, sólo exigiendo sus derechos sin reconocer sus obligaciones: “Sólo piden y piden, sin esforzarse en conseguir las cosas, porque es a lo que se les ha acostumbrado”. En efecto, estas actitudes se hacían más evidentes en quienes contaban con trayectorias prolongadas, acumulando fracasos en distintas doctrinas terapéuticas (de tipo abstencionista o sustitutivo), pero sobre todo en aquellos que se encontraban en una situación de mayor marginalidad y aún frecuentaban la escena callejera de la droga. Así, por ejemplo, un día El Diablo, uno de los pacientes más “rebeldes”, llegó al centro con una lesión en la mano. Como no dejaba de quejarse por el dolor, la enfermera encargada de la sala de inyección trató de convencerlo para que visitase al médico. En vista de que no parecía muy dispuesto, se ofreció para acompañarlo, a condición de que se asease antes. El Diablo replicó: “Dame dinero pa’ champú, y verás como...”, a lo que ella contestó: “No te doy dinero pa’ champú porque ya tienes tu paga”.

Volviendo a las amonestaciones ante los consumos de determinadas sustancias previos a la inyección, a diferencia de las sanciones por absentismo, el sentido de las primeras reside en que, además suponer un riesgo para el propio paciente y comprometer al personal sanitario, obstaculiza el ritmo de rotación por la sala de inyección. Aunque los enfermeros aplican con celo el protocolo de cribado para garantizar una inyección segura, José Ángel me reconocía que a veces resulta especialmente conflictivo no “dejar pasar” a determinados pacientes (nunca se ha producido este conflicto con tal intensidad en el caso de las usuarias) que no lo encajan bien, y con sus acaloradas protestas consiguen que algunos enfermeros se sientan intimidados y “hagan la vista gorda”, permitiéndoles el acceso a la sala de inyección. Así ocurrió de nuevo con Víctor en una de las veces en que acudió al centro bajo los efectos de un consumo reciente de cocaína, como me relataba José Ángel cuando conversábamos una tarde en la sala de inyección:

–Eh, [este] es el paciente que tenemos más descontrolado. Con consumos de coca, de benzos, de revuelto... Follones, derivaos de otros consumos claramente, se mete con el coche en el desfiladero, ha tenido broncas con los guardas jurados de aquí y casi llega a las manos con ellos, en este caso conmigo; porque... hay alguna gente de aquí que le tiene miedo –esto no te lo pueden decir los demás [profesionales]–, le tiene miedo. Y se hacen muchas veces los locos, yo lo he visto. (...) Yo eso no lo veo justo, si tengo miedo me quito de mi trabajo y punto, me dedico a otra cosa y ya está. Además yo se lo digo bien [al paciente]. (...) [el comportamiento de Víctor] fue una falta... grave, sí. Lo que pasa (...) yo en la reunión dije, mira, salvo que el resto [de compañeros] se vea perjudicado por lo que yo [voy a proponer]... Si hay alguien que dice: “No, mira no, porque a mí también me perjudica, porque a mí también me lo puede volver a hacer”. Yo no quiero presentar esto como una falta porque considero que esa actuación, como lo que ha ocurrido esta mañana que estaba adormilao, no es por su mala...

–Mala fe.

–... mala fe. Lo hace porque está intoxicado: o porque está muy dormido, o porque está pasao de cocaína. Entonces, lo que tienes que hacer es que no entre. O sea, si viene así no puede entrar a la inyección, porque...

–Claro, no pasa el filtro inicial.

–Exactamente. Para eso hay un filtro: “Tío, tú vienes intoxicado, vienes eufórico perdido, vienes alterado, nervioso... pues tú no puedes pasar. No puedes pasar. Te esperas a que se te pase, y si no se te pasa te tienen que advertir: Pasas, pero...”.

Hay que decir que la escena anterior contrasta con la actitud habitual de Víctor, que solía mostrarse cariñoso con sus compañeros y profesionales, siendo muy apreciado por todos. De hecho, sólo después de conocer estos episodios, empecé a explicarme su constante interés, entre broma y broma, en tratar de conocer qué concepto tenía yo de él y, a su vez, cuestionar su imagen de paciente consuetudinario:

–¿Cómo me ves?

–Yo bien.

–Es que a algunos les doy miedo.

El mismo José Ángel, con quien tuvo el conflicto, me reconocía el afecto que siente por él y se enorgullecía de su mejoría desde que inició su tratamiento con heroína. Sin embargo, lamentaba su actitud defensiva y acusatoria frente a los apercibimientos que en ocasiones recibía de los profesionales:

“Él tiene una defensa: siempre que alguien le llama la atención con algo y que él prevé una sanción, dice que se le ha maltratado. El otro día me tocó a mí, otro día le tocó a ... [una doctora], la otra vez le tocó a [otra compañera]... en fin (...) Hay pacientes que llevan muy mal las llamadas de atención, que son muy sensibles, porque han sido personas maltratadas”.

Según el profesional, Víctor reiteraba su versión de lo sucedido para tratar de hacer sus reivindicaciones, aprovechando siempre su ausencia. Un día, cansado de la situación y sabiendo que contaba con tres testigos más, José Ángel lo animó a que lo denunciase para concederle al menos una oportunidad para defenderse. En vista de que el paciente mantenía su táctica, pero sin atreverse a denunciarlo, el enfermero le advirtió que la próxima vez que supiese que lo había difamado a sus espaldas, sería él quien lo denunciase. Al parecer resultó eficaz: “Después de aquello, no volvió a repetirlo”.

Para aportar una perspectiva comparada de la dialéctica observada en este dispositivo clínico, me referiré a los trabajos de dos antropólogas que se han focalizado en analizar las apariencias y distorsiones de la “verdad” según las diferentes lógicas de actores sociales pertenecientes a dos ámbitos sanitarios diferentes. Por un lado, Ana Ning, durante su trabajo

de campo en una clínica de mantenimiento con metadona en Toronto, Canadá, observó tanto en los profesionales como en los pacientes ciertas prácticas de poder que, por su ambigüedad y contradicción con los discursos institucionales, identificaba como ‘juegos de verdad’ (Foucault, 1987) y ‘tácticas’ (de Certeau, 1980). Para empezar, cabe precisar que por ‘juego’ el primer filósofo entiende “an ensemble of rules for the production of the truth (...) it is an ensemble of procedures which lead to a certain result, which can be considered in function of its principles and its rules of procedures, as valid or not, as winner or loser” (Foucault, 1987a: 127). La antropóloga interpreta este concepto más allá de la tradicional oposición binaria entre poder disciplinario y resistencia, poniendo su atención en las prácticas individuales que desafían las ideologías dominantes en la clínica. Para esta tarea, se sirve del concepto de ‘táctica’, que se define en oposición a la “estrategia”. Si, como ya he apuntado más arriba, esta última noción se refiere al lugar donde el poder ejerce su dominación, por el contrario, la “táctica es un arte del débil” que consiste en:

“la acción calculada que determina la ausencia de un lugar propio (...) Las tácticas son procedimientos que valen por la pertinencia que dan al tiempo: en las circunstancias que el instante preciso de una intervención transforma en situación favorable, en la rapidez de movimientos que cambian la organización del espacio, en las relaciones entre momentos sucesivos de una "jugarreta", en los cruzamientos posibles de duraciones y de ritmos heterogéneos, etcétera” (de Certeau, 2000:43-45).

Según este filósofo, los “débiles”, de forma oportunista, aprovechan los mismos procedimientos que establece el poder para satisfacer sus propios fines, a través de “prácticas del desvío” como el “escamoteo”¹⁹. Ning proporciona algunos ejemplos etnográficos de estos juegos de verdad y tácticas de algunos usuarios en la clínica, como una tentativa de suicidio (aparentemente para conseguir la dosis de metadona deseada), la

¹⁹ “Este fenómeno se generaliza por todas partes aun si los ejecutivos lo penalizan o "se hacen de la vista gorda" para no ver nada. Acusado de robar, de recuperar material para provecho propio y de usar las maquina por cuenta propia, el trabajador que "escamotea" sustrae de la fábrica el tiempo (más que los bienes, pues sólo utiliza desechos) con el propósito de llevar a cabo un trabajo libre, creativo y precisamente sin ganancia. En los lugares mismos donde impera la máquina a la cual debe servir, el trabajador se las ingenia para darse el placer de inventar productos gratuitos destinados únicamente a expresar, por medio de su *obra*, una pericia propia y a responder, por medio de un *gasto*, a las solidaridades obreras o familiares. Con la complicidad de otros trabajadores (...), hace "jugadas" en el campo del orden construido (...) El orden efectivo de las cosas es justamente lo que las tácticas "populares" aprovechan para sus propios fines, sin ilusiones de que vaya a cambiar de pronto. Mientras sea explotado por un poder dominante, o simplemente negado por un discurso ideológico, aquí el orden *es engañado en juego* por un arte. En la institución de que se trate, se insinúan así un estilo de intercambios sociales, un estilo de invenciones técnicas y un estilo de resistencia moral (...)" (de Certeau, 2000:30-31).

delación de compraventa ilegal de psicofármacos (para ganar la aprobación y el afecto de los profesionales), o el cambio de códigos de vestimenta para las entrevistas con representantes institucionales (jueces, oficiales de libertad condicional, trabajadores de servicios sociales que ostentan la custodia de sus hijos, etc.). Así, ‘chantajes’, ‘chivatazos’, ‘puñaladas traperas’, ‘chismorreos’ y ‘perruques’ son manifestaciones de lo que Ning entiende por ‘complicidad’, es decir, “a duplicitous act with the appearance of conformity –a diversionary tactic resembling (...) “la perruque” (De Certeau, 1984)– that actually subverts ends as defined by decision-making powers and attempts to convert them to the needs of the disenfranchised” (2005:351). Pero si bien las tácticas pueden considerarse actos de resistencia, quizá la mayor contradicción que plantean reside en que éstas no dejan de constituir un acervo de mecanismos de control social, al tiempo que refuerzan los valores que establece el discurso dominante –a través de la distinción entre buen y mal paciente (“good” y “bad clients” o “winners” y “losers” según Ning, 2005:365 y 370), en última instancia, entre el ‘nosotros’ y ‘los otros’–, independientemente de que lo que se pretenda sea precisamente una reinversión de estos roles. Hay que matizar que, si bien la clínica de metadona estudiada por esta antropóloga plantea disyuntivas similares a las que he observado en nuestra heterotopía –que también son extensibles al personal sanitario, dado que sus prácticas a veces escapan de la rigidez del discurso institucional– se trata de estrategias de poder con una teleología casi opuesta, dada la búsqueda de la abstinencia en el caso de la clínica canadiense.

Por otro lado, en su obra *La relation médecins-malades: information et mensonge* (2006), Fainzang realiza un estudio antropológico sobre las lógicas y los mecanismos que operan en el intercambio de información entre médicos y pacientes en los servicios de oncología y de medicina interna de un hospital. La autora concluye que:

“en tant que relation sociale, la relation thérapeutique contient inévitablement de la collaboration et de la complicité, mais aussi de conflit, de la crainte ou de la compétition. À l’intérieur de cette relation, chacun gère sa parole et s’interroge sur les paroles de l’autre, et chacun cherche à acquérir un pouvoir à travers l’usage qu’il en fera. Dès lors, le mensonge apparaît comme partie intégrante de la relation thérapeutique comme de toute relation sociale, mais suivant des mécanismes et des modalités qui lui sont spécifiques” (Fainzang, 2006:148).

Como ocurría con las tácticas, esta antropóloga percibe en las justificaciones que obtiene de los informantes acerca de lo que dicen o silencian que “l’information et le mensonge prennent valeur de stratégies pour les acteurs” (*Ibid.*, p.148). Así, partiendo de la asimetría de roles entre médicos y pacientes y el conflicto de valores que surge entre ambas

partes, la práctica de la mentira sirve como mecanismo encubierto de poder y resistencia (*Ibid.*, p.150).

En la línea de las cuestiones que discuten estas dos antropólogas, numerosos autores sostienen que, dentro de los paradigmas convencionales del tratamiento de las drogodependencias, se ha representado a los usuarios de drogas como individuos sin dominio de sí mismos, mentirosos y manipuladores (Feldman, 1968; Imhof *et al.*, 1983; Merrill *et al.*, 2002, Albertín, 2003:156; Ning, 2005). A continuación, traeré a colación tres situaciones que presencié en la sala de inyección durante dos jornadas consecutivas, para ilustrar etnográficamente cómo surge este tipo de valoraciones del comportamiento de los usuarios y representaciones de su subjetividad. Incluiré algunos extractos de los diálogos recogidos en mis notas de campo con el fin de enfatizar la dialéctica de lógicas y perspectivas inherente a los procesos de interacción entre los diferentes actores sociales según la posición estratégica que ocupan en este espacio institucional, así como el modo de gestionar la confrontación roles, especialmente por parte de los profesionales.

Las escenas que he seleccionado están protagonizadas por Heaven, que en ese momento contaba cuarenta y dos años, y está considerada por los profesionales como una de las pacientes más “manipuladoras”. Cabe señalar que durante la semana previa a este episodio, la usuaria había estado recibiendo metadona en lugar de heroína por haber sufrido una depresión respiratoria severa en la sala de inyección después de administrarse su dosis, que los profesionales atribuyeron a su enfermedad pulmonar obstructiva crónica por su hábito de inhalar y fumar cocaína, así como a la falta de sueño. La decisión de sustituir la dosis de heroína por la equivalente de metadona no fue bien recibida por Heaven, por lo que últimamente mantenía una actitud de resentimiento con los profesionales.

25/04/2007. Es mediodía y ya han pasado por el centro casi todos los pacientes de la mañana para recibir su dosis matutina, aglutinándose la mayoría en las primeras horas. Me encuentro en la sala de inyección sentada junto a Rosa, la enfermera de turno, esperando a Heaven, la única paciente que falta por llegar. Esta usuaria es de las pocas que prefiere encontrar un ambiente más tranquilo a la hora de inyectarse, aunque tenga que retrasar ese momento. Sobre la doce, entra en la sala de inyección. A verme allí me saluda con cordialidad, pero la percibo más seria que de costumbre. Sin hacer el menor comentario, se lava las manos y recoge el vasito de plástico que contiene su jeringa cargada, un algodón y una tirita en el control de enfermería, que comunica con la sala de inyección. A continuación, se dirige con su paso característico, ligeramente tambaleante, a coger su compresor, que está colocado sobre una balda junto a los de los demás pacientes. Como siempre, se sienta al fondo de la mesa de inyección, en el extremo más alejado de la mesa de enfermería donde me encuentro tomando mis

notas, para procurarse algo de intimidad, dentro de las limitaciones que impone el entorno clínico. Deja el mantelito de papel y el material de inyección sobre la mesa y coloca una silla frente a su asiento para apoyar el pie, dado que suele inyectarse en el tobillo. Al intentar ajustarse el compresor, Heaven rompe su mutismo para quejarse a la enfermera de que los últimos que ha adquirido el centro no son lo suficientemente elásticos como para presionarle la extremidad:

- No me aprieta el compresor, para nada.
- Tú necesitas ponértelo bien sin doblarlo tanto.
- Es hacerlo doble o comprarme un compresor fuera, que será lo que tenga que hacer. Lo estiro o se rompe. Da de sí.
- Pues mañana lo vemos.
- Si llevo tiempo diciéndolo. Además es que se ve. Soy toda hueso, tengo que apretar ahí.

En efecto, según he podido observar, el cambio de material no ha sido del agrado de los pacientes. Pero la reacción de Heaven contrasta con la tolerancia que han mostrado sus compañeros. Cuando le pregunto a Rosa por las dificultades que parece encontrar la usuaria con la goma, me dice que ya ha roto varios de los últimos compresores que han llevado. A continuación, se levanta para revisar la dosis que acaba de recoger la paciente. “¿Ciento veinte?”, murmura extrañada al comprobar que la dosis cargada en la jeringa es superior a la anotada en el vasito que contiene el material de inyección. Aunque parece concentrada en la tarea de ajustarse el compresor, a la usuaria no le pasa desapercibida la actitud recelosa de la enfermera, y se apresura a aclararle:

- Sí. [La doctora] me había subido diez [miligramos].
- Yo lo pregunto.
- Gracias.

Así pues, Rosa se dirige al control de enfermería, y le pide a su compañera que avise a la médica para cerciorarse de que la dosis es correcta:

- ¿Le has subido a [la paciente]?
- Sí, lleva ciento veinte [miligramos] –confirma la doctora.
- Pues no venía apuntado en el vasito.

Dado que Heaven no parece haberse acostumbrado a los nuevos compresores, y en vista de sus protestas reiteradas, Rosa se levanta para buscar a José Ángel, que se había ofrecido para dar algunas recomendaciones a esta paciente sobre el uso de este material. Mientras tanto, pasa otra compañera a vigilar la sala. A su regreso, Rosa le comunica a la usuaria que su compañero está ocupado en ese momento, pero que si no puede hoy, la atenderá al día siguiente. En vista de la escasa receptividad de Heaven, que apenas asiente al comentario, la enfermera considera oportuno reservar los consejos para otro momento.

La distancia que media entre el sitio que ocupa la paciente y la mesa de enfermería no me permite ver los detalles de sus gestos, pero parece que se las ha apañado para ajustarse el compresor e inyectarse sin necesidad de pedir ayuda. A los pocos minutos, observo que ha cerrado los ojos y pronto empieza a roncar. Rosa se le acerca para preguntarle cómo se encuentra y evaluar su nivel de conciencia:

- Heaven, ¿estás bien?

–No pasa nada. No me muero –responde con sequedad.

La usuaria parece sumida en un sueño profundo. Sin embargo, cuando le avisan de los minutos que lleva en la sala después de la inyección, despierta con brusquedad y se apresura a recoger el material. Al verla reaccionar tan nerviosa, la enfermera trata de tranquilizarla, diciéndole que aún dispone de tiempo suficiente para seguir en la sala.

Al cabo de un rato, se presenta José Ángel. Su llegada y el tono que usa para hablar rompen el estatismo que se había instalado en la sala y parecen refrescar el ambiente. Con diligencia, se dirige hacia Heaven y, con mucha paciencia y mimo, le explica la técnica para anudar la goma y evitar su rotura. Como alternativa al nudo tradicional, le indica la opción de ajustárselo al hombro si se inyecta en los brazos, aunque he de decir que todavía no he visto a esta paciente inyectarse en otro punto distinto del tobillo. En vista del aspecto de su compresor, observa: “El tuyo está muy estirado, porque estás acostumbrada a los viejos. Pero pediremos nuevos”. Simplemente con este comentario, José Ángel consigue restarle importancia al asunto, al tiempo que se sitúa en el punto de vista de la paciente y, a diferencia de sus compañeras, incluso reconoce que lleva en parte razón. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, Heaven permanece adormilada, sin prestar aparentemente atención a los consejos.

Con cierta curiosidad, observo el resto de compresores que hay colocados sobre la balda y me percató de que no todos son iguales: los hay como el que está usando Heaven, de color azul y aspecto más rígido, y otros de color marrón, como de goma, con apariencia más elástica. Le pregunto al enfermero por estas diferencias y me explica que los compresores marrones tensan más la piel, pero que no por ello son más efectivos para presionar la vena, aunque los pacientes están acostumbrados a éstos y tienen la percepción de que les aprietan más. Antes de volver a sus tareas, se ofrece de nuevo para ayudar a la usuaria cuando lo necesite.

Cuando le avisan de que ha llegado el momento de abandonar la sala, Heaven desecha la jeringa en uno de los contenedores de residuos sanitarios que hay en el centro de la mesa, y hace una bola con el mantelito de papel, envolviendo el resto de la parafernalia de la inyección. Tira los desechos a la basura, se lava las manos y, sin abandonar su gesto serio, se despide de nosotras. Al quedarnos de nuevo solas las enfermeras y yo, Rosa comenta: “Bueno, el flash de Heaven ha sido más intenso. No sé si la intervención de José Ángel ha servido de algo, porque yo creo que no...”. Al seguir conversando sobre el incidente, la enfermera me dice que hay otra paciente que está tan delgada como Heaven y nunca se ha quejado del compresor ni se le ha roto.

Ya al final de la jornada, en la sala de espera el personal comenta la actitud observada en la usuaria, como suelen hacer cuando se presenta alguna situación conflictiva o detectan algún problema con un paciente. Rosa considera que el motivo de su comportamiento es que “está enfadada”, y que “ahora la ha tomado con los compresores, pero mañana será otra cosa”. El resto de compañeros asienten, aunque advierto diferencias de actitud en cada uno de ellos a la hora de reprobar la conducta de Heaven.

26/04/2007. Mañana. Heaven llega al centro sobre la misma hora que el día anterior, manteniendo su actitud de resistencia pasiva para mostrar su

descontento con el personal. En la sala de inyección, mientras realiza el cortejo de gestos que componen su ritual, le pregunto con naturalidad si ha resuelto ya su problema con el compresor. Me contesta con resignación que tiene que ponérselo con doble vuelta y que si no traen nuevos, deberá comprarse uno.

Se me hace incómoda la tensión que se respira en el ambiente y, aunque no veo predisposición en la paciente para colaborar, le propongo realizarle una entrevista a la salida, con más esperanza de levantarle el ánimo, dado que guarda buen recuerdo de nuestra anterior conversación, que de que me acepte la proposición:

- Heaven, ¿te importaría que te hiciese luego una entrevista?
- Claro que no, ya te he dicho que cuentas conmigo para lo que necesites. Lo que pasa es que van a venir a recogerme, así que lo dejamos para esta tarde.
- Vale, ¿a qué hora?
- A las cuatro y media o cinco, cuando haya menos gente.
- Vale. Podemos ir a una cafetería a tomar algo, a merendar, si te parece bien –le digo para restarle solemnidad a la entrevista y animarla.
- Sí, sí.

Tarde. Este mismo día vuelvo al centro con la remota esperanza de entrevistar a Heaven, ya que sería una buena oportunidad para conocer su versión sobre el acontecimiento producido recientemente y contrastarla con los puntos de vista de los profesionales, escuchando sus argumentos “en caliente”. Sin embargo, la actitud que observo en ella parece confirmar mis sospechas, ya que sigue seria y los pocos comentarios que intercambia con sus compañeros sólo denotan pesimismo. Para no tirar la toalla, justo antes de salir de la sala, le pregunto si le apetece que merendemos en una cafetería para hacerle la entrevista, pero se excusa diciendo que no está de humor ese día.

Al acabar los turnos de inyección del resto de pacientes, le cuento a la enfermera que vigila esa tarde la sala, acaso con una intención provocadora, mi plan frustrado. Sin extrañarse de lo ocurrido, me contesta que: “Heaven promete mucho, pero luego no hace nada”, y vuelve a insistir en que es una paciente “muy manipuladora”. Como ejemplo, cuenta que a veces “trata de engañar fingiendo que tiene mono” en las entrevistas para evaluar su estado antes de recibir su dosis de heroína, aunque sólo da cuenta de síntomas subjetivos, sin presentar signos como piloerección, sudoración, bostezos, ni tomar siquiera la precaución de llegar a primera hora, como hace la mayoría de sus compañeros. Al parecer, cuando los enfermeros empezaron a cuestionar el síndrome de abstinencia que Heaven refería, empezó a madrugar para llegar antes y a fingir rinorrea para hacer más verosímil su cortejo vegetativo. También me dice que es de las pacientes que sólo reconocen que ha realizado consumos externos cuando les toca hacerse los tests aleatorios. Luego, coincidiendo con el comentario de su compañera el día anterior, dice que: “Heaven le echa la culpa a todo el mundo de lo que le pasa”, sin asumir ninguna responsabilidad. “Ella es perfecta”, dice con ironía. El relato de la enfermera me hace evocar un comentario del Director del centro acerca de la preocupación de Heaven por que no le rebajasen la dosis de metadona²⁰. El médico sospechaba que la paciente estaba vendiendo los comprimidos de metadona que recibía en el centro a un comprador fijo.

²⁰ Recordemos que los recursos asistenciales del programa no son suficientes para incluir la administración de la dosis nocturna de heroína que correspondería, por lo que se proporciona un comprimido de metadona como tratamiento sustitutivo de esa dosis en el turno de tarde.

Por último, la enfermera me pregunta abiertamente por el motivo de mi interés en esta usuaria en particular, dando a entender que es absurdo pretender su colaboración y obtener un testimonio verdadero. En su lugar, me aconseja que entreviste a las otras dos pacientes, si lo que me interesa es conocer el discurso de las mujeres.

También he observado una tendencia en ciertos usuarios a invertir las relaciones de poder, en una suerte de juego falaz de roles. En ocasiones, cuando veían frustrados sus deseos o demandas, reprochaban a los profesionales que, en última instancia, les debían a ellos su puesto de trabajo, una argumentación a la que ya me referido más arriba. Sin embargo, por lo general este razonamiento sólo lo expresaban abiertamente en las entrevistas en profundidad.

Así pues, la lógica asistencial de este dispositivo terapéutico y, a su vez, de reducción de daños propicia juegos de poder (Foucault, 1980) entre los distintos actores sociales. En esta confrontación de roles y posiciones, los profesionales se esfuerzan por gestionar las situaciones conflictivas para no dejar de proporcionar ayuda y consejo a los pacientes. Pero al mismo tiempo, algunos médicos y enfermeros no dejan de reproducir estereotipos acerca del colectivo de usuarios de drogas, mostrando en ocasiones una actitud ambivalente, que se debate entre el esfuerzo por sobreponerse a las actitudes de descontento, y en ocasiones beligerantes, de los pacientes e inculcarles los valores y la lógica del discurso experto. Así por ejemplo, en una entrevista Tete consideraba que el personal sanitario del campo de las drogodependencias debía tener una predisposición especial para relacionarse y colaborar con el colectivo de usuarios. Pero, a su vez, criticaba que los profesionales los considerasen “más difíciles”, cayendo en los prejuicios que suelen proyectarse sobre el colectivo de usuarios:

–¿Por qué, por qué crees tú que no, que no todo el mundo sabe trataros...? –le pregunto.

–No lo sé. Pos yo qué sé, por la manera, de decir las cosas, de tomarte las cosas... Eso se ve, ¿no? Eso, no sé cómo te lo explicaría, eso lo ves, si tienen interés o sí, o ves un mínimo de preocupación, ¿sabes? Porque ves que alguno que está trabajando, y es su trabajo, vale, pero, él va a su trabajo como si fuera a una fábrica, ¿no?, va y... la verdad es que... hace las cosas con, con mala gana, ¿sabes?, eso lo notas, cuando una persona... lo está haciendo con mala gana, su trabajo.

–Hmm.

–¿Pero por qué crees que sois pacientes más complicados que otros?

–Es según ellos, piensan ellos, que somos más difíciles. Eso, ya te digo, eso es... la persona de cada uno.

–Hmm.

–¿Sabes? Porque yo creo que, hay veces que... a lo mejor somos mejores que otros. Eh... las apariencias engañan, es lo que digo yo, ¿no?

- Hmm.
–Pero la gente estamos... acostumbraos ya a, ¿cómo se dice? a... a clasificar, ¿no?
a la gente.
–Hmm.
–Y todos, yo lo que pienso, y todos nos podemos ir a la mierda.
–Hmm.
–Seas drogadicto o seas médico.
–Hmm. Claro.
–¿Sabes? Tienes que querer un poco de tratar de la gente, tampoco somos
asesinos, ni pollas.
–Claro.
–¡Hasta con asesinos podemos hablar!, ¿sabes?
–Hmm.
–Y después un asesino... un abogado... [resulta] que es un, que es una pasada, que
es un asesino, ¿sabes? Eso nunca lo sabes. Yo pienso que es así.

Reflexividad y reciprocidades en las tácticas y los juegos de roles.

A pesar de que el mantenimiento de este tipo de conductas o “tácticas” por parte de algunos pacientes refuerza la imagen estereotipada de los usuarios de drogas como sujetos manipuladores en este gremio, algunos profesionales del centro son conscientes del origen de estas conductas, hasta el punto de reconocerse responsables. José Ángel, en alusión a los programas de metadona, me decía: “Les hemos hecho manipuladores; les hemos hecho así para conseguir la sustancia”. A su vez, observaba que a la hora de expresar sus reivindicaciones, “cuando les interesa, son enfermos, y otras veces, «yo soy un tío normal». Todos lo han hecho en algún momento”.

Pero la auto-reflexividad acerca de las conductas de resistencia o tácticas también se da entre los propios pacientes. A ello contribuye la gran heterogeneidad de actitudes entre éstos, con niveles educativos, estratos sociales y niveles de integración social muy diversos. Incluso los hay que critican los enfrentamientos y comportamientos rebeldes de sus compañeros, como Miky:

- De vez en cuando hay conatos de insub... mmm...
–¿Insurgencias?
–Sí, pero mu poquillo, mu poquillo, mu poquillo. Es un sitio mu bonico. Ya te digo, de vez en cuando hay un poco de niñaterío, pero...

Más allá de la denostada y común representación de los usuarios de drogas como sujetos conflictivos y mentirosos, José Ángel se refería al modo de protestar de algunos pacientes como un rasgo de la cultura popular vernácula:

–Mira, cuando estudiamos el carácter de ellos aquí y decimos: “Joder, cómo son los pacientes de aquí, la gente, las personas que vienen aquí a recibir su tratamiento, su atención, su tal... vale. Fíjate qué prontos tienen. Pero es que eso no es porque sean heroinómanos, es que es cultural de aquí. Es decir, eso lo he visto montar en un autobús, lo he visto montar en una tienda, a otras personas, o sea, a personas que no tienen nada que ver con esto.

–Te refieres “cultural” de aquí...

–De Granada –decimos al unísono– por lo menos de determinadas partes, de determinadas zonas. Vicente no monta esos pollos, y es heroinómano igual. Y hay gente que consume cocaína igual: el último paciente que ha estado aquí –que tampoco es de Granada– dice: “Yo consumo cocaína”. Él tampoco.

–Es educacional, quieres decir.

–Sí, una parte educacional y otra parte de cómo se resuelven los conflictos. Luego, gritan... La gente aquí se queja de todo: “¡Ah, que no sé qué, y te voy a denunciar, y te voy...!” Y luego no ponen una hoja de reclamaciones. Y aquí lo mismo.

Por otro lado, hay que advertir la multiplicidad de ideologías sobre la problematización y gestión de las drogodependencias, así como la variada procedencia institucional y formación curricular entre el personal sanitario. Esta diversidad ideológica se traduce en una cierta polisemia de la reducción de daños que aquí se predica, como es habitual en este tipo de intervenciones (Lowell, 2001:312; Nadelman, 2004:38). Así, el psicólogo que trabajó en el centro durante mi primera estancia, criticaba la falta de unificación de criterios dentro del equipo clínico, que llevaba a transmitir distintos mensajes a los pacientes. No obstante, los profesionales destacan que muchas medidas de organización se han establecido de forma consensuada tanto entre ellos como con los usuarios.

Quizá la principal manifestación de convergencia entre estrategias y tácticas, y que a su vez sirve para mostrar las paradójicas coordenadas en las que se incardina esta heterotopía, sea el surgimiento de alianzas que en ocasiones llegan a prevalecer por encima de las relaciones de oposición entre roles. En última instancia, si antes he apuntado que la relación que definiría el colectivo yonqui en tanto “manada”, según Deleuze y Guattari (2008) es de alianza, también lo es la que se traba entre esta suerte de ‘devenires’ y los profesionales del centro de acuerdo a la posición liminar que ambos grupos comparten. A modo de ejemplo etnográfico, citaré las advertencias de Adri a los enfermeros encargados de evaluar el estado de los pacientes que llegan acerca de sus posibles consumos recientes de benzodiazepinas y cocaína. Hay que precisar que esta conducta no debe interpretarse como una acusación para obtener algún tipo de recompensa particular, sino como un gesto de preocupación por un compañero al que la paciente aprecia especialmente. Pero descubrimos una intención

añadida. Así, en relación a la medida que se tomó después de que Víctor irrumpiese en el centro reprochándole al personal sanitario su ingreso hospitalario por una intoxicación externa, cuando se decidió sustituir su tratamiento de heroína por metadona, fueron varios los usuarios que “felicitaron” a los profesionales por haber tomado esta estrategia cautelara, aunque esta sustancia no suele ser de su agrado. En cuanto a la expulsión de la sala de inyección por su comportamiento agresivo y descontrolado, un paciente manifestaba más tarde que, de no haber procedido así el enfermero, le habría arrojado a Víctor el contenedor de agujas. En otra ocasión, tirándose un farol, otro usuario amenazó a un nuevo compañero que no solía reconocer sus consumos recientes antes de la inyección con que, si seguía así, algún día encontrarían su cuerpo en el río Genil. Es decir, la lógica y el interés de estos pacientes coincidía con la del personal sanitario al interpretar que las medidas disciplinarias están dirigidas a evitar que se produzcan intoxicaciones graves o situaciones de violencia con riesgo de accidentes que podrían tener consecuencias nefastas no sólo para los profesionales responsables, sino para la continuidad del propio programa. Una intervención que para la mayoría de los pacientes resulta imprescindible para mantener o intentar mejorar su situación y no están dispuestos a que les arrebaten esta oportunidad por el comportamiento desaprensivo de un paciente.

Por otra parte, hay que decir que este razonamiento no puede generalizarse a todos los pacientes. Así, observé la reacción opuesta en Rubén, que entró en estado de hiperexcitación por un consumo reciente de cocaína a la sala de inyección, donde se encontraba Víctor. El recién llegado empezó a soliviantar a sus compañeros con comentarios críticos hacia las normas del centro y lamentando “el trato que le dieron a ese chaval, y a mí...”. El aludido aprovechó para volver a quejarse de lo sucedido, según él, sólo por haber salpicado a Heaven –también presente en la sala– mientras se secaba las manos: “Por lavarme la cara y hacer así (...) Vino mi padre a ver quién ha tocao a mi hijo”. A continuación, Rubén criticó el supuesto trato discriminatorio del personal sanitario, arguyendo que había pacientes que se quedaban dormidos después de la inyección a quienes que nunca se les llamaba la atención. Tras referirse a varios de sus compañeros, añadió por preterición: “Y no me gusta decir nombres”. Ambos usuarios trataron de que Heaven se sumara a sus reivindicaciones, a lo que ella contestó entre impasible y cautelosa:

- Déjalo, que no quiero hablar.
- Lo mismo que yo, que he dao la cara por más de uno –insistía Rubén.
- Lleva mucho cuidadito con dar la cara.

Pero lo que me interesa destacar con los ejemplos referidos sobre la convergencia de tácticas y estrategias que he observado en un grupo de pacientes es que, lejos de tratarse de anécdotas aisladas, surgen como mecanismos internos de resistencia frente a un espacio hegemónico hostil a este emplazamiento. Volviendo a mi descripción inicial de esta heterotopía, la situación de liminaridad del dispositivo lleva a pacientes y profesionales a establecer relaciones de cooperación, más allá de los posibles enfrentamientos entre roles, produciéndose una sinergia de sus propios intereses. Este fenómeno, que ha sido analizado distintos entornos institucionales, también lo describe Julio Zino (2006) en su monografía acerca de los usuarios de drogas presos en una cárcel de Barcelona. Así, los gestos que he descrito se articulan con un discurso promovido por el personal sanitario, que estaría en consonancia con lo que Foucault considera el “blanco y el instrumento fundamental del gobierno de la población”, es decir, la conciliación entre el interés individual y el interés colectivo (en nuestro caso, del conjunto de actores sociales de esta heterotopía), o, en sus propias palabras: “El interés, como conciencia de cada uno de los individuos que constituye la población, y el interés como interés de la población, cualesquiera sean los intereses y las aspiraciones individuales de los que la componen” (Foucault, 1999:192).

De hecho, el grupo de pacientes también ha organizado estrategias para defender sus propios intereses no sólo dentro del centro, sino ante el espacio social abierto, siendo la estrategia más tangible la Asociación “Ser Solidarios” a la que ya me he referido en varias ocasiones. Pero dejando de lado la direccionalidad de los discursos, parece evidente que ambos tipos de roles coinciden en la necesidad de la toma de conciencia de la situación de marginalidad y precariedad de este espacio institucional, y apelan al fortalecimiento de las relaciones de alianza para asegurar no sólo su consolidación, sino también su extensión.

El laboratorio.

Para terminar el recorrido topológico dentro del dispositivo, me queda por mencionar un último rincón. Como si se tratase de una estructura en capas de cebolla, esta heterotopía encierra y aísla, a su vez, un núcleo impenetrable en torno al cual se concibe y organiza esta institución, revelando la lógica farmacocéntrica heredada del ensayo clínico. Detrás del almacén de medicamentos, como ya se habrá adivinado, se ubica el laboratorio donde diariamente la farmacéutica prepara la fórmula magistral de heroína y la dosis de cada pacientes. Como dice Lefebvre:

“L’illusion de la transparence se confond avec celle d’une innocence de l’espace: sans pièges, ni cachettes profondes. Le dissimulé, le caché, donc le dangereux, s’opposent à la transparence, saisissable d’un regard à l’œil de l’esprit qui éclaire ce qu’il contemple”. (2000:37).

En contraste con la transparencia que caracteriza la distribución espacial del centro, este epicentro de peligro es totalmente opaco. Una pesada puerta de seguridad lo aísla del resto de estancias e impide el paso incluso a los propios profesionales. El penúltimo Director del centro me reveló que les habían dado órdenes superiores de no difundir la actividad del laboratorio, por lo que me rogaba discreción, especialmente cuando me relacionase con los pacientes. Incluso en una ocasión en que se presentó el Director Médico del Hospital sin previo aviso, el personal le denegó el acceso al laboratorio.

Este espacio es tan invisible como esencial. Que la sustancia que ahí se gestiona tiene una eficacia no sólo simbólica –de la que me seguiré ocupando en el siguiente capítulo–, sino también pragmática, lo prueba el siguiente episodio que evocó Adri en una de mis primeras visitas, mientras conversábamos en la sala de inyección el enfermero, algunos pacientes y yo acerca de la heroína que se prescribe allí, la “dam”:

- Falló la persona que nos lo hace, y nos dejó a tos enmonaos. Pero nos portemos bien –dice Adri.
- Nosotros también. Pensad que la persona que se equivocó al día siguiente estaba en la calle (...) Una chica. Era verano, no sé si te acuerdas que era verano –trata de excusar José Ángel.
- Era verano, no me voy a acordar, ¡je! –interviene Mimalo.
- Y estaba sustituyendo a la que lo hace normalmente. Y la echaron –aclara el enfermero.
- Era una sustitución –reconoce Mimalo.
- Hombre, es que la [farmacéutica] vieja no se equivoca. La vieja ya lo tiene controlao, pero ésta, pues se equivocó y nos dimos cuenta pronto también, porque a la media hora de empezar ya estábamos avisando a laboratorio –contesta José Ángel.
- Si ya lo estábamos diciendo nosotros –recrimina Adri, sin mostrar acritud.
- Ya, pero nosotros no podemos, nuestra responsabilidad es que no cunda el pánico. Llamar y que hagan las comprobaciones, pero más... Aparte, es que no puedes hacer nada más, porque hasta que no te digan: “Oye, que sí, que no, que...” –responde el enfermero en tono conciliador.

Por tanto, debe interpretarse como un indicio de su adecuado funcionamiento que este espacio permanezca silencioso e invisible. Por otro lado, en tanto que programa experimental, cabe señalar que la farmacéutica que gestiona el laboratorio no se limita a desempeñar esta delicada tarea. Simultáneamente, aprovecha su privilegiado puesto para investigar sobre biomarcadores farmacogenéticos, interacciones farmacológicas y realizar un seguimiento farmacoterapéutico de los

usuarios. Este es otro ejemplo más de la mutua colaboración que promueve el programa para aportar evidencia científica sobre esta modalidad terapéutica.

El espacio carnavalesco.

No deja de preocuparme que la descripción hasta aquí ofrecida de la institución de estudio pueda haber llevado a componer una imagen de ésta como un espacio casi penitenciario, donde a cada paso se subrayan las relaciones de hegemonía y subalternidad, por utilizar una terminología gramsciana. Para alejar esa imagen lúgubre, me apoyaré en el sexto y último principio que distingue Foucault, tratando de argumentar cómo nuestro dispositivo deviene un “espacio de ilusión y compensación”. Según el filósofo, las heterotopías cumplen una función, “par rapport à l’espace restant, une fonction” que escila entre dos extremos: “Ou bien (...) créer un espace d’illusion que dénonce comme plus illusoire encore tout l’espace réel (...) Ou bien, au contraire, créant un autre espace (...) réel, aussi parfait, aussi méticuleux, aussi bien arrangé que le nôtre est désordonné, mal agencé et brouillon”, siendo ejemplos de ello las colonias puritanas o jesuitas fundadas en América del Norte y del Sur, respectivamente (Foucault, 1994:761). Pero, a su vez, cabe destacar que en la escena etnográfica la inversión del sistema normativo viene acompañada de lo lúdico durante la práctica cotidiana. Así pues, situándome en el polo opuesto al sentido punitivo que este autor atribuyera a las tecnologías disciplinarias, me ocuparé de la función carnavalesca que cumple nuestra particular heterotopía. En el siguiente capítulo volveré sobre dicha dimensión, que viene a cerrar el sistema de tropos de mi análisis, para abordar la cuestión del cuerpo y las identidades en los usuarios del dispositivo.

A modo de ilustración del último “extremo” al que se refiere Foucault, es decir, el del rol que juegan las heterotopías como “espacio de compensación”, me referiré al papel de cartógrafo que encarna Miky, uno de los usuarios más deliciosos del centro. Este paciente es un aventurero que tiene por costumbre amontonar pequeños tesoros que se encuentra por el mundo. El conjunto de estos *objects trouvés* conforman, pues, un *collage* de su itinerarios cotidianos, al tiempo que denotan su curiosidad por las cosas y su criterio para valorar aquellas susceptibles de ser

recogidas y, a menudo, regaladas²¹. El surtido habitual se compone de caramelos, dátiles, bollería, helados y revistas de todo tipo que le ofrecen algunos tenderos o quiosqueros para los que “trabaja” llevando periódicos. Cada vez que acude al centro, Miky suele ofrecer golosinas, aunque siempre se queja de que la gente rehuse, y cuando tiene ocasión agasaja con sus eventuales obsequios a los enfermeros que más aprecia. Uno de ellos, José Ángel, me confesó que almacenaba en un cajón su colección de baratijas mientras pensaba qué hacer con ellas. Incluso a mí me regaló un par de relojes y me dedicó varios devedés y cedés piratas que había encontrado tirados en la calle. Según el enfermero, este paciente llegó a amontonar en su casa-cueva tal cantidad de trastos, que cuando decidió hacer una limpieza general necesitó dos contenedores de escombros para deshacerse de la basura. Pero su talón de Aquiles son los animales abandonados. Mientras conversábamos un día en el centro, Miky se giró hacia la ventana y lanzó un enérgico grito a la jauría que le esperaba inquieta en la puerta: “¡Calla ya, Canela!” Aproveché para preguntarle por la cantidad de mascotas que tenía en ese momento. A modo de confesión, me contestó: “Ahora sólo tengo tres perras, tres hembras. [Antes] Tenía el Síndrome de Diógenes”.

Así pues, la miseria y el caos que configuran el entorno donde se desenvuelven algunos usuarios quedan parcialmente “compensados” por la función disciplinaria del dispositivo clínico, al tiempo que reordena sus itinerarios y ritmos diarios. En contraposición a la autogestión del tiempo de los yonquis que deben “buscarse la vida” para procurarse su dosis diaria, el dispositivo conduce a una reorganización de la vida cotidiana de los pacientes y su forma de estar en el mundo, aunque con distintas cotas de normalización. Asimismo, esta función compensatoria que cumple el dispositivo lo convierte en un refugio para los pacientes. Si bien desde su incorporación al programa la situación de exclusión social de la mayoría se ha atenuado conforme se han distanciado de la escena de la droga, resulta difícil desprenderse del estigma social que tiñe sus relatos de vida. En las entrevistas, los pacientes a menudo me hablaban de la violencia que habían sufrido en la calle. En algunos casos, como el de Okupa, los límites de la crueldad rozaban lo infrahumano: “A mí me han metío fuego, me han pegao palizas, me ha pasao de to”. Con frecuencia, me contaban experiencias de abuso y acoso policial. Recordemos, por ejemplo, cómo se quejaba Tete de que los “municipales” le llamasen la atención por sentarse en el césped y a menudo le pidiesen la documentación, mientras

²¹ Resulta obligado citar aquí el ensayo *Un art moyen. Essai sur les usages sociaux de la photographie* (1965), donde Bourdieu aplica su método reflexivo tomando fotografía como unidad de observación, para realizar un análisis sociológico a partir de aquello que la gente cree digno de ser immortalizado.

“que es donde todo el mundo está (...) [cuando] hace calor”. Lamentaba el trato discriminatorio de las autoridades, a pesar de que “actualmente no te puedes fiar de nadie” y, a modo de ejemplo, me contó lo que le sucedió una de esas veces que se quedaba “sobao ahí en el parque”. Una tarde soleada de invierno, sobre las cinco de la tarde, se tendió sobre la hierba para dormir un rato. La cabezada se prolongó hasta las nueve de la noche, quedando desorientado al despertar. Pero su mayor sorpresa vino cuando se percató de que le habían robado “las zapatillas y hasta el perro”.

Una de las historias más ingratas que escuché es la de Okupa, que jugó el papel de chivo expiatorio cuando trabajaba de portero en un albergue religioso. Cada vez que sus compañeros acudían a la portería a firmar su asistencia, se paraban a charlar con él y con el tiempo fueron ganando confianza. A veces le contaban que pasaban apuros económicos, como la trabajadora social con la que al parecer tuvo una relación afectiva, y le confesaban sin pudor que solían tomar “prestado” dinero de una caja de caudales del centro, incluso detallándole la cantidad sustraída:

“Estando en el trabajo este, pues le entré por el ojo a una trabajadora social allí, y estábamos saliendo. Y ella me contaba sus penas de que, pues eso, que se quedaba sin dinero a final de mes. A mediados de mes, [los trabajadores sociales] pillaban la caja (...) donde estaba el dinero de las monjas y cogían trescientos euros. Y al final de mes cuando cobraban, pues ponían. Y venía otra trabajadora, la que estaba en el piso de reinserción donde me querían meter a mí ahora, y venía y me contaba que estaba... ahí en la portería cuando venían ahí a firmar. Tos se sentaban conmigo un ratico y eso a hablar, y me contaban... ¡qué locura!, que cogían doscientos euros; el otro, el que estaba trabajando conmigo, que cogió cuatrocientos euros...”

Aunque los empleados tenían la precaución de reponer el dinero con margen suficiente, en una ocasión se hizo caja antes de lo habitual y, como era de esperar, comprobaron que faltaba una cantidad considerable. A pesar de su honradez, el estigma social que arrastran los yonquis cayó con todo su peso sobre Okupa, convirtiéndose en el principal sospechoso del robo. La traición de sus compañeros, unido a los prejuicios de las religiosas, le valieron el despido y una denuncia, aunque fue retirada más tarde. Por si fuera poco, el usuario sufrió tortura durante un interrogatorio policial en su domicilio, siendo obligado a reconocer un delito que no había cometido:

–Me denunciaron. Llegó un día la policía a mi casa y se me sentó un inspector en frente; se me sentó en la mesa un secreta aquí, aquí otro y me dijo: “Te lo vas a comer; los mil euros que han faltao los has cogió tú”. Digo: “Yo estoy diciendo que no los he cogido, que yo no sabía ni que había dinero”. –De pronto, hace un gesto como si recibiese un bofetón.

- ¿Te pegaron?!
- “¿Dónde hay que firmar?” Y firmé.
- ¿Eso la policía?
- Y firmé que había... Y me ponen la muerte de Manolete y la firmo.
- Tuviste que pagar el dinero y encima...
- No, no pagué na. La denuncia la han quitao, yo no sé qué ha pasao, que a mí no me han vuelto a molestar para nada.
- Pero te quedaste sin trabajo.
- Sí.

Este usuario también me contó los problemas legales que tuvo cuando vivía con otro compañero en una casa abandonada. A pesar de sus esfuerzos en adecuar la vivienda y el jardín, tratando de contentar a los vecinos, una de ellas soliviantó a los dueños de la casa para que denunciasen a los ocupantes:

“(...) en los callejones esos que hay, hay una casa que lleva abandoná pues... treinta años, y es un caserío de estos que tiene dos plantas o tres plantas, y atrás tiene un terreno que puedes hacer un campo fútbol. Bueno, pues lleva abandoná treinta años, y llegaba el vecino y decía: “Mira, a ver que me cortéis las hierbecillas esas que se ve mu feo, ¿no?” Al día siguiente to barrío, to limpio, to... Hasta que un día una vecina que es mu guarra, que hay allí que nos tenía manía, pues nos denunció, y llamó a los dueños y nos denunció. Ahora nos piden tres mil quinientos euros a ca’ uno; que si hemos gastao luz, que si hemos estao allí no sé cuánto tiempo...”.

Queda por analizar el otro extremo de esta función del dispositivo, como espacio de “ilusión”. Para ello, hay que remitirse en primer término a la racionalidad que subyace a esta institución. Ya me he referido antes al giro en el “arte de gobernar” que traen consigo tanto la nueva biopolítica de la droga, en tanto que la población no sólo es tomada como objeto, sino también como sujeto, dejando atrás la máxima absolutista de “todo para el pueblo pero sin el pueblo” del modelo biomédico tradicional. En efecto, la micropolítica de nuestro dispositivo puede considerarse un buen ejemplo de «la paciencia del soberano» a la que se refiere Foucault en relación a la estrategia de gubernamentalidad (1999:192). Asimismo, conviene tener presente que esta lógica de gobierno en parte “nació (...) a partir de un modelo arcaico que fue el de la pastoral cristiana” (*Ibid.*, p. 197), lo cual vuelve a poner de relieve el estatus de heterotopía de crisis a la vez que de desviación de nuestro dispositivo.

Por un lado, como ya he señalado y analizaré más extensamente en el siguiente capítulo, tanto las farmacopolíticas de la adicción/drogodependencia como el modelo de la reducción de daños reconocen, en mayor o menor medida, el *deseo* de los usuarios de drogas. Pero, a diferencia de otras tecnologías sanitarias similares, la nuestra tiene la particularidad de ser uno de los pocos lugares donde se prescribe una

sustancia ilegal y se supervisa su consumo por vía inyectada, de manera que invierte su sistema simbólico. En este emplazamiento, los usuarios ejercen su *derecho* a ejecutar un acto que en la calle queda relegado a la clandestinidad, pudiendo llevar a cabo con tranquilidad una práctica corporal socialmente denostada. Pero además, la lógica discursiva del dispositivo está orientada a hacer hablar de aquello que no se puede hablar fuera, a veces ni siquiera en el ámbito privado. Varios pacientes tardaron meses en comunicarle a la familia su participación en este programa, mientras que todavía algunos no se han decidido por miedo a que consideren su mantenimiento con heroína como un fracaso más. Por el contrario, aquí los usuarios encuentran un espacio donde manifestar con confianza sus inquietudes y dudas relacionadas con las drogas. No obstante, hay quienes piensan que reconocerse públicamente como usuarios de este programa contribuye a la normalización de sus vidas y, de hecho, han elaborado trabajos con la ayuda de los enfermeros, llegando incluso a presentarse en congresos, como ya hemos visto (Martín *et al.*, 2009). Pero, en general, los pacientes prefieren mantenerse en el anonimato, especialmente quienes han encontrado trabajo y temen perderlo por posibles prejuicios contra su adhesión al programa.

Por otro lado, hay que resaltar que no se trata *sólo* de un centro de dispensación. En este emplazamiento tiene lugar un dialogismo entre el discurso y las prácticas sanitarias y el nuevo modelo por medio del cual se revalorizan los saberes y la experiencia de los usuarios, es decir, su rol como agentes activos para el cuidado de sí, pero sobre todo su status político en tanto ciudadanos (ver Martínez y Massó, 2007 y Martínez-Casares *et al.*, 2008). Aunque la racionalidad biomédica está presente en la configuración de este espacio terapéutico, la praxis asistencial se orienta a la realidad y la vida cotidiana de los pacientes, en parte debido a la valoración de la dimensión psicosocial por el colectivo de médicos y psiquiatras que concibió este tipo de programas y también por los heterogéneos equipos profesionales que están al frente tratando a diario con los usuarios. Según Urs Vontobel (1997), enfermera psiquiátrica de uno de los centros de mantenimiento con heroína de Zurich, este tipo de dispositivos deviene un escenario privilegiado para mantener un contacto estrecho con este colectivo que permita una asistencia más holística y continua que en los dispositivos convencionales. Así, esta autora describe el abordaje de los problemas de este colectivo como una “guidance to self-help”, que va desde promover medidas de higiene y de prevención de enfermedades infecciosas, hasta administrarse el tiempo a lo largo del día, redescubrir sentimientos y recursos personales, y “motivating towards a new orientation in life” (*Ibid.*, p.27).

El espacio vivido: lo familiar, lo lúdico y el humor en la eficacia ritual.

En relación a las instituciones de la modernidad tardía, Velasco *et al.* (2006:300–303) aluden al sentimiento de apropiación de los sistemas expertos por los sujetos que “necesita ser recurrentemente asegurado” a través de la “frecuentación” y la “familiaridad”. La confianza de los usuarios deja de ser exclusivamente “sistémica”, es decir, depositada en la eficacia práctica e instrumental de los sistemas expertos modernos, y deviene también “personal”, centrada en el “intercambio comunicativo”, la “transparencia”, la “repersonalización”, la “humanización del trato” y la “participación”. Asimismo, la “confianza no adquiere solidez a pesar de los riesgos, sino contando con ellos” (*Ibid.*). Esta reflexión nos da claves para mostrar el anclaje entre la estrategia propia de los programas de reducción de daños y la lógica asistencial en el dispositivo que nos ocupa. Desde una perspectiva topológica, hay que reconocer que el primer tipo de intervenciones se caracteriza por desplazarse a la escena de la droga situada en emplazamientos urbanos marginales, mientras que nuestro programa tiene un emplazamiento y una organización institucional. Pero no por ello deja de compartir los principios y valores de ese paradigma horizontal de gubernamentalidad, puesto que también en él, y si cabe de manera más intensa, tiene lugar una interacción directa y continuada con los sujetos.

El valor del espacio simbólico que abarca la institución de estudio no deja de ser relativo y subjetivo, ya que está estrechamente relacionado con la intensidad de socialización de los usuarios en él. Algunos han experimentado su inclusión y participación en este enclave asistencial como una estación de paso en sus itinerarios terapéuticos a lo largo de la carrera de consumo, un punto transitorio que los ha derivado a otros programas de mantenimiento de metadona, o que han abandonado para volver al mercado ilegal. Sin embargo, recordemos que la mayoría de los pacientes que encontré durante el trabajo de campo habían participado el ensayo clínico, iniciado en el año 2003. A lo largo de estos años, han coincidido con los profesionales (al menos con los que comparten antigüedad) y sus compañeros en el par de visitas que realizan todos los días del año, “de lunes a viernes, fines de semana y festivos”, como recalca un paciente. Siguiendo a Augé, si para quienes han estado “de paso” el dispositivo podría considerarse un ejemplo de “no lugar”, para los que permanecen en él ha devenido un “lugar antropológico”, en tanto que “la identidad y la relación constituyen el núcleo” de este dispositivo espacial (2001:63). De hecho, en él convergen los criterios a partir de los cuales el antropólogo francés define un “lugar” en su dimensión

simbólica: la identidad, la relación y la historia (*Ibid.*, pp. 58–61 y 83). En consecuencia, “el lugar simboliza la relación de cada uno de sus ocupantes consigo mismo, con los demás ocupantes y con su historia común” (Augé, 1998:147).

En cuanto al primero de esos criterios, ya he descrito cómo la institución subjetiva a los sujetos que ingresan en el programa, debiendo reconocerse como drogodependientes subsidiarios de atención sanitaria. Lo que me interesa destacar ahora es el criterio relacional de este *lugar*. Ya desde el inicio de la intervención, la intensa experiencia vivida durante el ensayo clínico, especialmente por el compromiso que exigía su rigidez metodológica y por su duración, fomentó las relaciones de cooperación entre los participantes y los profesionales. Algunos todavía evocan cómo quienes recibían heroína alentaban a los que habían tenido la “mala suerte” de caer en el grupo de metadona, para que “aguantasen” hasta acabar el estudio y pudiesen así beneficiarse del uso compasivo de heroína. A lo largo de estos años de convivencia en este entorno, han sido testigos de sus altibajos y crisis, han celebrado sus acontecimientos vitales felices, han reconocido los pequeños grandes logros de algunos para controlar los consumos externos y también han respetado a quienes estaban demasiado lejos de plantearse estos propósitos. De nuevo con Vontobel: “It is (...) essential to rely on staff with a long-term commitment to ensure continuity (...) Ability to build up an atmosphere of mutual trust determines the quality of cooperation, and ultimately whether the patients are capable of translating the issues discussed into action” (1997:28).

Así pues, el vínculo social entre algunos pacientes del dispositivo, y de éstos con ciertos profesionales, que a menudo es más consistente que las relaciones con otros actores sociales ajenos al programa, deviene un elemento imprescindible en la estrategia de gubernamentalidad de esta heterotopía. La constante preocupación, el interés y el compromiso de muchos por solucionar los problemas de los pacientes, acompañándolos en sus logros y fracasos a lo largo de estos años, lejos de considerarse un control opresivo, es percibido como una ayuda hacia la normalización y un gesto afectivo, en tanto que denota una preocupación e implicación *personal*. Así, por ejemplo, después de contarme las dificultades que tenía para inyectarse en la calle por el estado de sus venas, Tete me decía:

–Por eso quiero a ver si encuentro un punto (...), ¿entiendes? También porque nos ayudan. La gente que no tenemos nada, pos siempre, por mi parte, ya ves, me han ayudao bastante. Se preocupan, aunque sean médicos... Porque también hacen como... un tipo de psicología. También yo creo que, aparte de ser enfermeras y tal, también yo creo que participan un poco contigo, en tu vida. No

es que se metan en tu vida, ¿no?, pero que ayudan en cierta manera a guiarte un poco si vas perdido, ¿no? si no sabes por dónde tirar, o por... Tienes la confianza de decir: "Oye, mira, que me pasa esto", o "¿qué hago, pa' dónde tiro? ¿Voy pa' la derecha o voy pa' la izquierda o... me quedo en donde estoy, qué hago?" Pues ellos te pueden decir: "Pues mira, a lo mejor si sigues esto, pues a lo mejor puede pasarte esto, tú piénsatelo; si vas a, vas a lo otro, a lo mejor te va mejor; prueba una cosa, si ves que no, no te... te va bien, pues, tírate a la otra. Según, que te aconsejan un poco, ¿entiendes?"

–Ya.

–Eso, eso es mucho. Yo lo valoro mucho eso, ¿sabes?

–Claro.

–Que no hace falta un psico, al menos yo, pa' mí, ¿no? No hace falta un psicólogo... directamente, no? Que si tu has pillao confianza con una enfermera, porque te abres más a ella o a un enfermero, ¿sabes? Pues a lo mejor lo que quieres, a lo mejor hablas más que con el psicólogo.

–Sí.

–Sabe más el enfermero que el psicólogo. Que sí.

–¿Hay algún enfermero o alguna enfermera con quien hayas congeniado tú?

–Yo sí, yo con Araceli. Es una buena tía, ¿sabes? A mí me da mucho confort, sabes? Y con ella más o menos... me encuentro a gusto, ¿sabes? Y confío, yo que sé. Yo le puedo decir un montón de cosas, ¿sabes? A lo mejor me dice el psicólogo: "¿Quieres que hablemos?". Digo: "No, no, no. Mejor con ella me abro", ¿sabes? Por eso te digo, que también, en ese sentido ha sido, es bueno, ¿sabes?, en ese aspecto. Un punto más que tiene, ¿sabes?

Respecto al último criterio por el que Augé define un lugar, resultan más que evidentes las diferencias entre este dispositivo y las casas tradicionales, las plazas públicas, los mercados o las iglesias, en el sentido de que el emplazamiento tiene poco de legendario y tradicional. Aunque ya he hablado de la lógica de su ubicación, podría haberse encontrado un enclave similar, e incluso podría trasladarse a otro espacio físico sin que su sentido y función se viesan comprometidos. Pero no deja de compartir rasgos de ese espacio mítico a la vez que real que refiere Augé acerca de esos lugares tradicionales. Si en aquellos lugares vivos del pasado, como describe el antropólogo, la gente se reúne para reconocerse en ellos, *vivir* (más que recordar) su historia y mantener su identidad, en el dispositivo también los pacientes se citan con la historia, reconociendo el mismo telón de fondo en sus vivencias pasadas, a la vez que muchos reinventan sus identidades sociales y construyen proyectos de futuro.

En suma, podemos considerar este emplazamiento clínico como un lugar antropológico, si dejamos de atender a las relaciones espaciales que también definen esta particular heterotopía y la aproximarían más a un "no lugar". Como señalan los propios profesionales, a pesar de tratarse de un espacio de socialización institucionalizado, el centro y su gente llegan a ser percibidos como una "segunda casa" y una "familia", especialmente por los pacientes que viven más rodeados de soledad (Martínez-Casares *et al.*, 2009:5). Precisamente por ello, estos últimos son los que más acusan

las frecuentes excedencias, bajas laborales y sustituciones, sobre todo del personal de enfermería. Así pues, después de mi paso por el dispositivo, me atrevería a afirmar que la intensidad y continuidad de la relación entre los pacientes y muchos profesionales – como ya he señalado, algunos están especialmente comprometidos y asumen voluntariamente funciones que exceden sus competencias para intentar suplir las deficiencias asistenciales del programa, así como atraer nuevos usuarios– no se trata sólo del aspecto más valorado por ambos grupos, una percepción también destacada por Romo y Póo (2007:121–122), sino que se convierte en la estrategia más poderosa para asegurar la eficacia terapéutica. Tanto es así, que en los discursos de los pacientes, como en una de mis entrevistas a Tete, se hace explícita la exigencia de vocación a los profesionales del campo:

“Ya te digo, pa' meterte en un rollo así, la... enfermero o el equipo que sea, tiene que estar un poco integrado también en el rollo, le tiene que gustar, ¿no? hacer estas cosas, o tratar con nosotros. Porque toa la gente no... no se puede, no... no coordina, sabes, con nosotros. No les gusta por, por equis, ¿sabes?”

A su vez, en ciertas ocasiones en que se han presentado conflictos, algunos pacientes me argumentaban a modo de reproche a los profesionales menos entregados que, en última instancia, si están allí trabajando es gracias a ellos, en correspondencia con la falacia a la que he hecho referencia con anterioridad.

Respecto a la dimensión lúdica del programa, un aspecto que interesa destacar nuevamente es la permeabilidad de nuestra heterotopía. Antes he analizado cómo penetran en ella otros espacios, bien contra-lugares, como El Polígono, bien otros escenarios públicos o privados en los que se desenvuelve la vida cotidiana de los usuarios. Pero, como si se tratase de un fractal, también las celebraciones rituales del afuera se ven reflejadas aquí. Por ejemplo, en Navidad la sala de espera se decora con un árbol que adornan los pacientes y se rodea de regalos, mientras que en algunas fiestas de Semana Santa, como se hace en cualquier cofradía de la ciudad, han elaborado en tono jocosos un paso con la imagen de su propia Virgen: la “Virgen del Poncho”. Igualmente, para celebrar el Día de Cruces en mayo –una fiesta local muy arraigada en Granada, en la que las calles, las plazas, los patios y hasta los escaparates de la ciudad se inundan de altares con grandes cruces cubiertas de claveles, recreando el estilo doméstico tradicional granadino, y a la que originalmente no le faltaba un destacado componente báquico, aunque las regulaciones del Ayuntamiento casi lo han suprimido–, también esa estancia del centro se ambienta con macetas, cruces de flores de papel o de plástico, telas de lunares y otros elementos similares. Así, de acuerdo a una perspectiva

bajtiana (ver Bajtin, 2003; y Bajtin en Averintsev *et al.*, 2000), la fiesta y la cultura popular conectan con la dimensión carnavalesca del dispositivo, por medio de una traslocación del rito y la tradición que vincula a los pacientes y los profesionales con la sociedad hegemónica, desde un nivel más global o universal, hasta otro más local o particular.



Fotografías cedidas por cortesía del centro PEPSA.

Pero, a su vez, la heterotopía eventualmente invierte el sentido de esta osmosis y se proyecta extramuros. Aparte del proyecto de salud bucodental que ya he referido (ver March, Urquía, Romero *et al*, 2009 y Urquía, Mach-Cerdà, Romero-Vallecillos, 2009), el grupo de investigadores de la EASP impulsó más recientemente el “Programa de Actividad Física e Inclusión Digital para personas en Tratamiento con Opiodes” (METAHEROGYM), que asocia un estudio quasiexperimental. Hay que precisar que esta iniciativa también se dirigía a los futuros participantes del ensayo clínico “ECHO” –con administración de heroína oral– que aún no se ha podido llevar a cabo, así como a usuarios de metadona, tanto provenientes del CPD como del centro penitenciario de Albolote. En cuanto al objetivo del estudio, consistía en evaluar el impacto de la práctica de ejercicio físico y la formación en nuevas tecnologías en la condición física, la reducción de la dosis de metadona/heroína consumida, la autoestima, la imagen social y la calidad de vida de los participantes (March *et al.*, 2011). Hay que decir que, si bien los profesionales del centro reconocen el esfuerzo de los investigadores en promocionar hábitos saludables y ayudar a la reinserción laboral, el planteamiento del proyecto les parecía poco adaptado a la realidad cotidiana y los intereses de los usuarios. De hecho, estos debían desplazarse a un gimnasio y unas instalaciones deportivas apartados de sus itinerarios habituales, y muchos de ellos no parecían estar especialmente motivados, con lo que la participación era bastante irregular.

En opinión de los enfermeros, la actividad deportiva que más éxito tiene son los partidos de fútbol que los propios pacientes se encargan de organizar. Esta iniciativa, que los profesionales a su vez tratan de alentar, conecta con una de las estrategias más eficaces de la heterotopía dirigidas a la normalización de los usuarios: la búsqueda de diversión. En efecto, el recurso de lo lúdico en las actividades de educación para la salud que se impulsan allí es un buen ejemplo para ilustrar cómo las tecnologías de poder, lejos de resultar opresoras, pueden tener un efecto positivo, e incluso proporcionar disfrute a sus destinatarios. Además, los encuentros deportivos sirven para reforzar el vínculo social entre estos, que contribuye a mejorar sus relaciones de convivencia en el centro. Otras de las actividades que se han organizado han sido algunas visitas guiadas al Parque de las Ciencias, así como a monumentos o parajes de la ciudad, como la abadía del Sacromonte, la Fuente del Avellano y el Albaizín, haciendo de cicerone uno de los pacientes. En otras ocasiones se han puesto de acuerdo para ir al cine o a la playa. Ara, una de las enfermeras, me describió una de las salidas estivales a la playa de Calahonda. Como los pacientes apenas sumaban una decena, incluyendo la pareja de una de

ellas, decidieron viajar en microbús. La única condición que pusieron a los asistentes fue la de no consumir drogas antes de subir al vehículo, con tal de evitar problemas durante el trayecto. Ara destacaba la buena experiencia con el conductor, a diferencia de otras ocasiones. Según la enfermera, la jornada transcurrió con placidez, y pasaron buenos ratos observando cómo algunos no desaprovechaban ni un momento para ligar con las bañistas, comportándose como adolescentes. Cuando le pregunté por el avío para pasar el día, me contestó: “Nos llevamos comida, y yo me llevé un montón de crema solar y *aftersun*, porque la última vez se quemó to Dios”. A propósito, Ara y sus colegas lanzaron una campaña en el centro para prevenir quemaduras solares durante el verano.

Queda por analizar un elemento que deviene clave en el espacio institucional de estudio: la risa. Pero antes de pasar a describir la función que cumple el humor en esta heterotopía de crisis/desviación, permítaseme que empiece por referirme a uno de los rituales más destacados de la historia de Occidente. Esta tradición no es otra que la de los misterios mayores eleusinos, que ya he mencionado en otra parte. En contraposición a la solemnidad y el secreto que envolvían este ritual, el más importante de la Antigua Grecia, durante la liturgia se acostumbraba gritar obscenidades en honor a la vieja Yambe, que con sus chistes verdes había hecho reír a la desconsolada Deméter cuando lloraba a su hija desaparecida, recuperando así el coraje que precisó para proseguir la búsqueda hasta el feliz desenlace. A través de la evocación del humor procaz y de lo más mundano de su condición, los griegos ilustraban así un modo de olvidar y salir de su propia miseria, celebrando así que podían salvarse a sí mismos. También en la Edad Media y el Renacimiento, como se representa en el universo rabelaisiano, la miseria y la inesquivable muerte se subliman mediante la gamberrada, más eficaz cuanto más escatológica es. ¿Acaso no encontramos aquí y en la sátira de Cervantes, Quevedo o Valle-Inclán tanta tragedia como en Shakespeare? Así, en la obra de Valle, “el arma es el «humor»; la «risa» es el vehículo para superar la abyección” (Kristeva, 1980 y 1980a, *cit.* en Zavala, 1990:73).

Precisamente uno de los rasgos que caracterizaban la escena etnográfica era el sentido del humor y el ambiente distendido que se respiraba. A menudo, las bromas que escuchaba durante el trabajo de campo tenían connotaciones sexuales. Así, por ejemplo, en torno a la mesa de inyección, a veces los pacientes se relajaban y compartían en tono jocoso sus fantasías eróticas o conquistas amorosas, para la hilaridad de la sala. En otras ocasiones, el humor negro servía para catabolizar las frustraciones, las injusticias y las calamidades sufridas por los usuarios. Así, las bromas podían surgir de los comentarios de algún paciente enojado por habersele

presentado una contrariedad propia de la precaria situación en la que muchos se encontraban, o de recuerdos acaso mitificados de sus trayectorias yonquis.

Algunos autores, como Fainzang, reflexionan sobre el papel de la broma y la risa en espacios terapéuticos. A propósito de su etnografía en “Vie Livre”, una asociación de bebedores, la antropóloga también da cuenta de la presencia del humor alusivo al alcohol en las reuniones, recordando que en la Asociación Alcohólicos Anónimos queda instrumentalizado por los profesionales por su valor terapéutico, en tanto que sirve para desdramatizar las situaciones y distanciarse de ellas (Fainzang, 2009:98). Asimismo, antes de pasar a analizar las funciones específicas de las bromas en su lugar de estudio, esta autora también alude al cinismo humorístico que Ablon (1974) encuentra en una asociación parejas de bebedores, como una vía para gestionar y reírse de las experiencias traumáticas de estas mujeres, y lo compara con las impresiones de Renée Fox (1974) en las asociaciones de pacientes afectados por enfermedades. A su vez, Fainzang relaciona estas interpretaciones con la de Clastres en *¿De qué ríen los indios?*, donde el autor destaca “la función catártica del mito que libera una pasión de los indios: la secreta obsesión de reírse de lo que uno teme” (1974:128, citado en *Ibid.*, p.98).

Volviendo a nuestro escenario, una de las peculiaridades del humor que aquí prevalece, como es de esperar, tiene que ver con la liminaridad de esta tecnología sociosanitaria. Tanto los profesionales entre sí, como éstos con los pacientes, solían ironizar acerca de las representaciones sociales y los lugares comunes de las drogas que encontramos más allá de este emplazamiento, a veces con motivo de la publicación de una noticia en un periódico sobre esta intervención, y otras veces satirizando el discurso de los políticos, los médicos o la gente de la calle. “Venga, vámonos a drogar al personal”, bromeaban los enfermeros después del descanso de la comida. De esta manera, el recurso del humor no sólo servía para lubricar y fortalecer las relaciones sociales dentro del dispositivo, sino también para consolidar una actitud de complicidad entre ambos roles, el de los profesionales y el de los usuarios, respecto al sentido de la institución y su paradójico enclave en el espacio social y político dominante. A su vez, los profesionales a veces bromeaban para desdramatizar la función disciplinaria del programa:

En la sala de espera, una enfermera entrevista a Rubén para valorar su estado antes de la inyección. Mientras toma nota, le hace las preguntas de rutina:

- ¿Has tomado algo?
- Un porrillo, pero una calada, entre dos o tres.

–¿Qué has comido?

–Dos tortas de manteca, dos pasteles de merengue...

En ese momento pasa José Ángel que, al oír la contundente respuesta del paciente, comenta: “Dieta mediterránea”, provocando su sonrisa.

La risa también servía de estrategia a la hora de negociar el riesgo, concretamente en relación a la dosis de heroína prescrita, uno de los aspectos que, como hemos visto, más conflictos genera. Valga esta anécdota a modo de ilustración:

Al entrar en la sala de inyección, encuentro a Tete discutiendo con la enfermera que le acaba de entregar el vasito con la jeringa cargada. Ésta le dice tímidamente que la dosis que le corresponde es de ciento veinte miligramos, en lugar de ciento cuarenta, como reclama el paciente. Al respecto, José Ángel, que esta mañana se encuentra vigilando la sala, me aclarará más tarde que a este usuario se le ha reducido su dosis habitual porque ha faltado a un turno. Aunque Tete acaba resignándose, para convencerlo el enfermero bromea:

–A ver si vas a entrar en parada respiratoria y voy a tener que empezar a hacerte el boca a boca. ¡Porque mira dónde estoy hoy, chaval...! Está claro que me tocaría a mí. Y aunque seamos amigos, de mariconadas, las justas.

–Eso. Mariconadas, las justas –contesta el paciente.

Con Segalen (2005:170), tal vez el ambiente lúdico, especialmente por producirse de forma espontánea sin una lógica preconcebida y terapéutica que lo promueva, sea la prueba más fehaciente de la aceptación de ritual, e incluso de su eficacia. Probablemente esto explicaría por qué el sentido del humor era uno de los aspectos más valorados por los pacientes al final del ensayo clínico, como también aprecian Romo y Póo (2007:121) y Romo *et al.* (2009:192).

Por último, la dimensión ritual de la risa cumple también una función performativa asociada a los valores de la cultura positiva de las drogas promovidos en esta institución, de acuerdo con los principios de la reducción de daños. El humor deviene una estrategia revolucionaria capaz de desmitificar e invertir las representaciones sociales del uso intravenoso de heroína como práctica marginal y de destrucción, así como la imagen tétrica del yonquí. Se trata, pues, de un modo especialmente eficaz de humanizar al colectivo de usuarios. Por un lado, dado que por lo general las bromas toman como referencia la cultura popular, el guiño (más o menos malicioso) a las formaciones discursivas y el imaginario de la sociedad en la que se desenvuelven contribuye a que todos, pacientes y profesionales, se reconozcan, de forma cómplice, dentro de la comunidad local. Por tanto, además de estrechar el vínculo emocional y afectivo en el grupo, la normalización de las relaciones sociales dentro del dispositivo a

través del humor satisface el deseo de aceptación social en los usuarios y trasciende a la reconfiguración de sus identidades.

Rito de paso, ¿adónde? Salidas y callejones sin salida.

Como creo haber aclarado ya, no es mi propósito cuestionar aquí la pertinencia y los beneficios de este tipo de intervenciones comúnmente denominadas “de bajo umbral” o “baja exigencia”. Me interesa más reflexionar sobre la lógica de los discursos insituacionales acerca de la eficacia del programa, que parten de la recategorización del uso de drogas ilegales y de la búsqueda de normalización, y cómo se traduce su puesta en marcha en la realidad vivida por los usuarios. En primer lugar, hay que tener presente que la institución está diseñada como un dispositivo de mantenimiento, y no como una estrategia de reducción progresiva del consumo hacia la desintoxicación y la abstinencia. Es decir, en la misma línea que las experiencias suizas, el programa se plantea como un tratamiento crónico, de larga duración (François y Mino, 2009:59–60). El tratamiento aquí no tendría el sentido de “curación”, sino más el de “atención”, cercano al concepto griego de *θεραπεία* que encontramos en la Colección hipocrática, según el cual el propósito sería el de garantizar el restablecimiento. Recordemos que esta noción la desarrolla Diocles de Carystos, el primero de una serie de médicos durante los siglos IV a III a.C., que le concede una importancia crucial a la *θεραπεία τοῦ σώματος*, es decir, a la dietética, los hábitos o el modo de vida: la higiene, la nutrición, el consumo de vino, el banquete, la puericultura, la gimnasia, etc., de forma comparable a la medicalización de la sociedad moderna (Van der Eijk, 2006:44–45), un modelo que vemos fielmente reflejado en el dispositivo de estudio.

Si trasladamos el esquema de Castel *et al.* (1992) respecto a las posibles “salidas de la toxicomanía” al caso que nos ocupa, se podría decir que la regulación que se ejerce aquí combina los dos tipos de salida que describen los autores, precisamente gracias a su sistema disciplinario y el paradigma de la reducción de daños sobre el que descansa su enfoque asistencial. Por un lado, resulta evidente que se trata de una salida “hetero-controlada”, en correspondencia con el “modelo de institución de reparación”, en tanto que los usuarios entran a participar en una institución que ejerce un control sobre sus cuerpos y sus conductas, con la diferencia de que aquí no se busca la abstinencia, al menos a medio plazo. Pero, por otro lado, ya he descrito cómo se reconoce aquí la agencia de los usuarios y se fomenta su autogobierno, al tiempo que quedan subjetivados como ciudadanos con derechos (incluido el de la diferencia)

y también deberes ante la sociedad. Así, el proceso terapéutico que viven los pacientes no deja de compartir elementos con la salida “auto-controlada”, en tanto que encuentran recursos para movilizar o reconstituir sus propios apoyos sociales en su grupo de pertenencia, ya sea el medio familiar, profesional, de amistad, de vecindad, etc.

A su vez, la poliédrica teleología de esta heterotopía anima a pensar que no dispone una salida única, unívoca y fija, ni siquiera dos, sino múltiples, diversas y mutantes. Muchos de los pacientes de mi estudio continúan visitando el centro desde su puesta en marcha hace ya una década. Todos ellos relatan y muestran una mejoría, más o menos acentuada, hasta alcanzar una relativa estabilización que en algunos casos implica una radical reorganización de sus modos de existencia. Valga recordar que es así como Castel *et al.* (1992:261) definen el concepto de ‘salida’, con especial énfasis en el papel indispensable que juega el apoyo social de este proceso que, por desgracia, no siempre acompaña a nuestros pacientes. Asimismo, hay que decir que aunque las actividades cotidianas obviamente ya no giran en torno a la búsqueda desesperada de la sustancia, perdiendo ésta por tanto centralidad en sus vidas, el uso de heroína en el dispositivo no deja de ser muy valorado por muchos de ellos. Ya no sólo como una forma asegurada de evitar el síndrome de abstinencia, sino como un placer del que incluso los pacientes más normalizados, como Estrella, no podrían prescindir.

Sin embargo, muchos pacientes no dejan de experimentar cambios a lo largo de su proceso asistencial. Con frecuencia, y esto me resultaba especialmente evidente cada vez que retomaba el trabajo de campo, sufren altibajos desencadenados por cuestiones de tipo afectivo, otras veces relacionados con las condiciones de habitabilidad, con motivos legales o problemas laborales, que se traducen –aunque, insisto, no en todos los casos– en un peor estado de ánimo, el abandono del cuidado personal, la pérdida de peso, un desajuste de sus estados mentales, un mayor consumo de sustancias en la calle, etc. Se trata de una amalgama de hechos, percepciones y conductas profundamente interrelacionadas, que se potencian entre sí, y en las que a menudo resulta difícil diferenciar entre causas y consecuencias. Precisamente por la complejidad de los problemas que presentan muchos pacientes, los profesionales se esfuerzan por atenderlos desde una visión holística, conscientes de la importancia de la dimensión social y subjetiva en las cotas de bienestar que puede llegar a alcanzar cada usuario, más allá de la dosificación de heroína prescrita. Así pues, las salidas del programa apuntan a un proceso arduo, sinuoso e incierto, que en última instancia depende de la resistencia de cada paciente, de su “voluntad de poder” (Nietzsche, 1998),

si se quiere, y por supuesto de la existencia de una red social de apoyo, especialmente familiar, que marca una gran diferencia incluso cuando los usuarios cuentan con largas trayectorias de consumo. Pero, por desgracia, para muchos el único recurso a su alcance es la mirada atenta de los profesionales del centro.

En relación con este punto, si aplicamos el concepto de salud holístico en torno al cual se articula la pedagogía del programa, una de las limitaciones que podríamos encontrarle a este dispositivo descansa en su propia constricción espacial. A pesar de que la interacción entre los profesionales y los usuarios es intensa y continuada, queda restringida casi exclusivamente a este emplazamiento, sin llegar a establecerse un contacto directo y fluido con los canales habituales de socialización de éstos. Si bien eventualmente se organizan actividades de formación y orientación profesional, lúdicas y deportivas, el programa adolece de un enfoque comunitario propiamente dicho.

Atendiendo a una dimensión pragmática, otro de los aspectos que pueden resultar problemáticos en algunos casos es la subordinación a las franjas horarias de atención en el centro y su situación de excepcionalidad. Siguiendo con la dimensión espacial, dada la ausencia de una red de centros de prescripción de heroína en nuestro país, los pacientes ven limitada su movilidad geográfica. Como ya he referido en otro capítulo, cuando los usuarios planean pasar sus vacaciones fuera, deben avisar con cierta antelación para que se coordine la asistencia con el centro de tratamiento con metadona más próximo a su lugar de destino. Respecto a la limitación temporal, antes veíamos cómo el personal sanitario procura ajustar las citas a la situación de cada individuo, pero no siempre con éxito. Por otro lado, la ampliación del horario asistencial para dispensar tres dosis diarias de heroína –en lugar de dos y una de metadona por la noche–, requeriría una mayor dotación de recursos humanos. Pero esta medida parece alejarse cada vez más de las prioridades de las administraciones públicas.

En cuanto a los abandonos del tratamiento y las bajas, a menudo se acompañan de situaciones conflictivas con los pacientes, que son vividas con una gran carga emocional. Como hemos visto, en los casos más graves, normalmente protagonizados por los usuarios que mantienen un fuerte vínculo social con los círculos de consumo de drogas ilegales, se trata de expulsiones por comportamientos que no se ajustan al código de convivencia y la normativa del centro. Pero, en el polo opuesto, también los hay con una mayor inserción social que, después de la estabilización material y afectiva que han alcanzado, sienten otras necesidades y se

plantean nuevas metas que, a pesar de estar orientarse a la normalización, entran en contradicción con el propósito del programa. En estos casos, puede decirse que la lógica institucional plantea callejones sin salida.

Un ejemplo de ello se presentó en mis primeras visitas, cuando Esteban, que trabajaba (y aún sigue) de vigilante del parking del hospital, se había propuesto descender su dosis progresivamente con el ánimo de lograr la abstinencia. Poco a poco y con gran esfuerzo, el paciente consiguió acercarse a su objetivo. Pero cuando llegó a la dosis de treinta miligramos, se encontró con que esa cifra era la dosis umbral mínima que el programa establecía para que la heroína fuera eficaz, por lo que no era posible descender la dosis prescrita hasta llegar a cero, como era su deseo. El usuario, más que enojado, me expresaba en estos términos su indignación: “Nos tienen aquí y no miran por nosotros”. “Estamos estancados”. “Pa quitarnos de la calle sí, pero salidas no”. Reprochaba a los profesionales y promotores del programa que no ofreciesen soluciones para hacer frente a los problemas que se les planteaban a quienes, como él, elevaban su umbral de exigencia hasta el punto de pretender la deshabituación. Con una sensación tácita de estafa, Esteban argumentaba que dado que se conocían de antemano los buenos resultados de este tratamiento en Holanda y otros países, la intervención andaluza debería haberse acompañado de una mayor previsión para ofrecer alternativas diversas a los usuarios de acuerdo a su evolución. Mientras lanzaba sus protestas en la sala de espera, otro usuario que trabajaba de pintor y se encontraba en una situación similar, asentía a sus palabras. Desafortunadamente, a pesar de los logros y la mejoría experimentada por el desafortunado paciente, la rigidez del protocolo de prescripción del programa, la descoordinación con otros recursos asistenciales en drogodependencias, sumado a ciertas desavenencias con el entonces Director del centro, así como, según una doctora, al comportamiento agresivo y enajenado del paciente debido a una “descompensación psicótica”, propició su baja definitiva, siendo derivado a un programa de metadona.

Vemos así cómo, a pesar de la normalización que el programa ha operado en las vidas de algunos usuarios, estos no pueden dejar de sentirse “olvidados” por las administraciones públicas y la sociedad. No en vano, el principal motivo por el que me aceptaron como investigadora fue la esperanza de que mi trabajo sirviese para dar a conocer esta experiencia e impulsar el programa, captar la atención del público y los políticos. En la misma línea que apuntaba Esteban, otro paciente expresaba en una comunicación a un congreso su parecer acerca de las deficiencias

asistenciales vinculadas al programa, con especial énfasis en la supresión de los servicios psicosociales dentro del mismo:

“Creo que al proyecto PSP-PEPSA le ayudaría contar con más recursos sociales-sanitarios, así como facilitar el acceso a más pacientes. Entiendo que es un centro de reducción del daño, pero por qué quedarse ahí. No se comprende que esté a la vanguardia en cuanto a la administración de DAM y carezca de otros recursos. La administración de DAM puede ser un fin para uno y para otro ser un medio para conseguir objetivos. Esta administración da independencia y facilita la vida si va acompañada de otros recursos, pues creará una motivación extra”. (Martín *et al.*, 2009:10).

Asimismo, la singularidad y el desconocimiento de este tipo de intervención en el mismo campo de las drogodependencias, por no decir los prejuicios y recelos que suscita entre los propios profesionales de otros recursos terapéuticos, conduce a una deficiente cooperación asistencial que no facilita el trance de la despedida del centro y la transición a los programas de mantenimiento alternativos. José Ángel me reconocía la mala coordinación que existe entre los servicios de salud mental y el centro, tanto por las reticencias de los pacientes a este tipo de asistencia, como por la actitud de los psiquiatras hacia ellos, a quienes en ocasiones tratan de disuadir de que consuman heroína. También identificaba carencias en los casos en los que, después de superado el proceso de admisión e incluso de empezar a experimentar mejoría con este programa, el tratamiento se interrumpe por el ingreso en prisión, pasando de nuevo a un programa de mantenimiento con metadona.

No obstante a las contradicciones que pueda presentar esta institución, diseñada como programa exclusivamente de mantenimiento, hay que señalar que también entran en juego factores de tipo afectivo, incluso directamente vinculados con el uso intravenoso de heroína, que contribuyen al dramatismo y la sensación de impotencia con que los usuarios viven este tipo de situaciones previas a su despedida, hasta ser derivados a programas de metadona. Así, por ejemplo, Ara describe la respuesta emocional de los pacientes que se esfuerzan por disminuir su dosis hasta la abstinencia, así como el surgimiento de los conflictos asociados, como un “duelo” que experimentan por el abandono de la aguja, ya que sólo en este centro pueden recibir tratamiento con opiáceos por vía inyectada. Asimismo, la enfermera lamenta que los pacientes se despedían con “ira”, sin aceptar que el programa no está concebido para satisfacer su deseo de abstinencia:

“Son apreciaciones mías, pero está el tema del trauma. Los abandonos forzados vienen derivados de un duelo del centro por la separación de la aguja, de la adicción a la aguja, porque luego pasan a metadona, que es un sustitutivo a

opiáceos. No es por la sustancia. Es como una pelea de enamorados, ¿no? Je, je. No sé cómo decirte. No es de manera voluntaria, sino más bien una forma de forzar la situación. Ellos desean irse, pero no saben cómo (...) Lo provocan ellos mismos. Al ver que no pueden disminuir más la dosis, provocan un conflicto y se les deriva a otro centro. Lo fuerzan, como algo inevitable, cuando reclaman un tipo de atención que sólo tienen en otros sitios. Es como un duelo, con su fase de negación, de ira, ya que no llegan a aceptar la ausencia de tratamiento. Cuando ya están en otro tratamiento, ven las cosas de otra manera. Pero antes, ven las cosas desde la ira, ni siquiera desde la negociación. De ira pura y dura. (...) [Viven] el desapego al programa, por desgracia, a las malas”.

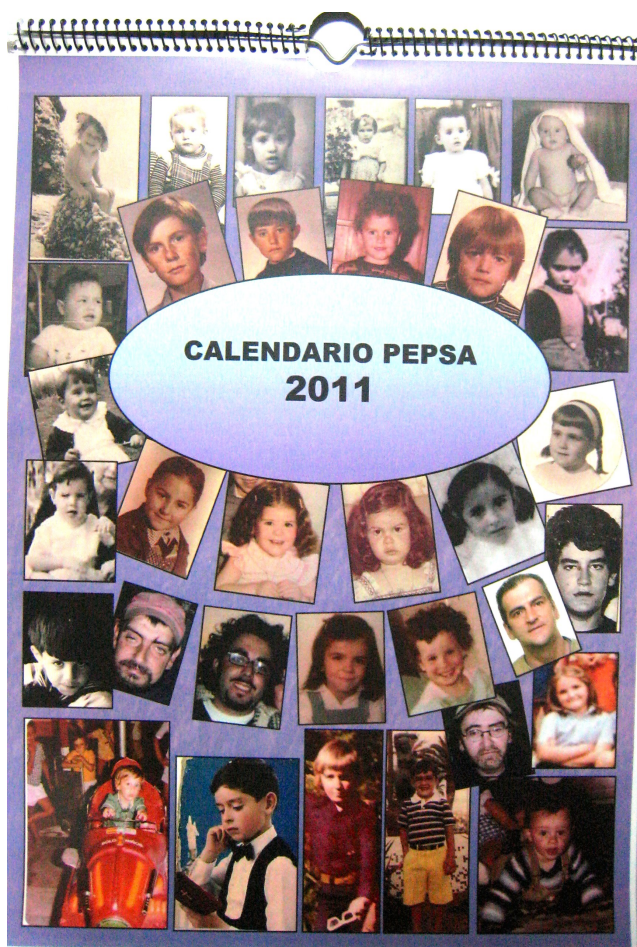
CAPÍTULO 11. Carnavalización del esperpento yonqui.

Historia somatopolítica de los pacientes.

Aquella mañana, cuando Gregorio Samsa despertó, tras un sueño intranquilo, se encontró en su cama convertido en un insecto monstruoso. Estaba tumbado sobre el quitinoso caparazón de su espalda, y al alzar un poco la cabeza, vio la figura convexa de su vientre oscuro, surcado por curvadas durezas, cuya prominencia apenas si podía aguantar la colcha, visiblemente a punto de deslizarse hasta el suelo. Innumerables patas, penosamente escuálidas con respecto al grosor normal de sus piernas, ofrecían a los ojos el espectáculo de una agitación incomprensible.
—¿Qué me ha ocurrido?

Franz Kafka
La metamorfosis (1925)

Durante mi estancia en el centro, una enfermera tuvo la idea de elaborar con sus compañeros un calendario a partir de fotos de infancia de los pacientes y profesionales. Sin lugar a dudas, la idea se planteó con la mejor de las intenciones, como un proyecto tierno y gracioso, y así se lo pareció a los usuarios, hasta el punto de pedir otro calendario igual al año siguiente. Pero si tenemos en cuenta que la conservación y el acceso a este tipo de documentos implica un mínimo de estabilidad en la vivienda, así como de la cohesión de las relaciones familiares, era de esperar que precisamente quienes viven en unas condiciones que rozan la miseria les hubiesen perdido el rastro a estos recuerdos. Así que con tal de incluir a todos en el



almanaque, los enfermeros decidieron colocar fotografías recientes de estos pacientes, a pesar de que el contraste entre sus rostros endurecidos y las caras angelicales del resto resultase algo esperpéntico. Aunque no era difícil reconocer muchas de las caras, el cambio brutal de sus fisionomías nos evocaba a los profesionales y a mí la pregunta retórica: “¿Quién les iba a decir a esos pequeños risueños, vestidos con sus blusas y jerseys de pico, cuál sería su porvenir?”.

En capítulos anteriores me he referido al cuerpo como espacio de representación simbólica de la realidad vivida, y más concretamente al proceso de incorporación del devenir yonqui, a partir del cual, como un chivo expiatorio, el cuerpo de los usuarios de drogas se convierte en un espacio en negativo donde se ejerce e inscribe la exclusión social. Por desgracia, este perverso proceso también se ve reflejado en las narrativas corporales de los pacientes de nuestra heterotopía, aunque con distintos niveles de intensidad. Sus economías somáticas, especialmente las de aquellos con “carreras” más largas, han *asimilado* el estigma social. Aunque las heridas acumuladas se expresan en sus rostros y sus órganos, los usuarios prefieren no traerlas a la consciencia para evitar acabar confundiendo la culpa con la autocompasión. De hecho, el sentimiento de culpa deviene una de las improntas más indelebles de sus dantescas vidas. A la mayoría les atormentan recuerdos relacionados con la búsqueda desesperada de dinero para costear sus dosis, a veces mediante el uso de la violencia, y se sienten merecedores de sus desgracias por falta de coraje para abandonar el consumo. Así, por ejemplo, en una entrevista, Okupa me confesaba:

“Me he sentío culpable por haberme equivocado en, ya tan mayor como era, haberme tirao al mundo que me tiré. De haber sabido elegir el camino, ya estaba casao, tenía críos, tenía mi casa comprada, estábamos pagando el piso y de buenas a primeras se me vino todo abajo”.

En consecuencia, la violencia que se revela en la geografía de sus cuerpos no sólo es perpetrada por las condiciones de marginalidad que rodean el contexto de la droga. De forma paradójica, los usuarios catabolizan el sentimiento de culpa a través de la perpetuación del consumo por vía intravenosa. Así, lo que podría considerarse “actos corporales subversivos” (Butler, 1999), adquieren un sentido autosacrificial (de nuevo con Girard, 2002 y 2005). Para ilustrar esta lógica, veamos el siguiente relato de Adri acerca del motivo que desencadenó el uso de drogas “duras”:

–Pues las drogas fue con... dieciocho años. La droga dura. Empecé esporádicamente con la farlopa, la coca...
–Sí –asiento.

- Y ya me enganché (...) Tuve un palo mu fuerte, se me murió mi hijo.
–¿Sí...?
–Con dos añitos.
–Mm.
–Y yo lo que quería era quitarme del medio, ¿sabes?
–Ya, hm.
–Y lo que hice fue crearme un problema bien gordo, ¿sabes?
(...)
–Y ¿cómo, cómo lo tomabas, Adri?
–¡Inyectaooo!
–Inyectao todo.
–Yo...
–¿Y cuando empezaste con la cocaína, lo esnifabas o era inyectada?
–Inyectada
–También inyectada, mh...
–¡Tooodo inyectado!
–O sea, que empezaste de lleno.
–De lleno.
–Por la vena, ¿no?
–¿No ves que me quería... –insinúa que buscaba suicidarse.
–Yaaa...
–... quitar de en medio?
–Pero nunca tuviste sobredosis.
–¡No! Esa es la... es la gracia. Porque yo en este brazo he llegao a tener tres jeringuillas.
–¿Sí?
–Sí. Hm.
–Y las tres a tope, niña. Y mira, aquí estoy.
–¿Y tú sola?
–Yo sola. Me dieron el producto, fui a la farmacia, compré lo que tenía que comprar, la insulina y el agua... ¡Hala! –hace un gesto como de pincharse.– Y ya está, hija. ¡Qué vamos a hacerle! Ya no puedo echar p'atrás, ¿ah?
–Claro, y además que tú no tienes la culpa, Adri, que... –mis palabras se superponen con las que dice ella a continuación.
–Son muchos años ya... ¡Sí, sí la tengo! Sí la tengo, porque si no hubiera catao, no estaría como estoy, ¿entiendes qué te digo?
–Ya pero...
–No estaría como estoy.
–Pero estas cosas, fíjate a cuánta gente le ha pasado.
–Mira, hay personas, yo soy débil de mente.
–Pues no lo creo, Adri, porque vamos, con todo lo que has tenido que pasar...
–Sí, hija, sí, sí... Soy débil de mente. Soy muy débil.
–Yo creo que eres una mujer muy fuerte.
–Síiii –dice sonriéndose irónicamente.
(...)
–¿Y qué le pasó a tu niño?
–Pues que se murió de... corazón.
–De corazón. ¿Tenía algún problema?
–Sí. En la aurícula izquierda, no le cerraba y murió de eso.
–Vaya. ¡Qué pena...!
–Se murió pues, en una mesa de operaciones. Fueron a operarlo, y ahí quedó. No salió bien. Con dos añitos.
–Vaya. Y era tu único hijo, ¿no?
–El único, sí señor. El único que he tenido. No he tenido más.

- Hmm.
–He tenido abortos, ¿no? He tenido cuatro abortos más.
–Mmm.
–O sea, que yo podía tener cinco. ¡A ver qué hago yo con cinco! ¡Y enganchá! A ver, ¿qué hubiera hecho yo, Paloma?
–Y qué han sido, ¿abortos que te practicabas tú para evitar...?
–¡Clarooo! ¡Clarooo!
–Ya, ya.
–¡Si los cuatro que me vinieron fue de lo mismo!
–Mmm. Estaba manteniendo el que tenía. Como trabajaba de lo que trabajaba – dice en tono confidencial.
–Ya... Mmm.
–En un top-less. Y me quedé cuatro veces.

Por lo general, cuanto más prolongados han sido los episodios psicotrópicos en sus trayectorias vitales, más se debilitan las relaciones familiares y las condiciones materiales de existencia empeoran. Miky me resumía así la progresión de su carrera:

- (...) hubo una temporada, ah, cuando me hice toxicómano, al principio iba todo bien porque tenía dinero en el banco, tenía un Seat Panda, un Peugeot 505, y un bar, un barecillo que... era propietario de un barecillo. Pero... empecé a consumir, a consumir, y, aunque parezca mentira, se gasta uno un dineral en, sobre todo en base, que lo, que es coca cruda, perdón, en coca base.
–Hmm.
–Y entonces pues te, primero te quedas sin dinero en el banco, luego sin dinero pa' pagar lo, a los que te traen cerveza y coca-cola, luego vendes los coches, y por fin, abusas de los amigos.
–Hmm.
–Y... y te cargas los amigos que tienes.
–Ya.
–Porque te huyen. Se, las personas le huyen a los problemas.
–Hm.
–Y entonces, pues te ves en la calle, sin ningún sitio de ninguna entrada de dinero, y con necesidad de... de comprar mínimo, mínimo, imínimo!, dos mil pesetas al día, imínimo! Eso mínimo –suspira.

A continuación, este mismo paciente refería uno de los riesgos que corría cuando se inyectaba en la calle, que sirve para ilustrar el modo en que la exclusión social llega a marcar el cuerpo en ocasiones de forma irreversible:

- Hay veces que... no tienes dinero para la insulina –se refiere a la jeringuilla–, y coges insulinas del suelo. Y con una caja de cerillas le sacas punta.
–Hmm.
–Porque están despuntadas.
–Claro.
–Y el agua, cuando no encuentras agua en cualquier lao, pues de los charcos de lluvia, coges agua.
–¿De los charcos de agua?

–Sí. Más de una persona se ha quedao ciega por el limón. Porque, ah..., ha cogió limón del suelo y le ha entrado candidia..., una Cándida.

–Sí.

–Y han perdido, o la vista en un ojo, o la vista en los dos ojos.

En efecto, las vidas y los cuerpos de la mayoría de los pacientes más experimentados están *marcados* por enfermedades que se transmiten por vía parenteral, como el virus de la hepatitis o el sida. Asimismo, eventualmente se han presentado en el centro casos de tuberculosis, así como otras patologías respiratorias relacionadas con el uso inhalado de cocaína. En algunos casos, la morbilidad tiene su origen en la impureza de la sustancia, como la endoftalmitis candidiásica que describía Miky, o la característica endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus*. No obstante, hay que precisar que algunos usuarios, como Vicente, referían un mayor control de las condiciones de higiene a la hora de inyectarse, tanto en su ámbito privado como en la calle, habiendo frecuentado dispositivos de programas de reducción de daños y de intercambio de jeringuillas. Sin embargo, también en este caso encontré una exposición intencionada al riesgo de infección asociado al pinchazo, como una forma de autolesión y castigo. En una entrevista que le realicé en una cafetería me relataba su experiencia al respecto:

–Yo en eso sí he tenido cuidado siempre. O sea, yo nunca he tenido abscesos ni... Yo creo que toas esas cosas que... les pasa a determinadas personas, a veces, o muchas veces, es por dejadez, ¿no? Que tú... tú mismo te vas descuidando, y vas perdiendo autoestima, y vas perdiendo... muchos valores, que al final te dejan.

–Porque a lo mejor estás solo...

–Sí, o por lo que sea. Y al final te dejas sin, en una situación penosa, ¿no?

–Tú, por ejemplo, compartir jeringuillas, ¿no lo has hecho nunca?

–Pues, sí lo hice. Y luego me dijo un médico una vez: "A ti te ha tocao la lotería", me dijo un psiquiatra una vez.

–¿Sí?

–Y, y en eso tiene razón. Porque gente que, del mismo círculo. Bueno, yo con la gente que empecé del grupo, todos, todos han fallecido ya.

–Hmm.

–Y todo por el tema este. Y si no exactamente del tema, pues de algo relacionao con...

–Con alguna enfermedad... hepatitis...

–Sí. Y –carraspea– sí, sí la compartí. Incluso una vez, eh, yo cogí una hepatitis aposta, por ejemplo.

–Mhh

–O sea, no... Lo cuento esto y hay gente que no se lo cree, ¿no? Pero, fue en una época en la que pues, digamos que no me quería mucho, y... y fui a coger la hepatitis aposta. Y sabía, un amigo, el chaval con el que empecé, pues sabía que él cogió la hepatitis, la cogió no aposta, la cogió sin querer, accidental, y... yo fui a, le dije que me dejara su jeringa, tal y... la pillé ahí.

–¿La hepatitis C?

–No

–¿La B? Mhh. –Se hace una pausa.– ¿Y sólo cogiste eso?

- Sí, sólo. ¿Te parece poco?, ja, ja, ja.
–Ya... pero, ¡podías haber cogido más cosas, incluso!
–Ya, no, sí.
(...)
–Pero bueno, estaba pasando esa etapa, y también, bueno, ocurrió un incidente, que se murió una chica con la que yo salía y tal, ¿no? y fue a partir de ahí.
–Estabas un poco deprimido, ¿no?
–Sí, fue por eso, por lo que actué de esa manera.
(...)
–Hombre, yo siempre he tenido cuidao y... aparte que también siempre lo he hecho, lo que es el acto de meterse y tal –entre dientes y bajando el tono de voz–, pues lo he hecho siempre solo. Bueno, cuando digo solo, quiero decir que he intentado hacerlo en mi casa siempre, en mi habitación, y...
–Y usabas alcohol...
–Hombre, a lo mejor alcohol no utilizaba, pero, sí, utilizaba toallitas y eso, que te daban en los centros estos, ¿no? Y...
–¿Te comprabas tú las jeringuillas?
–Sí.
–¿No tenías problemas para...?
–Llevaba mis jeringas y tal y siempre cuando he tenido algún bulto que me lo he echao fuera, lo que sea, no he dejao que pasase más de un día y he ido al médico, a que me lo viera, ¿no?
–Algún absceso, o alguna flebitis...
–Sí, siempre he ido al médico, o me he dao con alguna pomada...
–Sí, te has cuidao...
–Nunca he tenido problemas yo de abscesos y tal. Hay gente, me acuerdo en la narcosala de Madrid, había una chica argentina con la que entablé así una amistad y... se quedaba alucinada de los brazos, ¿no?
(...)
–Así que tú también ibas a narcosalas, además de... ponerte en tu casa, a veces...
–Sí, a veces iba allí.

Pero además de las enfermedades asociadas al uso de sustancias o jeringuillas contaminadas, también han violentado sus cuerpos la prostitución, la mendicidad, la delincuencia, las tentativas de suicidio, las peleas callejeras, la soledad, la cárcel, la malnutrición, la pérdida y el abandono, empezando esa violencia en muchos casos por el incesto, los abusos sexuales y los malos tratos en la infancia¹. No es de extrañar que, después de pasar por estas vicisitudes, muchos de los usuarios veteranos se tambaleen como un junco en sus atuendos fantoches, sus voces suenan rasgadas, y sus mejillas se hayan tornado enjutas, la barbilla y la nariz afiladas y su mirada opaca. Se diría que existe una relación directamente

¹ Miky, por ejemplo, me contó que el motivo de “haber acabado así” se debía a su infancia traumática, después de confesarme que en una ocasión había maltratado a una de sus novias:

- (...) Yo es que odio a los maltratadores. Mi padre, bueno, el padre de mi hermana, yo no sé quién es mi padre, era un maltratador.
–¿A ti también te pegaba?
–¡Uf, si me pegaba! Claro que me pegaba. Hasta que un día mi madre dijo: “Ahí te vas a quedar”.

Miky tenía ocho años cuando su madre dejó al padrastro y se llevó a sus dos hijos con ella.

proporcional entre la decadencia de su *habitus* y la intensidad de su inmersión en el inframundo de la exclusión social asociada al uso de drogas. Una perversa relación que encaja con la matemática del espejo cóncavo.

Otra de las metáforas corporales de la marginalidad son las mutilaciones. En su obra *Yonqui* (2004), Burroughs se percata de la cercanía física entre los lugares donde se vende heroína suelen y las tiendas de prótesis tales como dentaduras postizas, pelucas, piernas ortopédicas, etc. Efectivamente, lo protésico está muy presente en los cuerpos de los pacientes, y a una edad mucho más precoz que en la población general. Las precarias condiciones de higiene con las que ha contado (o aún cuenta) la mayoría de los usuarios de larga trayectoria en situación de marginalidad, los déficits alimentarios y la menor salivación que producen los opiáceos son factores que favorecen la piorrea, de manera que las bocas desdentadas de muchos pacientes envejecían prematuramente sus rostros y los marcaban con uno de los rasgos de la imagen yonqui.



Fotografías extraídas del póster de Urquía, March-Cerdà y Romero-Vallecillos (2009).

Por otro lado, Adri tenía un ojo de cristal a consecuencia de una infección por un “hongo mortífero”, según sus palabras, que contaminó una partida de heroína distribuida en la ciudad. José Ángel me contó más tarde que hubo varias personas afectadas y al cabo de un tiempo apareció el cadáver de quien supuestamente había introducido la mercancía. A pesar de las complicaciones de la micosis, Adri opinaba que fue una negligencia médica la que llevó a que se le practicara una enucleación. También he observado que con frecuencia los pacientes sufren accidentes, generalmente de tráfico, que requieren hospitalización e incluso colocación de prótesis. Es el caso de El Gato con Botas, un paciente de

cuarenta y cuatro años que sufrió una fractura de la cabeza del fémur en un accidente de moto (después de haber tenido otro percance con el coche), y ha estado esperando a que los médicos decidieran si estaba indicado implantarle a una prótesis de cadera, puesto que con su edad precisaría varios recambios a largo plazo. Valgan las siguientes notas de campo para ilustrar la significativa siniestralidad y las marcas corporales que he observado entre los pacientes:

Tarde del Día de las Cruces. Desde la sala de inyección, José Ángel y yo oímos risas procedentes de la sala de espera. De pronto, por el pasillo aparece Víctor descamisado, descalzo, con los pantalones remangados y haciendo bromas con un papel cubrecamillas que lleva a modo de delantal. Se dirige de esa guisa a la sala de curas para que la doctora le explore una herida en la pierna. Como ya no quedan pacientes inyectándose, el enfermero y yo nos acercamos allí, no sin antes preguntar si puedo presenciar la exploración. Cuando el paciente se desviste, suenan unas monedas que se le caen del bolsillo del pantalón. Se tumba en la camilla y al quitarse el calcetín nos deja ver una lesión longitudinal en la cara externa de la pierna derecha, próxima al maleolo. Es profunda y no tiene buen aspecto. Presenta signos de inflamación y ya se ve tejido de granulación en el fondo, de manera que está empezando a cicatrizar por segunda intención.

- No se me cierra por el roce del calcetín y de la bota –aclara el paciente.
- ¿Te duele, Víctor? –le pregunto.
- No.
- Parece que está haciendo edema en los dos tobillos, ¿no? –observa José Ángel.
- No, yo le veo sólo en el de la herida –dice la doctora–. (...) Víctor, tienes que ir a tu centro de salud a que te curen esta herida y que te pauten bien un antibiótico, que la tienes infectada.

La doctora le insiste varias veces en la importancia de que se preocupe por ello, y el enfermero le cura la herida, cubriéndola con un apósito.

- ¿Cómo te la hiciste? –trato de averiguar.
- Se me cayó un balcón en lo alto.
- Estaba cambiándolo de sitio. ¿Eh, Víctor? –bromea el enfermero. En efecto, el otro día el paciente alardeaba en la sala de inyección de que había arrancado la barandilla de hierro de un balcón para venderla.
- Me preocupa la inflamación alrededor de la herida. Es que se te puede necrosar –le advierte la doctora.
- No querrás acabar con una pata de palo –añade José Ángel.
- Con la buena planta que tienes, Víctor... –le digo para seguir la broma.
- Esto no es ná.

Además de la herida, el usuario presenta dos grandes cicatrices en la pierna y el abdomen y luce otro par de tatuajes que le cubren el pecho y la espalda. “Lo de la otra pierna es un callo [de fractura] de tibia y peroné”, nos explica. Víctor se siente orgulloso de su físico y hace gala de la fuerza que tiene:

- Mira qué venas (...) Campeón de ciclismo de Andalucía que era –alardea al incorporarse, ensanchando los hombros y sacando músculo.

–Aquí hay muchos deportistas –apunta José Ángel, y menciona a dos pacientes que jugaban al tenis y al fútbol–. ¿Y eso? –le pregunta a Víctor refiriéndose a su barriga.

–Los serratos.

–Los serratos, sí... –repite el enfermero con sorna.

Como el paciente parece encantado de mostrarnos su anatomía y sus heridas de guerra, aprovecho para preguntarle por una cicatriz quirúrgica que recorre el mesogastrio, siguiendo la línea alba del abdomen.

–Víctor, ¿y esa cicatriz?

–Un riñón menos.

Me cuenta que sufrió un politraumatismo por un accidente de moto al colisionar con un coche de autoescuela. Intentó saltar del vehículo, pero al parecer se le quedó enganchada la hebilla de la bota. Con gran dramatismo, nos relata que de repente se vio tendido en el suelo, “con la bota sobre el hombro izquierdo”, y que al querer apartarla, se quedó impresionado cuando vio que lo que tenía sobre la espalda era su propia pierna. Al ingresar le diagnosticaron una triple fractura de fémur, tibia y peroné, y una lesión de riñón y bazo. Aunque hubo que realizarle una nefrectomía, pudo conservar el bazo, colocándole una malla.

–¿Perdiste el conocimiento? –le pregunto.

–No, no podía. Entonces estaba muy enganchao. Llevaba ochocientos gramos de hachís encima y ciento cincuenta en la barriga, que me los había tragado, porque entonces traficaba. Llegó la policía y me cacheó.

–¿Estuviste mucho tiempo ingresado?

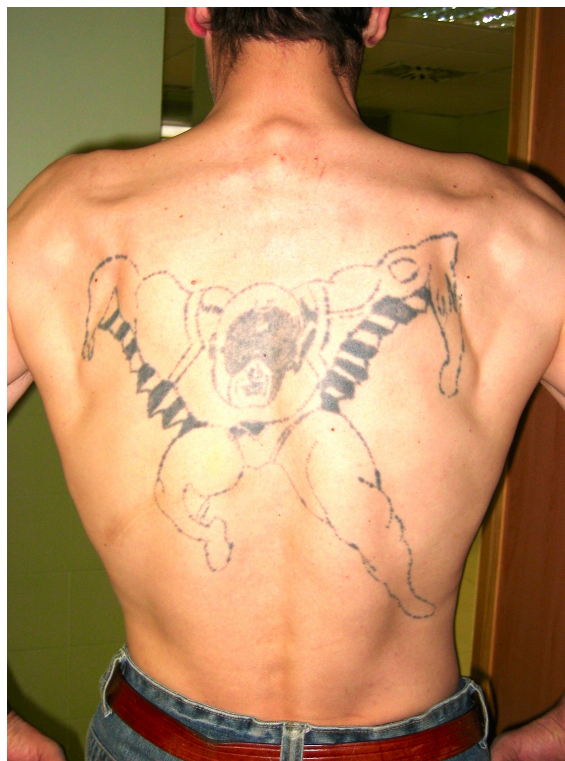
–Me llevaron a la UVI. Allí le pregunté a uno cuánto llevaba: un mes. Al de al lado: tres meses. Al otro: un año. Y yo dije: ¡Madre mía...! ¿Sabes cuánto estuve, con triple fractura, fémur, tibia y peroné, y rotura de bazo y riñón?

–¿Un mes?

–Veintisiete días.

La poética de la transgresión y el exceso sobre la piel.

Después, le pregunto a Víctor por sus llamativos tatuajes, empezando por el del pecho, que representa una rosa. “Me lo hizo un colega en San Miguel Bajo, hace muchos años”, contesta. No le importa que los fotografíe, “mientras no me saques la cara”. Pero el que muestra con más orgullo es el de la espalda. Con aire grave, Víctor hincha el pecho, coloca los brazos en jarras y extiende el dorso de la espalda contrayendo los músculos para realzar el tatuaje. Su pose me recuerda a Robert de Niro en *El Cabo del Miedo*. Pero en lugar de un crucifijo sosteniendo una balanza con las palabras “Truth” y “Justice” a cada lado, el tatuaje de Víctor representa un personaje en actitud guerrera inspirado en la estética de la serie de animación *Bola de dragón*, con músculos que parecen michelines, y dibujado con una perspectiva dudosa. De hecho, la época en que se popularizó esta serie, en los años noventa, coincide con la estancia en prisión de este usuario durante su primera juventud, como nos contó en una ocasión:



- La primera vez que fui a la cárcel tenía dieciséis años, y ahora tengo cuarenta y cuatro. Me cogieron con una pastilla de chocolate: cero con ocho miligramos.
- Ahora se lo fuman tranquilamente en las plazas –contesta José Ángel.
- ¡Qué manera de echar a perder una criatura! –se lamenta Víctor.

Así pues, en la epidermis de los usuarios se expresa tanto la violencia y la marginalidad que rodean el uso de drogas ilegales como una retórica de la transgresión y el exceso en torno a ellas. Por un lado, en la época en que los pacientes con carreras más largas se hicieron sus primeros tatuajes, éstos denotaban la pertenencia a grupos sociales subalternos y representaban socialmente un estigma, aunque actualmente este tipo de técnicas corporales se haya extendido a la sociedad normalizada, especialmente los jóvenes, variando su significado hacia la ornamentación y el culto al cuerpo. Así, por ejemplo, Miky me decía:

- Si no tuviera ningún tatuaje, no me haría ninguno.
- ¿Sí? Mhh.
- Ah, y no me haría ninguno porque... te marcan.
- Hmm.

- De alguna forma te pones tú solo una etiquetita, que quiere decir, ah... Bueno, antes quería decir que habías estao en la cárcel, que... que estabas en la Legión o en algún, algún ejército de esos de por ahí, eh...
 –Antes, en el pasado, quieres decir... la gente...
 –Sí, hace catorce o quince años no se hacían los tatuajes todo el mundo como ahora. Ahora es que los niños se hacen tatuajes.
 –Mmh..
 –¡Y las niñas!
 –Sí, sí. Está de moda.
 –Sí, ¡qué barbaridad!

Como Miky, también Tete criticaba la apropiación de la estética asociada a las formas de vida de algunos grupos juveniles contraculturales, cuyos itinerarios a veces se intersectaban –de hecho, este usuario tenía como vecinos a algunos de estos jóvenes que también habitaban en las cuevas del Sacromonte–, interpretándola como una pose, un gesto impostado e hipócrita de individuos de origen burgués, que banalizaban las retóricas corporales propias del colectivo de yonquis a través de las cuales resistían y sublimaban su sufrimiento. En una de nuestras tardes en los Jardines del Triunfo, después de contarme cómo se había hecho sus “agujeros” o *piercings*, como empezaron a llamarse luego, aludiendo a una pandilla de jóvenes que animaba el ambiente con instrumentos étnicos de percusión, dijo en relación a su aspecto desaliñado:

- Y ahora, como digo yo, los punkis modernos, los hippies estos de pastel modernos, niños de papá, ¿sabes?
 –Je, je.
 –Están una semana en la calle y como llueva, ya están llamando al papá.
 –Ja, ja.
 –Siempre van limpicos, que digo: “¿Cómo podéis ir limpios, colega?”. Yo estoy en una cueva y mira cómo voy. Ayer iba limpio, pero ayer no sé lo que hice... Yo me pongo algo limpio... ¡Y esto –refiriéndose a la ropa que lleva– está durando demasiao!, ¿sabes? Y los niños estos, ya ves, la ropa que llevan, ¡que les cuesta un riñón! Un día fui a una tienda de esa a comprar ropa, me fui con una chavalilla que conocí.
 –Sí.
 –Y flipé.
 –¿Sí?
 –¡Joer! Si yo con lo que tiene esa de ropa, con lo que va vestida, ya paso casi... medio mes.
 –Hmm.
 –¿Sabes? Y toa esa moda que ha salío así, de los pantalones rotos y to eso, ha sío por la gente de la calle, que hemos estao consumiendo en la calle. De no tener otros pantalones y llevar los mismos pantalones un mes, y de tanto sentarte, he, he, el culo pues se ha desgastao, ¿sabes?
 –Claro.
 –Se le ha hecho una raja aquí, y otra aquí, pos... Bueno, y ahora quieres unos de esos, pues vas a una tienda y pagas dos mil duros.
 –Ya.

–Pues dámelos a mí, me das los mil duros, yo al mes te los los doy, y luego me los dejas.
–Je, je. ¡Auténticos!
–He, he. ¡Y la mierda también, si quieres! ¿Entiendes? Es verdad, yo no pagaría lo que pagan. Si es que yo flipo. Yo lo pienso así, no creo que me equivoque mucho, ¿sabes?
–No...

Sin embargo, los usuarios no dejaban de sentirse orgullosos de sus tatuajes, al tiempo que exhibirlos para mi investigación etnográfica –o, con anterioridad, en algunos reportajes de los medios de comunicación– devenía una forma de empoderamiento y de valorización de estas marcas corporales:

–Oye, Miky, ¿te importa que te haga una fotillo? –pregunto refiriéndome a uno de sus tatuajes.
–No, puedes sacármela, me han sacao ya muchas y he salido en la tele.
–¿Ah, sí?, ¿no me digas? –pregunto sonriendo.
–Sí. Al principio daba vergüencilla. Pero dices: “¡Coño!”
–Pero sólo te la saco del tatuaje... –le aclaro para asegurar su anonimato.
–Ahá, muy bien –y se dispone a posar frente a la cámara.
(...)
–¿Ya la has hecho?
–Sí, ¿quieres verla?
–Ah, trae. No, no, ésta –se levanta la camiseta, se baja la cinturilla del pantalón dejando asomar parte del vello púbico, y me anima a que le fotografíe ahora el tatuaje de un espectacular dragón que cubre la mitad de su abdomen.

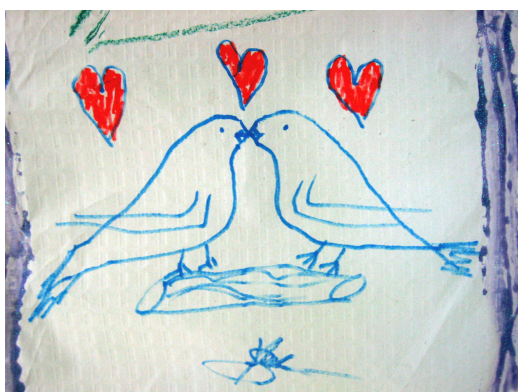
Los tatuajes mostraban simbologías y estilos acordes con los gustos, los valores y la biografía de los pacientes, al tiempo que la calidad de la ejecución denotaba el contexto en que habían sido realizados. Así, además de la imagen vigoréxica que he descrito más arriba, también había narrativas mitológicas, como un dragón (“mi signo del zodiaco”) y místicas:

–El primero que me hice, fue, eh, en el brazo derecho. Y fue una estrella, de David, y una cruz, que es mi religión.
–Ah...
–Una cruz judeocristiana, la estrella de David, y... –se remanga la camisa y me muestra muestra el tatuaje que cubre el deltoides.



Otros eran de tipo erótico-pornográfico, como el que me mostró Tete en el parque, que cubría su brazo derecho y estaba inspirado en la estética de un reconocido dibujante de cómic.

Como era de esperar, también la experiencia de la cárcel se representaba en las temáticas, que muchos pacientes reprodujeron en la carta corporal colectiva. Por ejemplo, Fali dibujó dos palomas unidas por el pico y coronadas por tres corazones. Cuando me acerqué a



preguntarle, me explicó: “También he dibujado una cadena rompiéndose, pero me falta añadir... –dijo señalando el texto referente a la libertad que contenía su propio tatuaje–. Dibujos talegueros”. El usuario se ufanaba no sólo de los tatuajes que él mismo se había realizado en la cárcel, sino de haber tatuado a “todos” los presos de Granada, dado que contaba con maña y “tinta”. Tal vez por haber desempeñado un rol *quasi*-profesional, firmaba cada uno de sus dibujos en el mural, a diferencia de sus compañeros.

Durante esta actividad, también Adri me enseñó con satisfacción sus tatuajes de elaboración propia, incluido el de una rosa en el pecho, sin mostrar el menor reparo en levantarse el jersey ante el resto de pacientes que aguardaban en la sala de espera, un gesto espontáneo que le valió la reprimenda de la enfermera que vigilaba.

También la práctica del tatuaje mimetiza el acto de la venopunción, como analiza Kevin McCarron (1999) a propósito de cuatro conocidas novelas anglosajonas que versan sobre el mundo de las drogas. Veamos, pues, cómo relataba Miky la historia de su tatuaje de la cruz y la estrella:

–Ahá. ¿Y cuándo te hiciste ese, entonces?

- Pues tenía catorce años.
–¡Catorce años! Sí, sí... Y ese, ese no fue profesional, no te lo hizo un profesional...
–No, este a mano.
–Y quién te lo hizo, ¿un amigo?
–Un amigo. Con tres agujas y una pinza de la ropa. Coges el palo de la pinza de la ropa, le pones tres agujas de mayor a menor...
–Ahá, ¡uf!
–... y así.
–¿Iba metiendo la tinta en...?
–Sí, así, en, dentro de la piel.
–Te dolería mucho, no?
–Noté un poco. Duele un poquito, sí.
–Mhh. Ya, ya.
–No mucho, pero duele un poquito. Y los profesionales también duelen.
–También duelen.
–Sí, pero que se, se duerme el trozo de carne al final.
–De tanto pinchazo, ¿no?
–Sí.
–¿Pero no te ponen anestesia ni nada...?
–No, ningún tipo de anestesia, nada de nada, nada.

Además de los estigmas del consumo de drogas ilegales y la violencia de su entorno, como las cicatrices de los abscesos o de las refriegas callejeras, algunos pacientes también presentaban escarificaciones autoinfligidas con una intención estética, o lucían *piercings* que delataban la precariedad de los medios técnicos para su ejecución.



Nótese en la figura inferior a la derecha la característica localización del tatuaje en este paciente dentro de colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral.

La piel, por tanto, deviene un soporte dialéctico entre el espacio interior (íntimo) y el exterior (público). Algunas de estas narrativas simbolizan la relación del sujeto con la droga, como por ejemplo otro de los tatuajes de Miky:



–Después de este –refiriéndose al tatuaje de la cruz y la estrella–, me hice el de la pierna.

–El de la flor y...

–Sí, el de la amapola y el... de la bota (...). Me lo hice con veintiséis años.

–Mmh.

–Y significa, pues, ya conocía la, la droga, que estás muerto en vida cuando... te enganchas.

–Mmh.

–Algo así.

Con estos ejemplos he tratado de ilustrar cómo la forma de estar-en-el-mundo de los usuarios de drogas es una experiencia incorporada. Pero a las experiencias estigmatizantes que se exteriorizan e interiorizan *materialmente* en el cuerpo, hay que añadir las representaciones sociales sobre

los yonquis que llegan a trascender los *discursos* de los propios pacientes acerca de sí mismos, especialmente cuando se refieren a las relaciones sociales en su entorno familiar. Se trata, en última instancia, de imágenes que escenifican una ruptura del contrato social y connotan una deshumanización de los cuerpos, las prácticas, las conductas, y en última instancia, del sujeto. Así, por ejemplo, en sus relatos prevalece una clara alusión a la irracionalidad de los actos de los yonquis asociados al síndrome de abstinencia, como pone de relieve la siguiente “confesión” de Okupa:

“Yo he robao, yo he atracao, yo me he ido a un coche con un tío y le he puesto un cuchillo en el cuello, me he llevao el coche, me he llevao al tío, lo he atao en el pantalón, lo he dejao ahí atao... Yo he hecho locuras, lo que pasa es que no me han cogío, pero yo he hecho locuras. Si yo tuviera que pagar lo que he hecho, echaba, necesitaba cinco o seis vidas”.

Por su parte, durante la actividad de la carta corporal, Miky se tomó una pausa para hablar conmigo y compartir algunas reflexiones éticas sobre

su experiencia como usuario de drogas, en las que apelaba a categorías médicas para justificar determinadas conductas que no terminaba de perdonarse: “Me podía haber ahorrado muchas cosas. Después de ver cómo estoy desde que vengo aquí, me doy cuenta de que la droga era la excusa. Era el síndrome, el síndrome de abstinencia lo que me hacía robar, mentir...”. En otra de nuestras conversaciones, volvió a referirse al *craving* o el impulso irracional y compulsivo de búsqueda de la sustancia como rasgo definitorio de la adicción, estableciendo una asociación entre la baja categoría moral de los camellos, que le merecían una gran desconfianza por su tendencia a adulterar la droga para obtener mayor beneficio económico, y la deshumanización de los yonquis:

–[No se puede] Confiar en ninguno, pero algunos [camellos] tienen más conciencia que otros, sobre todo los que no están enchangaos –me aclara.

–Mh.

–Los que no están enganchaos, se puede confiar más que los que están enganchaos. Le meten menos corte, porque no necesitan para ellos.

–Mh.

–Y, como están con la cabeza más lúcida, no son tan, tan, tan... *degeneraos*, bueno, tan, tan, tan *salvajes*.

Espejo contra espejo: la inversión del esperpento yonqui.

Siguiendo con la metáfora del espejo en el sistema de tropos de mi investigación, podría decirse que la heterotopía descrita deviene un dispositivo especular convexo enfrentado a la matemática del espejo cóncavo, o al menos a algunas de sus ecuaciones. Si los espejos del Callejón del Gato deformaban los cuerpos de los usuarios hasta las producir imágenes grotescas de lo abyecto que configuran el esperpento yonqui, las heterotopías de la heroína funcionan como una superficie esférica, un *aleph* que mediante una estrategia reflexiva devuelve una imagen restaurada de los contornos del cuerpo. Después de haber analizado en el capítulo precedente los sistemas de reflejos entre este emplazamiento y el espacio, ahora me centraré en las relaciones que surgen entre dicho dispositivo disciplinario y la corporalidad yonqui que acabo de describir en los epígrafes anteriores. Como ya anunciaba en el apartado de objetivos de la investigación etnográfica, la intención de mi análisis no es tanto describir las transformaciones del cuerpo en sí, sino desvelar la lógica de los procesos de incorporación, de las experiencias corpóreas vividas en el dispositivo y de recodificación del esperpento yonqui que subyacen a esos cambios, tanto en el plano discursivo como pragmático, e incluso fenomenológico.

En primer lugar, el reflejo que produce la superficie convexa de la institución se proyecta sobre el plano físico, redondeando la figura corporal de los usuarios en un sentido literal. De hecho, lo primero que me impresionó cuando empecé mi trabajo de campo fue encontrar que el aspecto de muchos pacientes (no todos), concretamente sus siluetas, no se correspondía con el perfil del yonqui que habita en el imaginario colectivo. Desde su participación en el ensayo clínico, la mayoría había ganado peso de forma significativa. Pero, a su vez, estos cambios corporales no sólo operaban en un sentido material, sino también simbólico, en tanto dejaban de connotar un *habitus*, es decir, un conjunto de conductas y prácticas corporales de riesgo y contaminación adquiridas en los márgenes, en las fronteras de los sistemas morales. Por citar algunos ejemplos etnográficos, Miky me decía refiriéndose a su estado antes de empezar en el programa: “Hace cuatro años (...) ino daba nadie por mí un duro! Pesaba sesenta y cuatro kilos y... estaba muy deteriorao física y psíquicamente (...) he engordado casi doce kilos. Nunca había estado tan gordo”. Por su parte, Víctor me contaba: “Me puse como una bolita de alcanfor”. También el Gato con Botas, Estrella, 201 o Cristóbal experimentaron cambios evidentes en sus figuras. Sin entrar a analizar las causas de este fenómeno, los usuarios coincidían en destacar la “tranquilidad” que habían encontrado una vez dejaron de “buscarse la vida” en la calle para conseguir la heroína, ralentizando el ritmo trepidante y la ansiedad de su vida cotidiana. Por otro lado, hay que tener en cuenta que a algunos usuarios se les prescribía fármacos anti-psicóticos, entre cuyos efectos secundarios se encuentra el aumento de peso.

Esta transformación somática que opera la farmaco-política del dispositivo también pasa a ser enunciada en los discursos de verdad en torno al mismo, producidos a partir de diferentes epistemologías. Así, las publicaciones científicas sobre esta intervención se focalizan en las transformaciones físicas, de las conductas y prácticas corporales “de riesgo” y de la posición que pasaban a ocupar los usuarios dentro del espacio social, e incluso de su vida emocional o afectiva, es decir, del *habitus*, para constatar el éxito terapéutico de acuerdo al sistema de valores hegemónico orientado a la normalización. Como hemos visto, mientras que en los estudios epidemiológicos (March *et al.* 2006 y Oviedo-Joekes *et al.*, 2009) prevalece un enfoque conductista (centrándose en los consumos externos, la comisión de delitos, el ajuste social, psicológico, social, etc.), así como en los estados morbosos (VIH-sida, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.), en las investigaciones cualitativas la evaluación hacen énfasis en la dimensión social de esos cambios, atendiendo a las valoraciones subjetivas y percepciones de los pacientes y

familiares (Romo y Póo, 2007 y Romo *et al.*, 2009). También desde el campo de la psicología conductista encontramos predicados o verdades “objetivas” acerca de la experiencia emocional de los usuarios (Aguilar *et al.*, 2008:34), que *miden* los “patrones” alterados de “respuesta emocional” ante “estímulos naturales cotidianos de naturaleza apetitiva”, identificando una “mayor sensibilidad a los de naturaleza negativa y neutra”². Asimismo, encontramos referencias a estos cambios corporales en otros trabajos sobre los procesos de recuperación de la ciudadanía a partir de la participación en el programa (Martínez-Casares *et al.*, 2008), a veces abordando desde una perspectiva filosófica las transformaciones sociales y políticas de la vidas de los usuarios (Martínez y Massó, 2007).

Asimismo, volviendo a la escena etnográfica, los propios profesionales, sobre todo los enfermeros más veteranos, solían poner de relieve los cambios en la imagen corporal de los pacientes, recordando el lamentable estado físico en que llegaron algunos de ellos y la espectacular transformación que experimentaron al cabo de sólo unos meses de participar en el programa, con un dramatismo que superaba con creces el lenguaje de los textos científicos. Hay que decir también que estos cambios corporales fueron *problematizados* por el personal de enfermería, llevando a cabo un estudio que relacionaba el “índice de masa corporal” con el tipo de dieta. Aunque no encontraron una asociación significativa, el control de la alimentación devino una de las estrategias disciplinarias del centro que analizaré a continuación.

Pero al mismo tiempo, como denota esta apreciación que destacaban los profesionales, las inversiones que produce esta tecnología anatomopolítica también tienen una eficacia simbólica. Así pues, tomando como punto de partida la perspectiva de Bajtin, puede decirse que en este escenario carnavalesco, donde la heroína inyectada queda des-demonizada pasando a ser una cura, en este espacio de ilusión donde se refleja y permea el espacio social hegemónico hasta llegar a reorbitar los satélites de la droga, donde vemos invertirse no sólo los sistemas normativos, sino también los roles en las relaciones de poder entre sus actores en algunos de los segmentos espaciales y la risa pasa a

² Aunque el consumo de drogas no se incluía entre los “estímulos positivos naturales” que ofrecían a los sujetos del estudio, los autores interpretan que esa insensibilidad a los placeres cotidianos, es decir, la “dificultad de disfrutar de los eventos afectivos cotidianos que constituyen la vida emocional de un sujeto”, explicaría “la *resistencia a abandonar* una situación de consumo”, por lo que proponen “devolver la sensibilidad hacia esos estímulos afectivos cotidianos e incorporarlos en los programas terapéuticos” (Aguilar, 2008:34; la cursiva es mía), de acuerdo a una lógica abstencionista que entra en contradicción con la teleología de los programas de heroína, en tanto tratamientos de mantenimiento “a largo plazo” para una “enfermedad crónica” (François y Mino, 2009:59–60).

desempeñar una función ritual, tiene lugar una nueva inversión, la del cuerpo en su dimensión antropológica a la vez que encarnada, que busca dar muerte al esperpento yonqui y resucitar lo humano. No obstante, hay que advertir que, afortunadamente, no todos los pacientes llegan emancipados al programa, sobre todo los que cuentan con una experiencia relativamente corta, bien por su juventud o por haberse iniciado en el consumo de forma algo “tardía”. En estos casos, puede decirse que la heterotopía ejerce una función preventiva, evitando el deterioro de sus cuerpos y la cristalización del género yonqui.

Regeneración y transfiguración.

En otro capítulo ya he hecho referencia a los procesos discursivos de la degeneración moral asociada a las conductas del exceso. Así, los ‘toxicómanos’ o ‘drogadictos’, en tanto individuos que siguen conductas desviadas de la norma, como los locos (Comelles, 2011), los alcohólicos (Fainzang, 1996), los transgénero (Butler, 2008 y Preciado, 2008), a menudo son representados a través de metáforas de animalización para connotar su condición de no-humanos, su de-generación. También hemos visto cómo la recuperación del estatuto de ciudadanía de este colectivo, así como su capacidad de autogestión y desestigmatización social, son algunos de los logros que comúnmente se atribuyen a las políticas de reducción de daños, si bien ya se ha advertido de la vertiente neoliberal de sus principios salubristas (Gowan *et al.*, 2012; Jauffret-Roustide, 2005 y 2009). En los siguientes apartados, mi interés se centra en relacionar la experiencia humanizadora vivida por los usuarios de drogas de nuestro dispositivo de estudio, correligionaria de esa nueva biopolítica del uso de drogas, con los procesos de performatividad a través de los cuales opera aquí la domesticación del esperpento yonqui.

En el anterior relato de Miky, encontrábamos una referencia explícita a la “degeneración” y “lo salvaje” del ser yonqui que, según se desprende, culmina cuando el sujeto llega a traicionar el sistema de valores en el que ha sido socializado. Analizando su discurso con mayor profundidad, vemos que el yonqui no sólo se define por la sustancia ilegal que consume, sino, “sobre todo” por los “medios” que usa para conseguir su fin, es decir, de acuerdo a una base moral y la consecuente ruptura del vínculo social. En las sentencias que transcribo en cursiva vemos reflejadas esas claves, es decir, el descabalgamiento entre los fines o necesidades de ciertos grupos sociales y la ausencia de medios y códigos normativos que dispone la estructura social para satisfacerlas, a partir de las cuales Durkheim [1893 y 1897] describiría el fenómeno de anomia:

- No, no. Al principio... yo venía aquí como un conejillo de Indias, como un experimento. Decía: "ya que me ve... soy politóxicómano, a ver si sirve pa' algo"
–Mhh.
–Que le sirva a alguien. Ah... no pensaba en mí.
–Hmm.
–Pero... ¡coño!
–Viste que, que mejorabas, ¿no?
–No, ha... ido avanzando, avanzado, he ido mejorando, mejorando, hasta que de pronto digo: "¡Joder!" Hago un estudio retrospectivo desde el principio hasta ahora, ¡y cómo ha cambiao la cosa, madre mía!
–Mhh.
–Ah..., me considero una persona normal. Y me inyecto to los días. Pero no sé, no me... *no me veo como yonqui*.
–Ya. ¿Y cuando entraste sí?
–Sí. Todavía estaba agarrao a... [Era un] *Yonqui de mierda*.
–Ya, o sea, que tú dirías que es más cómo se consume la heroína por el hecho de ser ilegal lo que te convierte en...
–En yonqui, sí, y por los *medios*...
–Ya no por la sustancia...
–No, por los medios en que la consigues, porque mientes y robas, y trapicheas. *Eso te convierte en yonqui*. No es porque tomes droga, es por la forma en que consigues primero pa' tomarlo. Pierdes el *amor propio*, la *dignidad*, el *honor*... Todo lo que uno tiene ahí más o menos, ¡las *bases* que tienes!
–Los valores, claro.
–Se *rompe*.
–Hmm. Y ahora mismo estás a gusto, no?
–Bueno, ahora mismo estoy contento conmigo mismo, que ya es mucho. De vez en cuando me peleo, no? Todavía me exijo y digo: "Eh, esto no... esto hay que avanzar más" –toma aire–. Pero luego digo: "Eh, eh, tranquilo, tío, que hace... hace cuatro años no daban un duro por ti", y que, ¡ino daba nadie por mí un duro! Pesaba sesenta y cuatro kilos y... estaba muy deteriorao física y psíquicamente.

Si tenemos en cuenta que en esta situación anómica el yo se construye (o destruye, según se mire) ontológicamente a partir de un proceso de degeneración moral y de desintegración del vínculo y el soporte social, no es de extrañar que, por lo general, los individuos que se encuentren en esta encrucijada experimenten una pulsión de muerte. Unas veces este deseo se presenta como una conducta autodestructiva frente a un trauma, generalmente la pérdida de un ser querido, como en el caso de Adri u Okupa, que aparentemente motivan el inicio del consumo. Pero en otros relatos el uso de drogas adquiere un significado autolítico cuando se empieza a experimentar ya el deterioro de las relaciones sociales en el seno familiar y entre las amistades, la pérdida del trabajo y, por tanto, de autonomía, etc. Una vez se agotan estos recursos y la búsqueda desesperada de la sustancia estructura una vida cotidiana, cuando se "pierde el amor propio, el honor", en palabras de Miky, y surge esa ruptura del contrato social, es decir, la muerte social, asoma el deseo de muerte física:

–Cuando estabas en la calle (...) no lo veías con tanta claridad –le pregunto refiriéndome a los riesgos de la adulteración de la heroína, como dándolo por hecho.

–Sí, sí lo veía, pero me daba igual. En la calle sí que veía que me podía costar la vida y no me importaba. De hecho, más de una vez me he acostao y he dicho: "¡Ay, Dios mío, por favor, que no me despierte!"

–Mhh...

–No tenía... ganas de seguir luchando. Que luego por la mañana abría los ojos para ver qué moscas pillaba, Paloma, otra vez.

Sin embargo, cuando este usuario refería su experiencia en el programa, destacaba que: “[En este sitio] vuelves a ser persona”. Esta era una de las codas que más se repetían en mis conversaciones con los pacientes, es decir, la recuperación de su estatus político, o en otras palabras, de seres humanos ante el resto de la sociedad. Aludiendo a esta función salvífica de la intervención, este mismo paciente me decía: “Yo ahora soy el de antes (...) cuando estaba en la calle no me reconocía; era, no sé, como un fantasma macarra”, al tiempo que admitía: “Lo que pasa es que soy muy exigente, no? Entonces siempre me veo regular. Pero si comparo con... con hace quince años, bah! Soy una person... una persona... nueva. ¡En tres años de... tratamiento!”.

Al cabo de varios años de su inclusión en el programa, los pacientes seguían valorando este cambio, que ya se destacaba en los testimonios recogidos por Romo y Póo (2007) y Romo *et al.* (2009) al final del ensayo clínico. Como hiciera Valle-Inclán con sus personajes para representar su degradación moral, también en aquellas narrativas de los pacientes y familiares aparecía el efectivo recurso de la animalización referido a los usuarios, que volvían a humanizarse una vez pasaban a participar en el programa:

“Yo estoy muy contenta con mis hijos desde que están en el PEPSA, los veo por lo menos eso que son más *personas* (...) pero en el año y pico que lo tengo aquí sé cómo se ponen de *fieras* porque no son personas. Yo cuando se ponen de esta manera digo que *no son hijos míos*. (...) [Ahora] no [es] como antes que les daba igual todo y les daba lo mismo por ir sucios que ir limpios y que eran unos “*degeneraos*” totales”. (Romo y Póo, 2007:144; la cursiva es mía.)

“Now, they’re real people. I see my brother as a person; he takes my kids to basketball. I don’t know; I can count on him now for anything (...); they don’t need to steal or hurt anyone. What I think is best? That they’re people; they must fell, like, over the moon”. (Romo *et al.*, 2009:191).

Así, el abandono del esperpento yonqui, como en el ciclo que se celebra en el carnaval, produce una regeneración y resucita a una nueva vida. Hay que decir que, por desgracia, después de varios años de rodaje del programa, me encontré con algunos usuarios veteranos (tanto en el

consumo de drogas como en el dispositivo) que aún mantenían ese pesimismo vital. Así, por ejemplo, en una entrevista a Tete, le pregunté cuál era “el mejor momento del día, habitualmente”, a lo que me contestó:

- ¿Habitualmente? La noche. Cuando ya me quedo en el sofá tranquilo, digo: bueno, ya puedo, ya s’ha acabao el día, ¿no?
–¿Después de tomarte la metadona?
–Sí, después de tomarme la metadona me tomo un par de tubos de cerveza
–Hmm.
–Me tumbo y veo un poco la tele.
–Hmm.
–Luego, ya te digo, apago, pongo la radio y ya me quedo dormío hasta el día siguiente.
–Hmm.
–Ya digo, ese es el mejor momento. Cuando digo: “Ya ha pasado el día. Ya, mañana, sea lo que Dios quiera; ya un día más y un día menos. Si... abrimos los ojos, pues de puta madre, si no, pos... mira, no me habré enterao” (...) ¡Me imagino! Espero que no me vaya a despertar ahí, haciéndome daño algo y luego me muera, ¿sabes? Es una muerte suave, que no te enteras.³

Pero, por lo general, en los relatos de los usuarios vuelve a surgir la energía vital a partir de su experiencia en el dispositivo, como si se iniciase una nueva etapa existencial y política. Ya durante la última etapa del ensayo clínico, Romo y Póo (2007:111) encontraron este mismo discurso en los pacientes entrevistados. Miky, por ejemplo, aún lo destacaba en nuestras conversaciones dentro del centro: “(...) y ahora, pues... ¡tengo esperanza!” Asimismo, me hablaba de un proyecto que acaso se planteaba en un sentido más imaginario que real: “Lo que yo quiero es, poco a poco, comprar una autocaravana, y vi, y vivir en una caravana y viajar. Viajar un poco. Sí. Es una ilusión que tengo”. Por su parte, Okupa me decía que aunque se puede pensar que los pacientes están “esclavizados” por tener que acudir al centro a diario, “hay que ver lo positivo”. Tres años antes de esta declaración, relataba así el cambio que experimentó con su adhesión al programa:

“Antes decía: “Me tengo que buscar la vida”, buscar mil duros que me dejaba al día, que pa buscarte diez mil pesetas diarias tienes que andar, y tienes que moverte, o tienes que aparcar coches, o tienes que... (...) Yo lo que ahora quiero es arreglarme mi boca y conseguir un... piso, un estudio, una habitación, un cuarto, una buhardilla, lo que sea, pero que esté yo solo o con alguien de mi agrado, que... que yo pueda salir un sábado y pueda hablar con una chavala, o pueda, pueda, echarme una novia, ¿por qué no?”

³ Hay que matizar que justo antes el usuario me había hablado de su percepción del riesgo de sobredosis por el uso de heroína inyectada, ya se tratase del uso controlado en el centro o de los consumos externos, relatándome algunas experiencias traumáticas al ver morir a sus “colegas” por esta causa. También me describió sus métodos de reanimación cuando alguien “se quedaba” como, por ejemplo, “saltar encima de su pecho, a puñetazos, pa’ que se moviese la sangre”, o propinar “un par de hostias y hacer caminar”.

Pero, ¿bajo qué mecanismos específicos se produce la “transfiguración” del cuerpo grotesco al cuerpo naturalizado, es decir, cómo se gestiona y experimenta el proceso muerte y resurrección dentro de esta heterotopía?

Cómo deshacer el esperpento yonqui.

Desde una perspectiva materialista cultural, podría pensarse que sólo con el hecho de proporcionar un acceso regulado a la heroína, desaparecen ya muchos de los problemas que marcan la existencia de los usuarios de drogas. En efecto, una vez que los pacientes ya no tienen la “necesidad” de dedicarse a buscar recursos para obtener su dosis diaria, suelen dejar de frecuentar los circuitos marginales de la droga, pasando a prestar atención a otras preocupaciones que se les plantea en su nueva rutina. En algunos casos, incluso se activan procesos de normalización que llevan a la reinserción laboral. Pero la función de este dispositivo no se reduce a la mera *dispensación* de heroína, sino que entran en juego otros mecanismos más sofisticados y efectivos de gubernamentalidad, que propician esos cambios en las vidas y metas de los usuarios y juegan un rol fundamental en los procesos de adaptación a esos otros estados, orientándolos hacia la normalidad.

En mi trabajo de campo, he comprobado cómo la lógica asistencial de la institución, por un lado, reconfigura la producción de sentido de la inyección de heroína como tecnología del cuerpo entre los usuarios y, a partir de ahí, activa nuevos procesos de identidad social. Se trata, pues, de aplicar un mecanismo *discursivo y pragmático* dirigido a “deshacer”⁴ el *habitus* del esperpento yonqui, que no rechaza la materialidad ni las gramáticas del placer a través de las cuales los usuarios han resistido en los márgenes de la norma, sino que las incorpora a ese proceso performativo, a través de la repetición de una liturgia ritual higienizada.

Cabe insistir en que, dentro de esta suerte de carnavalización del uso de heroína, no sólo es necesaria la presencia de los propios usuarios, sino también la de los profesionales, en tanto que ambas figuras entran en estrecha relación en el proceso ritual capaz de transformar la identidad social del sujeto y evocar a la vez que deconstruir el mito. Como nos

⁴ En alusión a la expresión de Butler (2008). Recordemos que en su obra *Deshacer el género*, la autora reelabora el concepto de “doing gender” de Suzanne J. Kessler y Wendy MacKenna, en: *Gender. An Ethnometodological Approach*, siendo aquí el género un “proceso de actuación” (N.T., en Butler, 2008:301).

recuerdan Deleuze y Guattari, los brujos también forman parte de los cuentos. Aunque ya sabemos que estos autores oponen estas figuras *outsider* al mito, en mi opinión no dejan de ser manifestaciones del orden mítico, es decir, del universo simbólico que rige el sistema de relaciones internas de las sociedades humanas (justo lo que ambos filósofos lamentan que haya devenido el único objeto de interés para el estructuralismo)⁵. A mi modo de ver, dichos fenómenos divergentes, de resistencia o esas “líneas de fuga”, como refieren estos autores, equivalen a las formas negativas del orden social que describieran los antropólogos a principios de siglo XX en las llamadas sociedades primitivas con el afán, en última instancia, de comprender mejor su propia *civilisation*. Sin embargo, dichas negatividades, lejos de apartarse o contravenir los mitos o las formaciones rituales, como ya he señalado, para Deleuze y Guattari son una parte constitutiva y esencial de ambos. Igualmente, disiento de mantener la oposición de Lévi-Strauss en *El pensamiento salvaje* entre el orden sacrificial y la institución totémica, como si se tratase de dos modelos independientes, puesto lo que me interesa aquí es resaltar precisamente sus profundas imbricaciones. Tampoco parece conveniente situar paralelamente (o por debajo) a esos modelos las figuras espectrales que guardan una peligrosa proximidad con la ambivalencia de lo sagrado, y que, por otro lado, son indispensables en la celebración de los rituales y no faltan en los mitos.

Por tanto, en este proceso tiene lugar necesariamente un encuentro dialógico entre las epistemes de la (hetero-)doxia sanitaria y las epistemes llegadas de las orillase sociales. Aunque, como ya he señalado, el programa de heroína no deja de entrar en conflicto con los enfoques hegemónicos en el campo de atención a las drogodependencias, comparte con ellos la aplicación de una racionalidad normativa sobre la población a la que se dirige. Por un lado, esa racionalidad respondería al concepto de *doxa* que Bourdieu define como “un punto de vista particular, el punto de vista de los dominantes, que se presenta y se impone como punto de vista universal” (2002:121). Así, el dispositivo promociona unos valores, unas conductas y unos estilos de vida conformes al discurso orientado a la normalización. Pero por otro lado, la *doxa* se enfrenta al “sentido práctico” o la “racionalidad práctica” de la que también nos habla este autor al referirse a los procesos de incorporación que configuran el

⁵ “¿No hay que dar crédito a la hipótesis de Duvignaud según la cual las sociedades están atravesadas por fenómenos “anómicos”, que no son degradaciones del orden mítico, sino dinamismos irreductibles que trazan líneas de fuga, e implican otras formas de expresión que las del mito, incluso si éste las repite por su cuenta para detenerlas? Diríase que al lado de los dos modelos, el del sacrificio y el de la serie, el de la institución totémica y el de la estructura, cabe todavía algo diferente, más secreto, más subterráneo: ¿el brujo y los devenires, que se expresan en los cuentos, y ya no en los ritos o en los mitos?” (2008:244).

habitus de los agentes sociales, de acuerdo a sus condiciones de existencia y su posición en el espacio social (Bourdieu, 2007).

Una vez los usuarios entran a participar en el programa de heroína, cambian las “reglas del juego” (Bourdieu, 2002:40 y 146) y desaparecen las urgencias temporales” del consumo en la calle, es decir, se modifican las condiciones objetivas a partir de las cuales habían adquirido de forma automática un esquema de conductas “razonables” para poder orientarse en su entorno cotidiano, ese “sentido práctico” queda desprovisto de sentido. Se produce, por tanto, una falla entre el *habitus* que se construye en la liminaridad y las nuevas condiciones del uso de heroína inyectada, que plantea un conflicto de identidad. Valga un fragmento de una conversación con Miky para ilustrar cómo algunos pacientes refieren su resistencia inicial dentro del proceso de adaptación a las prácticas rituales dentro del centro:

–¿No te importa que te digan cómo tienes que hacer las cosas...?
–No, al principio sí, ah, pero no es, no es que me digan cómo tengo que hacer las cosas, es que me molestaba todo. ¡Ja, ja, ja! Era antisocial total. Me decían "esto no", pues esto sí. Y, "a ver, y por qué no". Es que ha sido, ten en cuenta que... uno se automargina, y luego los, los demás también te marginan. Te metes en un sitio más, ien un agujero más hondo...!

A su vez, el dispositivo aprovecha ese desplazamiento, que opera tanto en lo simbólico como en lo material, para centrar la posición social de los usuarios en el mundo. Pero en este proceso, la estrategia que sigue la institución no dejar de reconocer el capital, el saber experto y las habilidades corporales adquiridos por los usuarios a lo largo de sus trayectorias de consumo, valorizando así la agencia de los pacientes.

Para analizar los procesos de negociación de la identidad y la alteridad de los usuarios que se activan en este dispositivo, pasaré ahora a describir, por un lado, el conjunto de mecanismos discursivos a través de los cuales se pretende reformular el *habitus* de los usuarios, atendiendo a su dimensión social, política, ética y estética; y por otro lado, los cambios que tienen lugar en este entorno institucional sobre la producción de significado, subjetividad y realidad que entraña el uso de heroína como tecnología del cuerpo.

Estrategias disciplinarias de descodificación del género yonqui.

Pero, ¿cómo se aplica el poder disciplinario sobre los pacientes? ¿Cómo se produce el encuentro entre la lógica del dispositivo y el esferpento

yonqui, es decir, sus estilos, conductas, disposiciones corporales, prácticas, costumbres y modos de vida? Pero también hay que preguntarse por la “gubernamentalidad” en este escenario performativo tal como la formula Foucault, es decir, qué procesos tienen lugar en “la confluencia entre las técnicas de dominación sobre los otros y las técnicas de sí mismo” (1999:445). En otras palabras, ¿cómo se simboliza y experimenta el uso de heroína como práctica corporal de placer, de acuerdo a la economía libidinal de los usuarios?

La pedagogía de las regulaciones en el dispositivo.

A pesar de la controversia suscitada con algunos investigadores del ensayo clínico, el personal del centro ha defendido con firmeza la estrategia de responsabilizar al paciente de sus actos, ya que consideran que es la forma más adecuada para lograr uno de los principales propósitos de este programa: acabar con la imagen estigmatizada del “yonqui”. Así, uno de los enfermeros y ex-director del centro argumentaba en una comunicación a un congreso:

“En el propio sector de la reducción del daño (...) algunos profesionales opinan que si bien se pueden desarrollar algunas acciones destinadas a la mejora de la calidad de vida de los usuarios, hay que ser cautos pues al fin y al cabo siguen siendo de **una casta diferente** que hay que comprender y apoyar pero sin perder la perspectiva de que no son de fiar del todo (...) Otros profesionales – algunos incluso mantienen un contacto indirecto con el programa– han llegado a completar esta opinión añadiendo que debemos tratarlos de forma especial, permitirles ciertos excesos o abusos por su *condición exclusiva*. Es curioso escuchar este mensaje a las mismas personas que más tarde, con tono complaciente, argumentan que programas como éste pretenden la normalización en las vidas de los usuarios. ¿Puede normalizar su vida alguien que en virtud de su condición de drogadicto por un lado es estigmatizado y por otro se le beneficia justificando sus propios excesos?” (Martínez-Casares, 2008).

Hay que tener presente que, dados los criterios de inclusión que establece el programa, en todas las carreras de los usuarios, tarde o temprano, ha habido un encuentro con lo clínico. La dificultad para cumplir con los objetivos de las primeras políticas asistenciales, basadas en la abstinencia, ha llevado a muchos usuarios a recorrer un largo itinerario terapéutico. Sin entrar a valorar la eficacia de las distintas intervenciones sociosanitarias en el campo de las drogodependencias, en estos encuentros han estratificado procesos de performatividad institucionalizada. Así pues, a lo largo de sus “itinerarios asistenciales” (Comelles, 1997), se ha ido consolidando lo que podría denominarse “trans”-identidades clínicas. Con este término me refiero a un *habitus* o conjunto de “disposiciones”, como diría Bourdieu,

adquiridos en los procesos de subjetivación que se activan en este campo institucional, como prueba, por ejemplo, la frecuente contaminación del lenguaje de los usuarios con tecnicismos médicos que contrastan con el habla popular, como ya he referido. A pesar de la heterogeneidad de las formaciones discursivas que configuran este *habitus drogodependiente*, las paradojas que surgen del chirriante cruce de lo institucional y lo anormal, es decir, del espacio terapéutico y la marginalidad, se manifiestan en una serie de comportamientos, actitudes o tácticas frente al campo institucional bastante generalizadas en el colectivo yonqui, especialmente los más veteranos. A su vez, ya hemos visto cómo los profesionales del campo suelen compartir representaciones sociales peyorativas acerca de los usuarios, proyectadas a partir de los comportamientos que observan en su práctica diaria.

En el capítulo anterior me he referido al modo en que se resuelven los conflictos que surgen en torno a la gestión farmacológica de la heroína dentro del dispositivo, a pesar de que muchas de las medidas disciplinarias hayan sido consensuadas por los usuarios y los profesionales. Pero el sistema normativo y las medidas disciplinarias no sólo sirven garantizar una convivencia pacífica y segura, sino que cobran un sentido pedagógico y terapéutico, hasta el punto de que algunos profesionales asumen este aspecto como parte sus competencias. En su opinión, uno de los elementos clave que configuran el programa es la conversión de los usuarios en sujetos con derechos, pero también responsabilidades ante la sociedad. Este planteamiento es coherente con el principio de los programas de reducción de daños, según el cual los usuarios de drogas son capaces de tomar decisiones racionales e informadas sobre su propia salud (Stimson y Donoghoe, 1996). Como señala Mino, por medio de esta lógica, el usuario de drogas “deja de ser visto un inconsciente (*“suspension of rationality”*) y destructor, siendo considerado como un agente activo en la prevención, responsable de sí mismo y de los demás (*“health conscious drug user”*).” (2000:336). Así, durante mis estancias en el centro, he observado que, dentro de una actitud comprensiva con la situación de exclusión social y marginalidad intrínseca a las carreras de muchos pacientes, el personal sanitario trata de modificar aquellas actitudes que juzga victimistas, infantilizadas o manipuladoras para que los usuarios se responsabilicen de sí mismos.

Dentro de la estrategia pedagógica asociada al sistema de regulaciones del centro, merece la pena destacar el área denominada “asertividad y resolución de conflictos”, a través de la cual se anima los pacientes más “rebeldes”, también de forma individualizada, a que aprendan a identificar y gestionar sus emociones, así como expresar sus

disconformidades y reivindicaciones de forma respetuosa. Uno de los gestos que simboliza la deshumanización de las relaciones sociales de muchos pacientes que ingresan en el programa es su mirada. Ara me decía que había “gente que no te miraba a la cara” cuando manifestaba su disconformidad. Los enfermeros trabajan las habilidades sociales para modificar esos códigos de conducta: “Dímelo mirándome a los ojos”, a tiempo que aprovechan las situaciones de conflicto para que los pacientes canalicen sus emociones y aprendan a expresar su afectividad. Ara refería el contacto corporal entre pacientes y profesionales como uno de los recursos que acababa extendiéndose a la vida cotidiana en el centro:

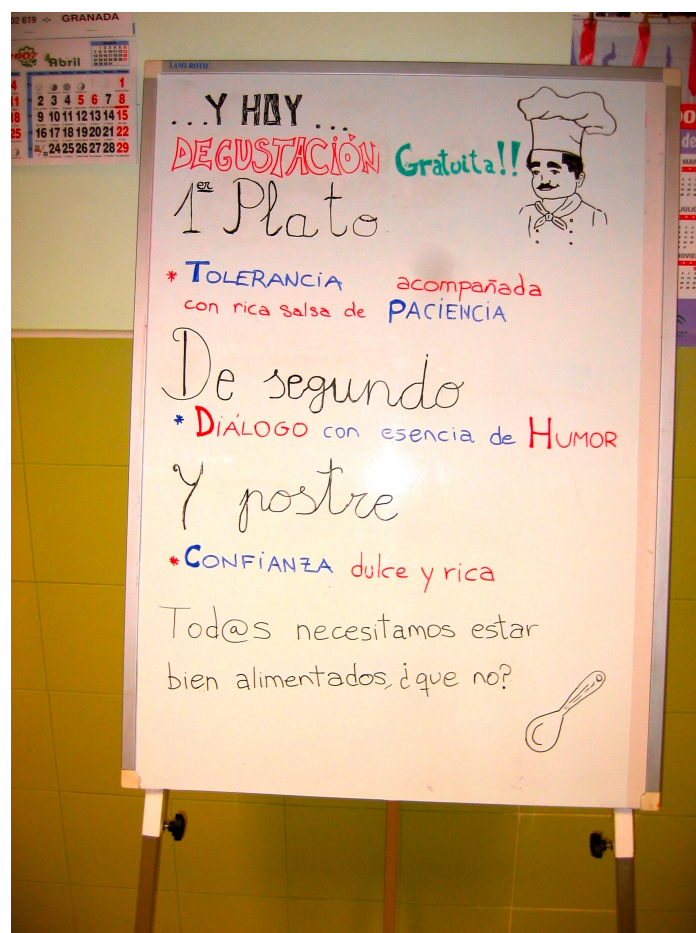
“En una situación tensa, que ves a algún paciente emocionalmente afectado, le dices: “¿Quieres un abrazo? ¡Vente, –como dirigiéndose a otro usuario– que le vamos a dar un abrazo a ...! Y algunos pacientes también se han unido. Por lo menos se sienten más acompañados”.

Según la enfermera, algunos usuarios han llegado a incorporar estas prácticas de afectividad en sus relaciones sociales en el centro, demandándolas eventualmente:

“Okupa a veces viene, como otros, y me dice: “Dame dos besos”. Adri también se lleva algún arrechuchón. 201 también, aunque es distinta. Si sale espontáneamente de ti, le pides permiso antes, porque le puede sentar mal. Ella lo reconoce (...) A veces hemos hecho una piñita de abrazos. Sale espontáneamente, de vez en cuando”.

Igualmente, José Ángel me contó una experiencia conflictiva que tuvo con Mimalo, un usuario que “tenía mal el tema de las reivindicaciones y se le animó a que lo canalizase”. Según el enfermero, este paciente “montaba muchos pollos y muchos [profesionales] le tenían miedo, porque tenía contactos con asociaciones, la EASP”, etc. En ese momento, “apenas me conocía; yo había tenido poco contacto con él porque este paciente venía del grupo de metadona [del ensayo clínico] y además estuvo recibiendo tratamiento en casa por una recaída por el VIH”. Cuando en aquella ocasión Mimalo gritó e insultó al enfermero, éste le contestó que:

“por respeto, allí no podía gritar. Después de aquello, Estrella, [la pareja de Mimalo por entonces y también usuaria del centro, que presenció el incidente], se temió que lo expulsaran, pero (...) a los dos días, en la consulta de enfermería me pidió disculpas y a raíz de ahí nos hicimos amigos. Luego me invitó a su casa y todo (...) [Desde ese momento] trabajamos juntos el tema de la asertividad y resolución de conflictos.”



Así pues, aun formando parte del proceso de consolidación de las trans-identidades clínicas a las que me he referido, las medidas disciplinarias tienen por finalidad revertir ciertas “disposiciones” bien asociales, bien yatrogénicas en este colectivo. Acaso uno de los mejores ejemplos para ilustrar la eficacia de subjetivación y de gubernamentalidad del dispositivo, y más concretamente la asimilación de la teleología institucional a sus propios propósitos, conductas y técnicas de sí, sea el de Miky. A la hora de hacer balance al cabo de tres años de su participación en este dispositivo clínico, este usuario se “apropia” de los objetivos del programa, como, por ejemplo, la reducción de los consumos externos (ya hemos visto la motivación de este paciente para realizarse los tests de orina aleatorios). Huelga decir que no pretendo restarle mérito al esfuerzo de este y otros pacientes por conseguir abstenerse de consumir en la calle, entre otros objetivos. Al contrario, todos ellos demuestran una gran fuerza de voluntad de la que bien pueden vanagloriarse. Lo que me interesa destacar aquí es cómo Miky connota las técnicas disciplinarias de consumo higiénico y medicalizado en el dispositivo con un sentido moral y salvífico, asociando así el plano pragmático de esta intervención con la dimensión *política y material* de su propia *existencia*, sin llegar ya a cuestionar la idoneidad del régimen disciplinario del centro:

–(...) Ah, yo estoy contento, ah... de que hayan probado esto en Granada. Porque es una oportunidad que nos han dado. ¡Buag! Grande, grande, grande...

–Hmm. Y eso que al principio, me contaste una vez que no... –le interrumpo.

–Grande, grande.

–... que no querías...

–No, que no... Ah, ten en cuenta que...[antes] me apetece esto e inyectarme solo. Cuando yo quiera y, de la manera que yo quiera. Y aquí, te... imponían lavarte las manos, ah... darte con alcohol de, antes de inyectarte, eh... Bueno, total, *lo que hay que hacer*. Entonces, ah... uno ya está acostumbrado a ir llegando, yendo al camello y en la calle ponerse. Ah... no... a tener tanta... higiene. Pero... que... que vale la pena. *Ahora ya tengo higiene, no tengo consumos en la calle (...) Cada vez que consumo, es poco.*

(...)

–[En la calle] cada inyección me podía haber costao la vida. En cualquiera de ellas (...) el corte que le echan tiene algún... aditivo y... te mata (...) Todo lo que se, se, se ahorra uno... Buah! Es tan físico, tan físico lo que gana uno estando en un sitio así. Vuelves a ser persona.

La pedagogía de las costumbres.

En su obra magna *El proceso de la civilización* [1939], Norbert Elias analiza los orígenes de los usos y costumbres de la civilización occidental, que surgen en la época de la sociedad cortesana y acompañan la “sociogénesis” y “psicogénesis” de los Estados. Para ello, reúne una serie de textos, tomando como referencia un manual de Erasmo de Rotterdam, *De civilitate morum puerilium* (1530), dirigido al hijo de un príncipe para instruirlo en las normas de decoro que deben observar las personas en la sociedad de la corte. Pero si “el límite del pudor y la frontera de la vergüenza” (Elias, 1989:115) avanzan en el Renacimiento para las gentes nobles, en la sociedad contemporánea esos umbrales aún varían dependiendo de la clase social y el rol que se juega en ella. Si en las clases populares, como ocurría con “el aldeano”, “el salchichero” y demás gentes vulgares del siglo XVI (*Ibid.*, p.101), los códigos de urbanidad y del “*externum corporis decorum*” (*Ibid.*, p.100) –según el humanista holandés, el conjunto de rasgos y gestos faciales, como la mirada, pero también la postura, los modales en la mesa o la manera de sonarse la nariz–, se relajan, mientras que sí son observados por las clases medias y altas, para los chivos expiatorios que merodean en los márgenes de la sociedad, los límites del pudor quedan borrosos.

Asimismo, el cuidado de la imagen corporal, el aseo personal, de la vestimenta, así como el control de los algunos aspectos fisiológicos (p. ej., los eructos o las ventosidades) son otros aspectos que los enfermeros tratan de promocionar para que los usuarios se desvinculen de la imagen

y las costumbres yonquis. Por ejemplo, a los pacientes que no disponen de agua corriente en su hogar, dado que a veces viven en una cueva o en una casa abandonada, o les han cortado el suministro por impago, les insisten en que acudan a los centros asistenciales donde pueden ducharse y lavar la ropa. A modo de ilustración, en una de mis vueltas al centro una primavera, me sorprendió encontrar a Milky con el pelo corto, ya que siempre había lucido una larga melena negra. Después de decirle que le sentaba bien el corte y que se encontraría más fresco en verano, el paciente me contestó que el cambio de imagen simbolizaba una nueva etapa en su vida. Ya sentado a la mesa de inyección, se volvió para decirme: “Yo ahora estoy prosperando un poco. Aunque vivo en una cueva con perros, procuro ir más aseado, me cambio de ropa más a menudo, para oler menos a perro”. Pero al día siguiente, me anunció en tono confidencial: “Te voy a contar por qué me he cortado el pelo”. Y sentándose a mi lado, me explicó:

–Como vivo en una cueva con perros, cuando llueve pasan y pisan por todas partes, encima de la cama, lo llenan todo de..., hacen pis. Y acaba oliendo mal (...) Los médicos de aquí me dijeron que tenía que ir más limpio y que me vendría bien un corte de pelo –hace un gesto de desaprobación–. Si tienen razón, pero sólo en lo de que huelo mal. Fui a APREXA y allí me cortaron el pelo. Así parezco más aseado, y la gente me ve mejor. En fin...

–¿Y tú cómo te ves?

–A mí me da igual. Yo estaba bien antes. Pero es importante el aspecto, cómo te ven los demás.

Siguiendo con el problema de la imagen corporal, cabría suponer que el citado programa de salud bucodental, que ofrecía asistencia gratuita y la colocación de prótesis dentales, sería bien recibido por los pacientes. Pero no fue así para muchos, que no parecían muy convencidos de que les extrajesen las pocas piezas que, con más o menos caries, consevaban y les dejasen, en palabras de Víctor, “la boca como un bebé”, y sólo consintieron después de la insistencia de los investigadores de la EASP y del personal de enfermería. Asimismo, el proceso asistencial requería varias visitas al centro de salud y el sometimiento a una disciplina a la que los usuarios no estaban acostumbrados, a lo que hay que añadir los incidentes ocurridos en la consulta de estomatología que ya he comentado. Además de la vergüenza que los pacientes experimentaban después de la completa extracción de los dientes, debían permanecer durante al menos una semana alimentándose a base de comida triturada, que solía consistir en yogures y potitos, a pesar de que los enfermeros les sugerían alternativas más suculentas y nutritivas. Hay que decir también que en algún caso el resultado no fue satisfactorio y hubo que repetir la prótesis, con la demora correspondiente. Tampoco la gestión financiera, en la que medió la Asociación de Pacientes del PEPSA, estuvo exenta de

problemas. Aun así, hay que reconocer que en la mayoría la intervención ha servido para alcanzar los objetivos esperados. Así, no sólo ha contribuido a prevenir la sepsis bucal, ampliar las posibilidades de la dieta y facilitar la digestión de los alimentos, sino también a mejorar la percepción de la imagen corporal, jugando un papel importante dentro del proceso de normalización y de reinserción social y laboral.

Además de la higiene personal y la dieta, el control de los consumos externos de sustancias e incluso la gestión de los problemas sociales, legales y económicos de los usuarios son aspectos atendidos diariamente en el dispositivo dentro de las actividades de promoción de la salud y los llamados “planes de cuidados de enfermería”. A partir de este tipo de recursos pedagógicos, los enfermeros animan a que los pacientes asuman progresivamente responsabilidades y desarrollen autonomía como una estrategia de empoderamiento. Según José Ángel, uno de los impulsores de esta iniciativa, el usuario decide con qué enfermero prefiere “trabajar” los distintos aspectos de su vida cotidiana que considera susceptibles de mejora, en coordinación con su médica de referencia, realizando un “seguimiento personalizado” a lo largo de uno o dos años:

“Cada enfermero tiene un cupo de usuarios, que son los que eligen a los enfermeros con los que quieren trabajar. (...) Los enfermeros también pueden expresar reticencias una vez asignado el usuario, pero luego se dialoga (...) [A través de este plan], se hace una valoración integral del paciente, se detectan problemas, priorizas con ellos y te marcas objetivos con un sistema de evaluación, que se van reformulando periódicamente de manera conjunta, y siempre en coordinación con la médico de referencia”.



En relación a los rituales de convivencia que se promocionan en el centro, las enfermeras muestran una especial preocupación por educar en las relaciones de género. Ara me decía que a lo largo de su experiencia en el campo de las drogodependencias, había detectado “misoginia” por parte de los usuarios hacia las profesionales, sobre todo de su gremio. En relación al propio dispositivo, me citó el ejemplo de un paciente que empezó a protestar por las barritas de incienso que las enfermeras encendían “para el olor”, con la excusa de “que le daba alergia”. Ara reivindicaba el “empoderamiento de los sanitarios” ante estas actitudes sexistas (a veces usando otros términos menos ortodoxos para expresar su indignación: “¡Hacemos lo que nos sale del coño!”), que empezaron a ser habituales en este paciente. De hecho, llegó un punto en que, en sus propias palabras, “hubo que enfrentarse porque empezó a decir cosas que pasaban de castaño oscuro”. En una ocasión el individuo se refirió en tono despectivo a una usuaria por haber engordado. Igualmente, de una enfermera que, hay que decirlo, no suele mostrarse especialmente efusiva con los pacientes, comentó: “A esta lo que le hace falta es un buen polvo”⁶. Las enfermeras que presenciaban con bochorno estas escenas le hacían apercibimientos: “Oye, chaval, no te pases, porque aquí estamos pacientes y profesionales. No puedes faltar al respecto ni a los profesionales ni a los pacientes”. Pero ese último comentario ofensivo fue el detonante: “Esto es intolerable. No es la primera vez”, se quejaba una Eva, en solidaridad con su compañera. Así pues, Ara decidió que había “que derivarle [al paciente] a dirección”. A pesar de su indignación, Eva opinaba que “no iba a servir para nada”, ya que el director que había en ese momento, con tal de no romper su relación de camaradería con los pacientes, prefería evitar el conflicto con ellos; o en sus propias palabras, “escurrir el bulto”. En efecto, Ara reconocía: “Lo pasé a la sala de dirección. Tardó cinco minutos [en salir]”. Después de la breve conversación con el sujeto, el director se dirigió a Ara y le dijo con socarronería: “Ya sabes cómo son los atarfeños⁷...”. “¿Ves?, te dije que no serviría para nada”, le repetía Eva con resignación. Aun así, Ara opinaba el gesto había servido para que el usuario gobernara su lengua: “Al ser un toque de atención indirecto, algo

⁶ Una tarde en la sala de inyección, oí con cierta vergüenza ajena cómo Víctor le espetaba a esta misma enfermera cuando le entregaba su jeringuilla desde la “pecera”: “¡Ay, hija, qué cara! ¡Parece que has chupao un limón!”

⁷ Es decir, los oriundos de Atarfe, una localidad próxima a Granada. Hay que señalar que los habitantes de esta ciudad representan a sus vecinos de los pueblos circundantes, por ejemplo, Armilla, Pinos Puente o Chauchina, con el estereotipo de “catetos”, caracterizándolos por una forma de hablar poco inteligible y un lenguaje embrutecido. Valga esta nota etnográfica como ilustración, a su vez, de la asimilación de la cultura popular en las formaciones discursivas y las disposiciones corporales que conforman el *habitus* de la mayoría de los usuarios de este dispositivo.

hizo en el paciente. Al menos se contuvo un poco en los comentarios. Los podrá pensar, pero al menos ya no los dice”.

Antes de pasar al siguiente apartado, me interesa subrayar de este proceso terapéutico y performativo que tiene lugar en el dispositivo de estudio un aspecto que conecta y entra en contradicción con la mecánica de producción de saber científico sobre la prescripción de heroína de la que me he ocupado en la primera parte de la tesis, un aspecto que enfrenta de nuevo el anhelo de universalidad para la producción de verdades y la particularidad y el pluralismo que configuran las realidades vividas por los sujetos. Aunque en los distintos ensayos clínicos que se han realizado sobre este tipo de programas en distintas latitudes, encontramos, no por casualidad, los mismos objetivos estándar para evaluar la eficacia del programa, hay que destacar que en la práctica asistencial los objetivos se establecen de forma individualizada, consensuada y renegociada con el paciente, de acuerdo a sus necesidades, demandas, motivaciones y circunstancias cambiantes. En otras palabras, sobre el terreno, los logros reales del programa no se miden por la consecución de unos objetivos prefijados por un evaluador externo (y, a su vez, importados de los protocolos desarrollados por grupos científicos de áreas afines a partir de sus contextos sociales más inmediatos), sino que se cifran en términos más democráticos, subjetivos y procesuales de acuerdo a la idiosincrasia, el entorno social y la voluntad de cada usuario. Así, coincidiendo con Ning (2005:373), y remitiéndonos de nuevo al apartado en el que abordaba la cuestión de las posibles “salidas” de este dispositivo, se puede decir que el éxito o la eficacia del programa pasa a ser relativo y subjetivo, dependiendo de la racionalidad con que se valore y de la experiencia de los pacientes.

El placer domesticado.

“El cuerpo es una gran razón, una pluralidad dotada de un único sentido, una guerra y una paz, un rebaño y un pastor”⁸.

Friedrich Nietzsche
Así habló Zaratustra (1998)

⁸ En esta cita de “De los despreciadores del cuerpo”, el filósofo parafrasea el *Evangelio de San Juan*, 10, 16: «Habrà un solo rebaño y un solo pastor». (N.T., en Nietzsche, 1998:446).

La lógica oculta de la drogadicción.

Sin dejar de reconocer las distintas (y en ocasiones irreconciliables) perspectivas desde las que se ha problematizado la persistencia del uso de drogas, y de opiáceos en particular, creo que podemos convenir que subyace una lógica oculta a este tipo de tecnología del cuerpo y que han advertido especialmente los autores que se han aproximado a este fenómeno desde su dimensión microsocia. Así, por ejemplo, Albertín observa en su trabajo de campo con usuarios de heroína “una doble dualidad siempre presente y constante en el acto de la adicción que mantiene el consumidor”, en relación a “la necesidad inminente de dejar de consumir, aunque tras la entrevista había aspectos que reflejaban una marcada tensión entre la necesidad de dejarlo frente al deseo de seguir tomando” (2003:149). Igualmente, en una ocasión Miky me dijo que para comprender lo que les ocurría a los usuarios había que vivir su experiencia, pero enseguida se corrigió y reconoció que ni siquiera ellos lo entendían. Durante mi experiencia etnográfica, no tardé mucho en convencerme de que es imposible concebir una conducta tan irracional y paradójica desde una lógica aristotélica, en la que $a=a$ y $a\neq b$. Por supuesto, analizar las dinámicas inconscientes que llevan a estas prácticas del cuerpo obligaría a migrar a terrenos teóricos que cambiarían el rumbo de esta investigación. Tal vez incluso sea necesario un retorno a la no razón para aprehender esa lógica. Sin embargo, me permitiré reflexionar brevemente sobre estas cuestiones, ya que también interesan a las ciencias sociales. De hecho, Bourdieu da buena cuenta de ello cuando afirma que “La práctica tiene una lógica que no es la de la lógica y, por consiguiente, aplicar a las lógicas prácticas la lógica lógica es exponerse a destruir (...) la lógica que se pretende describir”. (2002:147).

Según el sociólogo francés, la relación que los agentes sociales establecen con el mundo en sus prácticas es de tipo “infraconsciente” o “infralingüística”, de manera que su comportamiento no responde necesariamente a un fin preconcebido, sino que se trata de “un sinfín [incorporado] de esquemas prácticos de percepción y de valoración que funcionan en tanto que instrumentos de construcción de la realidad (...) [en] que se mueven” (*Ibid*, pp.144–145). Así pues, los procesos a través de los cuales los usuarios adquieren las prácticas de consumo de drogas y construyen su *habitus*, o dicho de otro modo, la racionalidad o el “sentido práctico” a través del cual estos sujetos responden a las reglas del juego en la escena de la droga ilegal e incorporan un capital simbólico se adquieren de forma inconsciente y sin un plan prefijado. Así, por ejemplo, bajo esta premisa Nettleton *et al.* (2011) centran su estudio sobre los procesos de recuperación de usuarios de heroína en los aspectos no-simbólicos o pre-

reflexivos de las transformaciones de la identidad observables en las prácticas corporales, es decir, la “embodied agency”, en lugar de las narrativas orales. De hecho, las autoras titulan su artículo con la siguiente cita de uno de sus informantes: “I don’t think there’s much of a rational mind in a drug addict when they are in the thick of it”.

Por otro lado, desde una perspectiva encarnada y fenomenológica, cabría interpretar la experiencia del uso de drogas a la luz de la tesis nietzscheana ya referida acerca del cuerpo como principio del logos, es decir, de las percepciones y funciones fisiológicas como elementos prelingüísticos a partir de los cuales se configuran las imágenes y luego el lenguaje. Pero si de la práctica corporal de la que hablamos es el uso de heroína, no se puede soslayar la cuestión del goce, como tampoco la dialéctica que he observado en las (i-)racionalidades de los usuarios entre las pulsiones ‘eros’ y ‘thanatos’, por usar la dualidad de la teoría psicoanalítica (Freud, 1997:2507 y ss). Más arriba me refería al sentido sacrificial del consumo de drogas como una técnica autolesiva para expiar una culpa. Pero dentro de este proceso operan tensiones en direcciones opuestas, de manera que su teleología no siempre lleva al deseo de autólisis, sino también a una resistencia, a una afirmación del individuo que lucha por reconciliarse consigo mismo, así como a la búsqueda de una sensación intensa de placer y de desconexión con la realidad. De hecho, el acto de la inyección suele ser considerado como un ritual de autocastigo a la vez que de goce a partir del cual se llega a construir una identidad social (Howard y Borges, 1971; Levine, 1974; Courtwright, Joseph y Des Jarlais, 1989; Loxley and Ovenden, 1995; Pallarés, 1995; Friedman *et al.*, 1998; Plumridge y Chetwynd, 1999; McBride *et al.*, 2001; Pates *et al.*, 2001, Bouhnik, 2002 y 2007, entre otros).

Para Baudrillard, “Todos nosotros, al igual que todos los sistemas, sentimos la avidez de desbordar nuestro propio principio de la realidad y refractarnos en otra lógica” (2001:60). Pero en ese mundo ‘cool’ que describe el filósofo, un mundo colonizado por la transparencia, la caricatura, la sobreinformación y la pornografía, “incluso el *vértigo* es frío, en especial el de las drogas” (*Ibid.*, p. 22; la cursiva es mía). Por su parte, en su antropología de los estados de embriaguez, Veronique Nahoum-Grappe (1991a y 2010) concibe el vértigo corporal como un deseo e incluso una necesidad fisiológica de pérdida de control y de la verticalidad en relación al espacio. Según esta autora,

“Les *conduites de vertige*, souvent perçues comme gratuites, voire absurdes, mettent en péril précisément ce champ de la «politique» corporelle et de la pensée fonctionnelle, *bien qu’elles soient plus ou moins socialement investies de réalités* morales ou esthétiques, plus ou moins articulées en mots, ou *inarticulées*

en leurs contraires, onomatopées, silences, arrêt de la respiration” (Nahoum-Grappe, 1993:155).

Con un enfoque similar, en el capítulo anterior he descrito la sala de inyección como un cronotopo a partir de los relatos de los usuarios acerca de la experiencia del *flash* en este segmento espacial, que también es transparente. Así, veíamos cómo los pacientes refieren un estado de alteración de la conciencia a través del cual pueden salirse del espacio y del tiempo y evadirse así del hastío y vicisitudes de la realidad cotidiana a través de una práctica corporal en conflicto con la norma y los códigos morales hegemónicos.

Así pues, siguiendo con la ambivalencia de el uso de heroína como tecnología del cuerpo, en los discursos y las prácticas de los pacientes late un tácito e inquietante antagonismo vida/muerte, goce/sufrimiento. Una ambivalencia que se traslada también a la sustancia dispensada en el dispositivo, en tanto que vuelve al sentido griego del *phármakon* como remedio/veneno de acuerdo a la dosis. En las trayectorias largas de consumo, hay que reconocer que, dadas las precarias condiciones de posibilidad que impone el sistema de control de las drogas, este juego de tensiones se salda con una clara dominación del polo negativo. Así, después de haberse resquebrajado el vínculo social y de los intentos en vano para restaurarlo y retomar sus metas por medio de las terapias orientadas a la abstinencia o los tratamientos con metadona, muchos usuarios proyectan una imagen de sí mismos como un Sísifo, empujando eternamente la roca hacia la cumbre. Pero a pesar del sufrimiento y el absurdo existencial, ¡están vivos! A veces casi milagrosamente, como opinaba Heaven: “Somos supervivientes”. Incluso en los estados más extremos de exclusión en los que aún se encuentran algunos usuarios, habitando en medios ecológicos hostiles a los que han llegado a adaptarse, sigue existiendo esa dialéctica impulsada por el deseo. “En todos los

lugares donde encontré seres vivos encontré voluntad de poder”⁹, nos dice Nietzsche en boca de Zarathustra (1998:176). Así por ejemplo, cuando conversábamos en los Jardines de El Triunfo, entre trago y trago a su litrona, Tete afirmaba y renegaba de la vida; lo mismo la contemplaba desde fuera, que la narraba desde lo más profundo de su ser. En esa lucha por la supervivencia, la droga (la heroína, la cocaína y, sobre todo en este caso, el alcohol) devenía una estrategia para resistir, silenciar el dolor y experimentar al menos un instante de placer, como una ética del *carpe diem* llevada al extremo.

Asimismo, en la carta corporal que elaboraron los pacientes, se representó de forma plástica el rol de la sexualidad en la fenomenología del uso de heroína. Ya he hecho alusión a algunos elementos de tipo pornográfico que se usaron para componer la imagen, como las ilustraciones de algunas revistas, y los distintos modos en que reaccionaban usuarios y usuarias, a su vez influidos por sus *habitus* y trayectorias vitales. Pero no deja de ser significativo que el personaje colectivo se trate de un ser bisexuado, con pechos, genitales masculinos, una larga melena rubia cogida por una cinta en la frente y adornada con una pluma, piercings y piernas peludas. Ciertamente, se trata de un mural elaborado por hombres y mujeres, por usar las clásicas categorías de género, en el que, por lo general, cada cual proyectaba rasgos de su condición sexual. Pero tanto en la composición material como en el proceso de elaboración de la obra, afloraba de forma significativa la cuestión de la identidad sexual, observándose una particular tolerancia ya no hacia la indeterminación, sino la androginia. Así, por ejemplo, cuando Miky recortó un envase de fruta para colocarlo a modo de pechos y testículos, Adri le advirtió:

–Oye, estás haciendo un travesti.

–No, pero eso no es un travesti. Es *otra* cosa –le replicó su compañero.

–Un transexual –aclaró ella, añadiendo en otro momento: –Está quedando muy guapa, ¿no? ¿Guapa o guapo?

⁹ Téngase presente que este concepto trata de superar la noción de “voluntad de vivir” de Schopenhauer como un instinto de supervivencia o de conservación. Asimismo, valga matizar que, por supuesto, lo que planteo aquí es una reinterpretación del concepto nietzscheano. Como es sabido, para este filósofo el hombre virtuoso o “superhombre” pasa por “tres transformaciones del espíritu” en la búsqueda de la “superación de sí mismo” (*Ibid.*, pp. 53–55 y 174–178): la del “camello”, que deberá deshacerse de las cargas morales; la del “león”, para alcanzar la libertad; y finalmente, como en un renacer, la del “niño”, que le llevará a recuperar la felicidad y la inocencia. En ese proceso, el superhombre se aferra a su voluntad de poder para luchar contra la debilidad, la moral de los esclavos y las ataduras. Precisamente, esos contravalores que debe vencer el hombre “sublime” coinciden con los estados morales que pasan a ser las categorías con que se define la drogadicción o drogodependencia. A su vez, los pacientes de nuestro dispositivo aluden a esos estados o categorías morales para referirse a sus prácticas de consumo y su condición existencial: “Ya es hora de que aprenda de los errores, digo yo”; “soy muy débil”; “no tengo fuerza de voluntad”; “yo es que soy muy vicioso”; “enseguida me canso de las cosas”; “... pero ya no se puede volver atrás”.

–Guapa... Tiene dos sexos y ya está. –Más adelante, Heaven le llamará hermafrodita.

Bajo mi punto de vista, esta manifestación plástica revela de nuevo la dimensión trans-identitaria y trans-género del esperpento yonqui, en el que se disuelve el binomio hombre-mujer, mostrando una figura del exceso, un deseo de potencialidad total del cuerpo vivido y del cuerpo social a través de ambigüedad tanto orgánica como ornamental, que admitiría una interpretación psicoanalítica de acuerdo al concepto freudiano de la sexualidad polimorfa. A su vez, como se aprecia en la figura, este devenir andrógino está rodeado de y penetrado por una



cosmología carnavalesca, donde cobra especial relevancia la experiencia del uso de drogas en su sentido más amplio, pero también otras fuentes de placer, como la música, el sol, la naturaleza o la comida, así como un deseo libertario y transgresor (ver, p. ej., las citas a la izquierda de la figura).

Valga aclarar que mediante mi argumentación acerca de la lógica oculta de la drogadicción no pretendo hacer una apología de la moral de Sade, sino proponer una lectura alternativa de la relación droga-sujeto socialmente contextualizada. De hecho, en breve volveré sobre algunos autores que se han preocupado de buscar marcos teóricos susceptibles de construir discursos y políticas acerca del uso de drogas desde nuevos abordajes teóricos y éticos. Lo que me interesa es descubrir en esa transición acaso metafísica los resortes implícitos a las prácticas de consumo como estrategias de poder y mecanismos del deseo, a través de las cuales los usuarios devienen agentes productivos/destructivos de su propio cuerpo. Una vez más, la subjetividad y las experiencias particulares se revelan clave para comprender los complejos procesos existenciales a los que conducen las prácticas del cuerpo de los usuarios, más allá de las categorías morales y representaciones sociales hegemónicas sobre las drogas, y de los lugares comunes del poder.

A continuación, plantearé una breve crítica a los discursos éticos a los que estamos acostumbrados acerca de los usos de drogas y presentaré algunas líneas de fuga teóricas que se han formulado recientemente. Más adelante, sin dejar de tener presente la matemática del espejo cóncavo que deforma los cuerpos de los usuarios hasta deshumanizar su figura, me ocuparé de analizar el modo en que se gestiona la moral del uso de heroína en nuestro dispositivo, y cómo dichas figuras sociales pasan de ser objetos grotescos (esperpentos, peles) a sujetos (individuos con voluntad de poder) dentro de ese mismo juego de reflejos.

Hacia una valorización de la droga.

“No esperéis de mí que traicione. Naturalmente el opio sigue siendo único y su euforia superior a la de la salud. Yo le debo mis horas perfectas. Es una lástima que en lugar de perfeccionar la desintoxicación, la medicina no trate de volver el opio inofensivo.”

Jean Cocteau
Opio. Diario de una desintoxicación (1981:30)

En otro capítulo me he referido al estudio de Vitellone en el que compara los discursos acerca de la adicción de tres soportes textuales: un par de películas británicas, *Sweet Sixteen* (2002) y *Pure* (2002), dirigidas por Ken Loach y Gillies Mackinnon, respectivamente; una campaña de alerta de la pobreza infantil, “Giving children back their futures”, impulsada por Barnardo, una sociedad de caridad dirigida a la infancia, que alude explícitamente al uso intravenoso de drogas; y la etnografía de Bourgois sobre la epidemia del crack en los suburbios de EE.UU. (1995). En su análisis, la autora señala que en la construcción de estos textos se descubre un mismo estilo que busca representar la “social reality or truth of social suffering”. A partir de ese enfoque, se produce una “particular cultural narrative of drug use as degenerative” (Vitellone, 2004). Es decir, las representaciones de la *realidad* de la droga muestran una imagen en negativo del colectivo de usuarios, de su entorno sociocultural y de las experiencias de consumo.

Por lo general, las investigaciones e intervenciones en el campo de las drogas se han centrado en analizar y paliar, respectivamente, los efectos negativos del uso de sustancias. Desde una perspectiva freudiana, se podría decir que los discursos acerca de la droga en ciencias sociales han problematizado el fenómeno desde el “thanatos”, pero tal vez por una contaminación inconsciente¹⁰ del puritanismo que inspira el paradigma prohibicionista, han caído en una infra-representación del “eros” en la *realidad* de la droga. Con Agar,

“(…) it is no surprise that research assumptions in the mainstream literature matched assumptions of drug policy. For example, positive results of using a drug were never reported. Addicts were characterized only in terms of deficits. They were stick figures in the literature, manipulated voices responding to questions that presupposed pathology and social failure, questions from a world that had little sense of who they were or how they lived. It was not that heroin addicts did not have problems; it was that they had more than just problems, and some of the problems they did have were not visible through the *lens* of deviance and pathology. So what happened? Ethnography painted a portrait of heroin addicts that did not fit with the prevailing literature, but it also did not generate any new paradigms for policy or intervention. In ethnographies addicts became *rounded*

¹⁰ En el sentido que le da Bourdieu (2002) a esta expresión, cuando se refiere a la naturalización o repetición automática de “prácticas” y “estrategias” por parte de los actores sociales pertenecientes a un “campo”, que en este caso encaja con su concepto de doxa. Es decir, aquellas cosas que “ni siquiera se discuten” dentro de un campo (Bourdieu, 1990:83). En el “campo” institucional de las drogas, la producción del discurso científico, en parte por el hecho de responder a una demanda de las administraciones públicas, no dejaría de reproducir algunos de los argumentos sobre los que descansa la lógica del discurso oficial y hegemónico sobre la droga. También Agar (2006), en su autoetnografía reflexiona sobre la proyección del sistema moral sobre los investigadores en el campo institucional de la droga en EE.UU., de manera que las únicas voces legitimadas para emitir enunciados sobre el tema son las “vírgenes”, sin experiencia propia con la droga, o las “putas”, es decir, las abstinentes redimidas.

rather than *flat* characters. Addicts knew how to do things and took pride in that fact. (...) The predominant social/psychological failure image was included, but it too was complicated and contradicted by ethnographic reports. (Agar, 2002: 251; la cursiva es mía, para enfatizar el parecido de la metáfora del espejo cóncavo en mi sistema de tropos).

En efecto, hay que reconocer que la investigación antropológica ha puesto énfasis en los significados del uso de sustancias psicoactivas entre los distintos grupos de usuarios de acuerdo al contexto social en que se produce. Así, por ejemplo, numerosos trabajos etnográficos (Gamella, Romo y Álvarez Roldán, 1997; Álvarez Roldán, 2002; Duff, 2003, 2005a y 2005b, entre otros) destacan el sentido lúdico y ritual que los jóvenes confieren a las prácticas de consumo en los medios urbanos. Pero resulta difícil encontrar discursos científicos acerca de lo positivo de la droga cuando ya no se trata de adolescentes que experimentan con sustancias como un medio de socialización, de coqueteo con el límite y de búsqueda de las emociones fuertes en los procesos de construcción de su identidad, en entornos más o menos periféricos, sino de individuos con largas trayectorias que han visto morir a compañeros, hermanos o parejas por sobredosis, han roto el vínculo afectivo y social, han dejado atrás sus sueños y la exclusión social ha estigmatizado sus cuerpos. Cuando los estragos son tan visibles, hablar del deseo y el placer en las prácticas de consumo de drogas pasa a ser juzgado como una romantización, cuando no una inmoralidad. Y, sin embargo, ¿acaso no es ahí precisamente, en la tecnología de la droga, donde los usuarios mantienen el anclaje con la vida, el deseo y la experiencia del placer?

Creo que esta común argumentación dentro del campo de la droga es un claro ejemplo de la falacia «post hoc ergo propter hoc», esto es, la asunción errónea de una relación causa-efecto entre dos acontecimientos a partir del orden en que se producen, pero sin que exista una verdadera relación causal en esa secuencia temporal¹¹. Así, la valorización positiva del placer asociado al uso de drogas, como estrategia de resistencia, no debería interpretarse como un argumento que viene a negar y, por tanto, a perpetuar la problemática social que rodea esta práctica corporal, ni tampoco como la causa de ese fenómeno complejo o multifactorial.

Como ya he referido en la primera parte de este trabajo, no ha sido hasta la llegada del nuevo milenio cuando han empezado a postularse teorías sociológicas del uso de drogas a partir de la ética del placer (Coveney y Bunton, 2003; O'Malley y Valverde, 2004; Bergschmidt, 2004; MacLean,

¹¹ Debo agradecer a mi hermana Ester haberme hecho este apunte lógico, como buena filósofa, cuando en una de nuestras conversaciones acerca de mi investigación le confesaba lo irritante y falso que encontraba este tipo de razonamiento.

2005 y 2008; Race, 2008; Moore, 2008; Duff, 2004 y 2008). Esta última autora, Cameron Duff, nos alerta del riesgo que supone la negación de la experiencia placentera asociada al uso de drogas, tanto a la hora de producir conocimiento como de intervenir sobre la población: “the failure to account for the complexity of pleasure has left researchers and policy makers poorly placed to account for recent changes in drug use behaviours and to plan for the appropriate mix of policies and services necessary to respond to these changes” (Duff, 2008: 385).

Dentro la investigación en este campo, he destacado en otro capítulo una línea emergente que centra su reflexión en la experiencia del deseo y el placer por parte de los llamados drogadictos o drogodependientes, y el rol que juega esta economía de gratificación corporal (también) en los estados de marginalidad. Pero además, esta nueva corriente, por llamarla de alguna manera, incorpora la dimensión fenomenológica para describir las relaciones entre lo material y lo simbólico en las dinámicas de consumo de sustancias. Así, por ejemplo, en su estudio etnográfico sobre usuarias de drogas a la vez que trabajadoras del sexo en un suburbio de San Francisco, Epele señala que la “drug consumption suggests the transformation of desire into an embodied need: bodies become *unconscious* objects working by themselves *under chemical mechanisms*” (2001:165; la cursiva es mía). Por su parte, Vitellone propone una relectura de la noción de *habitus*, “which does not close off the matter of drugs but recognizes various substances and the techniques of their consumption as part of the embodied dispositions which make up the habitus” (2004:131). En otras palabras, se trata repensar la materialidad de la droga y conectarla con los modelos conceptuales sobre el cuerpo en la investigación social en este campo, en tanto que juega un rol esencial en los procesos de performatividad.

Otros enfoques (Fitzgerald, 2002 y 2010; Fitzgerald y Threadgold, 2004; Malins, 2004 y 2009), sin dejar de reconocer los riesgos y peligros que entraña el uso de drogas en el contexto socio-político actual, que dispone “social forces acting to block and channel and marginalize drug using bodies and their flows of desire”, apuestan por una visibilización de la posible dimensión creativa y estética de este tipo de prácticas, así como una reconducción de los itinerarios de exclusión y tragedia que suelen aguardar a los usuarios (Malins, 2004:101). Tomando prestados conceptos como el de ‘agenciamiento maquínico’ (“machinic assemblage”) o ‘devenir’ (“become”) para representar los estados liminares de los

usuarios (en tanto *outsiders*¹²), así como los espacios que ocupan, estos autores australianos comparten la cosmogonía de Deleuze y Guattari según la cual el mundo y los seres y objetos que lo habitan se conforman a partir de una misma energía y materia. Los cuerpos se acoplan entre sí a través de agenciamientos del deseo, representado como un flujo de energía. Así pues, el énfasis de esas investigaciones recae sobre “the real-material-but-incorporeal, where the incorporeal is to the body as energy is to matter, and where energy and matter are mutually convertible modes of the same reality” (Fitzgerald y Threadgold, 2007:108)¹³. Frente al dilema que plantea el uso de drogas, en tanto práctica de destrucción *versus* de creación, esta filosofía sirve de marco teórico capaz de establecer anclajes y superar la esencialización peyorativa del cuerpo de los usuarios, reconociendo la potencialidad de las drogas para alcanzar formas alternativas de existencia en un sentido positivo. Así, Malins concluye que “An assemblage becomes ethical or unethical depending on the affects it enables and the potentials it opens up or blocks. It becomes ethical when it enables the body to differentiate from itself and go on becoming-other”. (*Ibid*, p. 102).

Centrándonos ahora en el campo de la intervención, encontramos en la reducción de daños la única estrategia biopolítica hasta la fecha que ha enunciado una “cultura positiva de la droga”, entrando en conflicto con los valores que sustentan el paradigma prohibicionista. Como ya he referido, este paradigma de gubernamentalidad, en un encuentro dialógico con los usuarios, busca “higienizar” sus prácticas corporales de consumo de sustancias para minimizar los riesgos, principalmente de tipo infeccioso. Aunque este tipo de medidas de tolerancia suelen desplazarse a la escena de la droga en las calles, también encontramos esos mismos principios en los programas con sustitutivos farmacológicos que se dispensan en un entorno institucional. En el dispositivo que nos ocupa, es la propia heroína la sustancia que se vuelve “inofensiva” en toda su pureza

¹² Ver el capítulo “Devenir-intenso, devenir-animal, devenir-imperceptible...” (Deleuze y Guattari, 2008), donde los filósofos plantean su hipótesis sobre lo anormal, anómico y *outsider*, en un diálogo con Jung, Duvignaud, Borges, Woolf, Kafka, Dumézil y Lovecraft, entre otros.

¹³ Así por ejemplo, basándose en tales conceptos filosóficos, estos autores reflexionan en su investigación etnográfica del mercado de heroína en el centro de Melbourne sobre las relaciones entre la afectividad, la semiótica de la droga y el espacio urbano (Fitzgerald y Threadgold, 2004 y 2007). Según su análisis, el “encuentro” hostil con los signos de la droga en la calle (por ejemplo, el vómito, el mano a mano del tráfico de droga o del material de inyección, los obituarios en forma de graffitis, o el color rojo, como metáfora de la sangre, con que se marcaban las calles no recomendables de la ciudad en un mapa publicado en *Herald Sun*), con los “limits of the sensible word”, es decir, lo “unfamiliar”, es lo que hace que veamos “the city become-other”. Pero también el cuerpo de los usuarios pasa a integrarse en el escenario urbano (“a body-becoming-body”) y, a su vez, la ciudad se vuelve contra el cuerpo del usuario (“a city-becoming-body”) (Fitzgerald y Threadgold, 2004:410).

e higiene una vez prescrita. Pero, ¿qué ocurre con la experiencia del goce en la administración de heroína para la minimización del riesgo? ¿Cómo opera esta tecnología médica sobre la gestión del deseo? En otras palabras, ¿bajo qué moral se legitima el uso de opiáceos y cómo se formula la ética del placer y del instante en este dispositivo farmacopolítico?

Gestionando la ética del placer: del deseo a la necesidad (y de la necesidad al deseo).

Recordemos que, según la descripción de Foucault, a pesar de que los lugares de crisis/desviación han sido progresivamente secularizados, no dejan de desempeñar una función redentora. No debe sorprendernos, por tanto, que en nuestra heterotopía se atisbe una ética pastoral y un discurso moral para redimir a los usuarios de su culpa, evitarles sufrimiento y restaurar su vínculo social, ejerciendo un poder salvífico. De hecho, los discursos de verdad acerca del dispositivo destacan la reintegración social, la neutralización de su peligrosidad y, en algunos casos, la reinserción laboral de los usuarios cuando pasan a consumir la heroína en esta institución. Son ya varias las investigaciones publicadas que han evaluado o reflexionado sobre la efectividad del programa (March *et al.*, 2006; Martínez y Massó, 2007; Martínez-Casares *et al.*, 2008; Caracuel, 2008; Martín *et al.*, 2009; Romo *et al.*, 2009; Oviedo-Joekes *et al.*, 2010). Salvando las distintas racionalidades, agencias y enfoques disciplinarios, los autores coinciden en que los pacientes han experimentado, en mayor o menor grado, una “mejoría” en distintos aspectos de sus vidas: la actividad delictiva, la frecuentación de la escena de la droga y los consumos externos, la reorganización de la vida cotidiana, la gestión de sus recursos económicos, las condiciones de vivienda, la incorporación al mercado laboral, las relaciones familiares, etc. Es decir, se destaca el proceso de normalización que activa esta tecnología de gubernamentalidad.

Así, en el discurso científico, pero también en las formaciones discursivas que he podido observar sobre el terreno, se privilegia la normalización de los usuarios por encima del deseo y el placer asociado a la droga. No se trata tanto de asegurar su derecho al placer con la dispensación controlada de heroína, lo cual entraría en conflicto frontal con el sistema de valores hegemónico, cuanto de cubrir una *necesidad* primaria para dignificar sus condiciones de existencia y recuperar su condición de *civitas*. Es decir, el discurso institucional, de acuerdo con el aparato médico-jurídico, transforma el *deseo* en *necesidad*. Así por ejemplo, en el

lenguaje de la mayoría de los profesionales apenas he encontrado referencias a la lógica autoerótica de la inyección de heroína (aunque tampoco la nieguen explícitamente), con la excepción de una enfermera joven que sustituyó un tiempo a una compañera. Mientras le preguntaba sobre este tema después de observar que, a diferencia de sus compañeros, apenas intervenía dando instrucciones durante el *flash*, me contestó que había observado que en ese momento algunos pacientes adquirían una postura casi fetal y solían llevarse las manos a la cara, hacia la nariz, concretamente, como si experimentasen una regresión al estado intrauterino, un estado de calma y placer.

Como ya he señalado en mis reflexiones sobre la representación de las voces de los actores sociales en la investigación etnográfica, especialmente al inicio del trabajo de campo, en los primeros encuentros con los pacientes encontré una misma estrategia en sus discursos a la hora de valorar su experiencia en el programa, haciendo un claro balance positivo de acuerdo al sistema moral hegemónico. Su condición de usuarios de drogas quedaba representada a través del concepto de adicción, como una enfermedad, y el “acto corporal subversivo” y contaminante devenía una práctica terapéutica e higiénica, siendo comparado a menudo con la inyección de insulina en los diabéticos (aunque, más tarde, en las entrevistas en profundidad advertí que el uso de heroína aún conservaba categoría de “vicio” para muchos, al tiempo que la mayoría compartía el deseo de abandonar este tratamiento a medio o largo plazo).

Bajo mi punto de vista, esta conversión de los sistemas de referencia hacia el discurso médico para significar su nuevo estatus político y moral en relación al uso de heroína, responde a uno de los mecanismos de poder que Foucault describe en su *Historia de la sexualidad*: la confesión. Este autor nos dice que: “Al contrario de las otras prohibiciones, las prohibiciones sexuales están ligadas a la obligación de decir la verdad sobre sí mismo” (Foucault, 1999:443). Si entendemos el uso de drogas desde la perspectiva del placer como una práctica del cuerpo que se integra en la economía libidinal del sujeto (compartiendo espacio con la sexualidad), del mismo modo que las instituciones religiosas y penales ejercían a través de la confesión un poder disciplinario sobre las conductas y los deseos de los individuos, también se advierte un mecanismo confesional en los múltiples procesos de interpelación a los pacientes por parte de las diversas agencias de producción del discurso o de verdades sobre este tipo de intervención (ya sean agencias médicas, científicas, mediáticas o académicas), en tanto que lo que se pone en cuestión aquí es la legitimidad de una técnica del placer prohibida y fuertemente estigmatizada. No obstante, cabe señalar que dicho

mecanismo confesional no actúa de forma coercitiva, sino que se activa de forma automática en los encuentros discursivos a los que me acabo de referir. En ellos, los usuarios se apropian de las formaciones discursivas hegemónicas para construir verdades sobre sí mismos en tanto pacientes de esta tecnología disciplinaria asumiendo la estrategia moral del dispositivo, dado que, alineado con los discursos y valores morales hegemónicos, cumple una función redentora y laxante de culpa, brindándoles así condiciones de posibilidad para reorientar sus proyectos existenciales.

Así, la ética del placer surge más o menos explícitamente en los relatos de los usuarios a la hora de valorar su experiencia con la heroína farmacológica, una ética que encontramos también en la lógica institucional de esta intervención. Por lo general, se pone de manifiesto el deseo de normalización que ya encontraran Romo y Póo (2007) y Romo *et al.*, (2009) al final del ensayo clínico y que vemos referir también en otros contextos terapéuticos (Nettleton *et al.*, 2010; Bergschmidt, 2004), al tiempo que el uso de heroína pierde la connotación moral como una práctica del exceso (Rødner, 2005: “I am not a drug abuser, I am a drug user”). Incluso hay pacientes cuya descripción de los efectos de la inyección en el centro nada tiene que ver con una moral hedonista de búsqueda de placer intenso, sino con una más tibia de no-sufrimiento o neutralidad anímica:

“A mí ahora la sensación que me produce [la heroína] es estar normal: que no te duela na, no estar como antes, que estaba siempre hundido mentalmente, moralmente. Ahora es de otra manera. Sales [del centro] diciendo: “Bueno, pues...”

A propósito de este tipo de valoraciones, cabe insistir, ya que no siempre resulta obvio, en que los relatos de los usuarios pertenecen al nivel discursivo, es decir, a la dimensión cognitiva y consciente, o en otras palabras, a la estrategia de exculpación que, no obstante, se activa de forma automática en los procesos de interacción social. Pero, como ya he señalado, hay otras (pre-)lógicas que no aparecen representadas en lo que se dice, y que incluso vienen a contradecir los enunciados. A continuación, abordaré la dimensión material y pragmática de los procesos de descodificación del esperpento yonqui referidos a la dispensación de heroína, para analizar cómo emerge la ambivalencia del deseo en los usuarios en torno a la heroína como tecnología del cuerpo, y cómo se gestiona el conflicto que surge con la norma, más allá de la intencionalidad racional que encontramos en el plano discursivo.

Recodificando las prácticas de consumo de heroína.

Acabamos de ver cómo el centro dispone una serie de estrategias disciplinarias a través de las cuales se busca transformar las disposiciones corporales, gestualidades, conductas y costumbres que configuran el *habitus* o *esperpento* yonqui. Pero de acuerdo a la lógica farmacrática a partir de la cual surge este tipo de tecnologías de gubernamentalidad, las prácticas corporales en torno al uso de heroína devienen la diana por antonomasia del poder disciplinario de esta institución, en tanto que es aquí donde se administra la sustancia bajo un régimen de dispensación médica y se vigila el acto de la inyección. Así pues, el discurso institucional y la pragmática del centro transforman la experiencia del consumo por medio de la recodificación de las conductas, pero también de la materialidad intrínseca al momento del consumo. La sustancia, las prácticas corporales e incluso el lenguaje tienden a higienizarse, pero, como es de esperar, también en este proceso, y de manera aún más específica, tiene lugar un encuentro de lógicas, cosmologías, saberes y pragmáticas que a veces entran en contradicción. No puede hablarse, por tanto, de una eficacia total a la hora de resignificar el consumo de heroína y de representar los estados de salud o enfermedad de los usuarios cuando participan de esta institución, sino de un proceso dialéctico, de contaminación, estratificación y asimilación de los discursos y prácticas, es decir, un proceso performativo.

En los siguientes apartados, centraré mi análisis en el *cuerpo* como espacio vivo, sensitivo y productivo, con el objeto de describir la cómo la sustancia es asimilada por los usuarios en un sentido tanto material como simbólico dentro de este escenario ritual. Hay que advertir que la valorización de la materialidad intrínseca al consumo que propongo con esta perspectiva es solidaria de los enfoques filosóficos y sociológicos, como los estudios culturales sobre las tecnologías del cuerpo, que extienden el poder discursivo y performativo a la materia, o más concretamente, a los elementos protésicos que entran en relación con los cuerpos y que pasan a redefinir la ontología del propio sujeto (Law y Singleton, 2000; Butler, 2007; Preciado, 2008; etc.). Así, por ejemplo, a través del concepto de “thing-power”, Jane Bennet se refiere a la función política inmanente a los objetos tecnológicos –“vibrant matter” (2010)– que pasan a integrarse a las experiencias corporales y la afectividad, al tiempo que se disuelve la distinción entre sujeto-objeto. A través de su propuesta teórica del materialismo vital, la autora valoriza las “fuerzas” o “energías de lo no humano”, es decir, de la materia inanimada, enlazando con nociones filosóficas de Spinoza, Thoreau, Bergson, Driesch, Adorno, Deleuze-Guattari, Merleau-Ponty, así como con las corrientes

postfeministas. En sus propias palabras, “thing materialism is, I think, a viable competitor alongside the historical materialism of Marx and the body materialism of cultural studies.” (Bennet, 2004:366). Algunas autoras trasladan esta perspectiva a sus investigaciones dentro del campo de las drogas, haciendo énfasis en los procesos a través de los cuales los objetos que participan en las prácticas y experiencias corporales de los usuarios, como la sangre (Fraser y Valentine, 2007), la jeringa (“syringe-in-use”, Vitellone, 2003a y 2011, que toma el concepto de “things or objects-in-use” de Lury, 1997) o la sustancia (Vitellone, 2004 y Keane, 2002) adquieren un estatus ontológico, en tanto que son incorporados por estos sujetos como una estrategia de poder, de producción de realidad y de identidad social. A su vez, la argumentación sobre la “agency of the non-human in assemblages” sirve para reflexionar acerca de la moralidad de las intervenciones de reducción de daños, y en particular el intercambio de jeringuillas (Yates, 2012 y Vitellone, 2012).

Así pues, desde una perspectiva fenomenológica, me aproximaré a las prácticas corporales de los usuarios y sus representaciones (verbales o no) acerca de la experiencia sensorial asociada al uso de heroína bajo la mirada clínica, analizando los procesos de reformulación del deseo y el placer a partir del nuevo orden farmacoprotésico, la recodificación de la gramática de lo opioide-endovenoso y lo erógeno a partir de la semiótica de la epidermis, la gestualidad durante la inoculación de la sustancia y la relación con el material de inyección. A partir de la observación de esas prácticas y representaciones, veremos cómo surge el sentido, los sistemas de creencias, los valores y los nuevos significados con que los usuarios simbolizan e incorporan a su economía somática, libidinal y existencial la sustancia que reciben en este dispositivo farmacopolítico.

La habitud y la homeostasis en la economía libidinal de la droga.

En su *Fenomenología de la percepción*, Merleau-Ponty reflexiona sobre la “adquisición de la habitud como remanipulación y renovación del esquema corpóreo” (1993:159). Para el filósofo, “la habitud expresa el poder que tenemos de dilatar nuestro ser-en-el-mundo, o de cambiar la existencia anexándonos nuevos instrumentos”. Así, “habituarse a un sombrero, a un coche o a un bastón, es instalarse en ellos o, inversamente, hacerlos participar en la voluminosidad del propio cuerpo” (*Ibid.*, p. 161). En ocasiones,

“la significación (...) no puede alcanzarse con los medios naturales del cuerpo; se requiere, entonces, que éste se construya un instrumento y que proyecte en torno

de sí un mundo cultural (...) Se dice que el cuerpo ha comprendido¹⁴ que la habitud es adquirida cuando se ha dejado penetrar por una nueva significación, cuando se ha asimilado un nuevo núcleo de significado" (*Ibid.*, p. 164).

Trasladando esta noción de "habitud" al uso de drogas inyectadas como tecnología del cuerpo, vemos cómo entran en juego varios elementos que cumplen una función protésica. Por un lado, hay que considerar la propia *sustancia*, en tanto que pasa a regular la homeostasis interna, el estado anímico y la economía del placer, en un sentido material que podría acercarse a la tesis de Dole y Nyswander (1965) sobre la adicción a la heroína como enfermedad metabólica, pero tomando sólo los aspectos fisiológicos, no las connotaciones patologizadoras. A su vez, también podría aproximarse a la concepción del cuerpo adicto que se espiga de la delirante prosa de Burroughs –"el adicto considera su cuerpo impersonalmente, como un instrumento para absorber el medio en que vive" (2005:75)–, así como la "ecuación de la droga" y el "álgebra de la necesidad" que surge del colocón anancástico y su implacable y creciente sombra: el síndrome de abstinencia (*Ibid.* y Burroughs, 2004). No sin un sordo misticismo y cierto tono hipocrático, el escritor se refiere a un nuevo orden sistémico que desencadena la renovación constante del cuerpo yonqui. Con una imagen que parece inspirada en la mecánica del ciclo cardíaco a nivel celular, explica cómo los cambios metabólicos en la economía somática, incluso cuando se alterna el consumo con periodos de abstinencia, conducen a un ciclo de muerte y regeneración, un proceso circular que no deja de recordar a la cosmovisión medieval representada a través del cuerpo grotesco y el carnaval del sistema de tropos en mi análisis. Así, Burroughs nos dice, casi a modo de anti-confesión:

"Jamás he lamentado mi experiencia con las drogas. Creo que gracias a haberlas usado de modo intermitente en la actualidad mi salud es mejor de lo que sería si no las hubiera probado. Cuando uno deja de crecer, empieza a morir. Un adicto nunca deja de crecer. Muchos adictos se abstienen de las drogas periódicamente, lo que implica que el organismo expulsa las sustancias nocivas al contraerse, y las células que dependen de la droga son reemplazadas. Una persona que consume drogas está en un estado continuo de contracción y crecimiento en su ciclo diario de necesitar pincharse para poder sentir la satisfacción de que se ha pinchado" (Burroughs, 2004:21).

En efecto, una sustancia exógena revoluciona la "fenomenología de la percepción" del sujeto, en tanto pasa a regular su sistema neurofisiológico, se imbrica en el sistema límbico, el mismo núcleo del hedonismo, coloniza el deseo y transmuta su ser. El yonqui acaba

¹⁴ Conviene recordar que la noción de "comprender" de Merleau-Ponty se refiere a "experimentar la concordancia entre aquello que intentamos y lo que viene dado, entre la intención y la efectución– el cuerpo es nuestro anclaje en un mundo." (*Ibid.*, p.162).

asimilando la sustancia como una esencia ontológica, un elemento incontingente que deviene contingente para su misma existencia. La heroína modifica el umbral del placer/dolor, transformando la propiocepción somato-sensorial, es decir, la manera de sentirse, de percibirse corporalmente. En esta nueva economía libidinal, también el *material de inyección*, en concreto la jeringa, redefine el erotismo, la sexualidad y las formas del deseo. Pero el *contexto* en que tiene lugar el consumo, bien referido al lugar, al momento o a la experiencia colectiva (en caso de que la inyección sea en compañía de alguien), también forma parte de los mecanismos erótico-pulsionales de lo que acabará configurando histórica, política y somáticamente el esperpento yonqui. Se trata pues, de un conjunto de prótesis líquidas, sólidas y contextuales, que transfiguran la cartografía corporal, la gramática del placer, la identidad y la manera de ser-en-el-mundo.

Pero, ¿qué ocurre cuando la *sustancia*, el *material de inyección* y el *contexto* del consumo son modificados en un dispositivo terapéutico como el nuestro? En los siguientes apartados, trataré de describir las transformaciones que opera el programa de prescripción de heroína como tecnología del placer sobre las economías libidinales de los usuarios. Así, analizaré el encuentro entre el universo simbólico de la droga en el imaginario de los pacientes y el sistema de representaciones del discurso institucional, pero con especial énfasis en la dimensión material a la que se refieren esos discursos, en tanto predicados de la experiencia. Y es precisamente a través de ella donde he encontrado una ventana para asomarme a esos aspectos preconscientes e infralingüísticos de los que, aunque con distintos sentidos, nos hablan Nietzsche y Bourdieu, que sí se hacen explícitos en las prácticas que podía observar en el dispositivo, pero también en las representaciones plásticas que los pacientes plasmaron en el cuerpo colectivo durante la actividad que les propuse.

La heroína, la sangre y lo molecular en la fisiología opioide.

En primer lugar, durante mi estancia en el centro pude constatar algunas representaciones de los pacientes acerca de los órganos y determinadas estructuras anatómicas (p. ej., el cerebro y la vena), los fluidos corporales, así como de la fisiología y farmacodinamia de la sustancia, que no dejan de recordar a la descripción ya referida de Burroughs acerca del recambio de celular en el consumo intermitente de heroína. Veamos, por ejemplo, en la respuesta de Víctor cuando le pregunté cómo vivió la abstinencia durante el mes que permaneció ingresado a consecuencia de su accidente:

–Y si estabas tan enganchao, ¿pasaste mucho mono mientras estuviste ingresado?

–Me cambiaron la sangre.

Es decir, para el usuario la sangre quedaba contaminada después de un periodo prolongado de consumo, de manera que pasaba a ser la causa de la adicción. De acuerdo a esta lógica, la transfusión sanguínea no sólo servía como una forma de desintoxicación, sino también como una solución para evitar el síndrome de abstinencia y “curar” la adicción. Sin embargo, estas representaciones de la fisiología opioide contrastaban con las de otros discursos que incorporaban la teoría de los receptores del pensamiento científico, pasando así al nivel molecular de lo biológico. En la siguiente viñeta vemos un ejemplo de ello, así como de la recodificación de las prácticas de consumo, cuando Miky se refiere al *flash* que está experimentando y su deseo de tomar la dosis justa con tal de evitar el síndrome de abstinencia, en contraposición a su anterior búsqueda del exceso:

Al cabo de un rato de la inyección, Miky comenta:

–Sí, me da pelotacillo.

–Sigues con ciento cincuenta, ¿no? –le pregunto.

–Sí. ¿Cómo te va a ti con doscientos? –dirigiéndose a Tete.

Su compañero contesta entre dientes que desea bajar la dosis progresivamente. Miky le anima: “Eso está bien. A saturar los receptores y ya está. Lo único que haces es desbordar el cuerpo. Ya está bien, ya hay que aprender un poco de los errores. Si no, ¿pa’ qué sirve, pa’ repetir curso? Yo estoy contento”.

Pero, ¿qué sustancia es la que asimilan los pacientes de este dispositivo? Es decir, ¿cuáles son los significantes de la heroína prescrita en las formaciones discursivas y las prácticas de consumo de los usuarios? ¿Cómo describen, simbolizan y experimentan sus efectos sensoriales? Y más aún, ¿qué lugar ocupa esta tecnología del placer dentro de sus trayectorias de consumo? ¿Qué relación afectiva surge entre la experiencia con la sustancia prescrita y sus memorias de consumo, en especial con sus primeros recuerdos de la heroína? ¿Cómo se gestiona el deseo en torno a esas relaciones afectivas e identitarias con la heroína farmacológica? Y ¿cuáles son las intersecciones entre lo material, lo político y lo afectivo a partir de esta farmaco-tecnología del cuerpo?

La heroína prescrita: significados y experiencias.

En el capítulo anterior me he referido al rol que juega la sustancia en la lógica de este dispositivo, así como al sentido de la heroína como tótem en

relación al *espacio* ritual de nuestra heretotopía. Pero, siguiendo a Durkheim,

“(…) las imágenes totémicas no se reproducen tan sólo sobre las paredes de la casa, los flancos de las canoas, las armas, los utensilios y las tumbas; se los encuentra sobre el mismo *cuerpo* de los hombres. Estos no ponen tan sólo su blasón sobre los objetos de su posesión, sino que también lo *llevan sobre su persona*; aparece *impreso en su carne, forma parte de ellos mismos*, e incluso este modo de representación es, con mucho, el más importante”. (Durkheim, 2007:106).

Así pues, ahora me ocuparé de las prácticas y representaciones de la sustancia como tecnología del *cuerpo*. Desde una perspectiva fenomenológica, pero también política, analizaré los procesos a través de los cuales los usuarios se inoculan, experimentan y asimilan la heroína durante la ceremonia ritual, profundizando en el sentido, tanto simbólico como empírico, que cobra aquí la sustancia.

Ciertamente, en los discursos de los pacientes, las representaciones de la heroína prescrita connotan la moralidad implícita al dispositivo como tecnología de gubernamentalidad. Así, en el plano discursivo, a menudo la sustancia se resignifica como un tratamiento a través del cual las identidades sociales migran hacia la normalización, tal como Romo y Póo (2007) y Romo *et al.* (2009) constataron en sus entrevistas a los pacientes. Así, por ejemplo, Okupa me decía:

- Me siento pues... liberao de la droga, ya te digo, me lo tomo como un medicamento. Sí, que tengo que ir dos veces al día, pues... si pudiera ir una, mejor todavía (...) y por la tarde te dan metadona. Yo lo que no quiero es metadona, a mí la metadona no...
- ¿Por qué la metadona no?
- Porque me estríñe y me hace, el cuerpo me lo pone mal (...)
- Y la heroína no.
- La heroína no, la heroína es distinto.

Pero más allá de la intencionalidad consciente que guía las valoraciones de los pacientes acerca del programa, en las que es difícil discriminar la contaminación discursiva proveniente de las agencias promotoras del programa, como ya he advertido, subyace un proceso mucho más complejo en torno al lugar que pasa a ocupar el deseo y el placer y el riesgo, es decir, lo inconsciente, en la gramática medicalizada de la heroína. Estos procesos no se hacen explícitos en las *preguntas* frontales de una entrevista, a las que los informantes *responden* con la misma frontalidad, sino que surgen en los pliegues, en los giros, en las contradicciones del discurso y las derivaciones que fluyen en las conversaciones (o acaso en las entrevistas *en profundidad*). Pero también

vemos esas categorías infraconscientes en la pragmática corporal y la experiencia vivida. Es decir, aquellas dimensiones de la realidad que sí se pueden aprehender en la investigación etnográfica, a través de la observación y la relación con los actores sociales dentro de la propia escena.

De hecho, durante el trabajo de campo, y más específicamente durante la observación participante en la sala de inyección, que es donde se emplaza la experiencia corporal directa de la sustancia dispensada, he observado cómo el placer asociado a esta técnica del cuerpo adquiere un estatus político particular, que se traduce en la ambigüedad con que los pacientes significan y experimentan la heroína en tanto tecnología del yo. A través de la materialidad de la experiencia sensorial asociada a esta sustancia ritual, los usuarios vivencian las emociones, gestionan su afectividad, reconstruyen sus identidades sociales y reformulan su economía libidinal en relación a su experiencia previa con la heroína (y otras drogas) o a los consumos externos actuales, emergiendo a veces el conflicto con la norma e incluso con la teleología moral del dispositivo. Veremos además cómo las vivencias corporales, donde entran en juego factores como la química, la pureza de la sustancia y el goce opioide, se sitúan biográficamente de acuerdo a las trayectorias de consumo dentro de los procesos performativos que se activan en este dispositivo.

En primer lugar, siguiendo con la ambigüedad inmanente a los estados y la experiencia de la droga, los usuarios *simbolizan* y *asimilan* la heroína prescrita como un *híbrido* entre droga y tratamiento, que a menudo es comparado con la morfina, tal vez por el parecido que guardan con el nombre que recibe la sustancia en el centro: diacetilmorfina (o ‘dam’, en su forma abreviada). Así, por ejemplo, Adri describía “lo que nos dan aquí” como una “heroína amorfiná”. Como su compañera, tampoco Heaven tenía una idea clara de la sustancia que recibía en el centro:

02/05/07. Seis de la tarde. Mientras se está lavando las manos, Heaven me pregunta, como médica, por el tipo de sustancia que es la ‘dam’. Piensa que se parece más a la morfina. Le explico brevemente que la heroína se transforma en morfina una vez que ha pasado al organismo, y que es la sustancia la que ejerce la acción sobre el cerebro, produciendo endorfinas. Ella comenta que nosotros segregamos “endorfinas” de manera natural, como una forma de desestigmatizar su consumo.

Cristóbal también compartía una idea similar sobre la naturaleza de la sustancia prescrita en el dispositivo, como trataba de explicarme en una ocasión:

- Es morfina lo que nos metemos.
- No es morfina, es heroína lo que os dan.
- Es heroína... es mor... morfina.
- Diacetilmorfina.
- Diacetilmorfina. Es lo último que se saca de la heroína. Sí, porque lo último que se saca de la planta es la diacetilmorfina.
- La diacetilmorfina es el nombre químico de la heroína. ¿Tú pensabas que era morfina?
- No, amorfinao. Pensaba que estaba amorfinao.
- No, no... es que (...) parece que pensáis como que no llega a ser heroína del todo lo que os dan.
- Sí, es heroína, porque te da flash y to el rollo.

Por su parte, en una entrevista Vicente me confesaba su deseo de abandonar el uso de drogas y, por tanto, el programa, dada la insatisfacción que le dejaba la sustancia prescrita que, a pesar de su pureza, él también la asimilaba a la morfina, en comparación con la heroína que había consumido en su juventud (“esa que idealizo yo”). Con este ejemplo, vemos cómo el placer pasa a ocupar un lugar preferencial en las decisiones conscientes del usuario, aunque en este caso sea la impotencia del goce la que lleve al deseo de abandonar la droga, entre otros motivos:

- Dentro de... dentro de lo que es el pincharme ahora, pues... la verdad, también es el, es que yo ahora mismo como saco tan *poco placer* del pinchazo, ¿no? que todo se va reduciendo a algo cada vez más pequeño y más... Todo está minimizado, ¿no? Y...
- Por el ritual..., que ya no es lo mismo al tener observadores...
- Sí, no, pero también el, la *sustancia* en sí, ¿no?, que, lo que te comentaba antes, ¿no?, que no es, no es lo mismo que hace veinte años, ¿no? No saco las mismas sensaciones. Entonces, ya que digo que... yo últimamente pienso mucho en abandonar esto. No... no lo quiero hacer así a lo loco, ¿no? ni... También, sé que lo digo estando dentro, ¿no? Y..., pero que no me veo... Hombre, claro que saco cosas, ¿no?, que, y he avanzado un montón, gracias a esto, ¿no? Incluso me veo sorprendiéndome diciendo lo que estoy diciendo ahora, ¿no? Yo no me esperaba decir esto hace, pues, cinco años. Y ahora lo digo, que, eso, me gustaría dejarlo y me veo con ganas y fuerzas para hacerlo. Porque no, primero, porque si sacase más, bueno, que no es poco lo que saco, ¿no? Porque socialmente pues sí que he sacao mucho, ¿no? Y... individualmente. Socialmente me refiero a... a lo que es mi posición en la sociedad, de... de cómo estaba antes y cómo estoy ahora. Y..., pero me refiero más a lo que es la... la *sustancia* y su *efecto*, ¿no?
- Ahá.
- Que ahí, pues no... no veo que le saque...
- Y eso que es heroína pura.
- Sí, pero yo creo que hay diferentes *heroínas*, y depende de dónde sean y... así, así son.
- O sea, que no te termina de dejar satisfecho.
- No. A mí me re, me recuerda más a la *morfina* que a otra cosa.
- ¿También la has probao? ¿Tú conoces el efecto...?
- Sí, es muy parecido. Yo diría que casi no se diferencia de la morfina. Es muy parecido.

–Hmm.

–La heroína es sacada de la morfina, ¿no? Es el mismo alcaloide del opio. Pero, pero vamos, he probao otras, otros tipos que me daban más, más efectos gratificantes para mí, ¿no?

Tete también encontraba grandes diferencias entre el *flash* que le producía la heroína prescrita y sus primeras experiencias, cuando “podía estar horas tal como estaba, así mirando al techo”, de forma similar a como Burroughs describe la pasividad de los yonquis: “El adicto puede pasarse ocho horas mirando a la pared (...) Sólo pasa a la acción cuando se vacía el reloj de arena de la droga” (2005:47). A su vez, el usuario comparaba la euforia producida por la heroína prescrita con los efectos de la sustancia en la calle, es decir, el “revuelto” o *speed-ball*, que viene a compensar la baja calidad de la heroína que circula en el mercado negro de Granada:

“Sí que te da [flash], pero de otra manera. No es el flash que te da en la calle, es totalmente diferente. El flash que tomamos nosotros en la calle es la coca. Porque el caballo no te da flash. Te da un subidón y te pone relajao”.

En este otro relato, Cristóbal vuelve a comparar la pureza de la heroína prescrita con la de la heroína de sus primeros consumos que, por cierto, refiere en primera personal del plural, denotando el sentido social y lúdico de aquel ritual. Como Vicente, este usuario toma como referencia el recuerdo de la intensidad de los efectos al inicio de su carrera, que atribuye tanto a la calidad de la sustancia como a la dosis:

“Era otra heroína (...) Entonces nos poníamos mejor. Entonces ahí lo que cuenta es la cantidad y la pureza. Era mu, mu pura la heroína y como no andaba nadie cortándolo, porque la traían y era para los amigos na más, pues (...) nos metíamos heroína y no veas. Te tirabas ahí casi un día morao. Le teníamos miedo a la heroína (...) te quedabas dormío, medio muerto (...) devolvías [una y otra vez]. Mu mal, mu mal. ¡Pero esto estando bien! (...) quedándote con el efecto de la heroína.”

Desplazando los límites del exceso o los umbrales del riesgo.

La narrativa de este usuario nos lleva otro de los aspectos a partir del cual los usuarios construyen sus identidades en conflicto con la moral hegemónica: el uso de heroína como una conducta del exceso y una práctica corporal de riesgo. Aquí, en el encuentro entre lo clínico y lo subversivo, de nuevo surgen contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace. Por un lado, se produce un avance en los umbrales del riesgo cuando los usuarios valoran positivamente el uso regulado de heroína en el centro, tanto por la sustancia como por las condiciones higiénicas y la

asistencia sanitaria durante la inyección. Así, por ejemplo Miky reconocía: “Nunca he consumido droga tan pura, con tantas medidas de seguridad. Si me pasa algo, tengo un equipo entero que me reanima”.

Pero, por otro lado, la mayor parte de los conflictos que he observado en el centro giran en torno a la negociación de la dosis, que por lo general tiende al alza. Es decir, hay una oscilación en los umbrales del riesgo, que, a su vez, guarda una estrecha relación con los procesos identitarios hacia los estados de normalización.

De acuerdo con Rhodes, los comportamientos de riesgo de los usuarios de drogas están “socialmente organizados”, a partir de la interacción de los factores individuales y sociales (1997:213). El enfoque empirista de este autor recuerda a la teoría de la acción y el concepto de “sentido práctico” de Bourdieu (2002, 2007), a través del cual los agentes sociales adquieren patrones de conducta adaptados al campo social donde se sitúan y construyen su *habitus*. Por su parte, Castel y Coppel (1991)¹⁵ se refieren a los “auto-controles” a partir de los cuales los usuarios gestionan su “práctica toxicómana” y ordenan sus conductas de acuerdo al contexto, en el sentido de la tesis de Zinberg (1984). Así, también los pacientes del dispositivo comparten un capital simbólico en torno al riesgo, a partir del cual han gestionado en las prácticas de consumo a lo largo de sus trayectorias, y que también se proyecta en el escenario del dispositivo de prescripción de heroína.

Así, los pacientes (re-)conocen sobradamente el peligro que conlleva la heroína en sí, sobre todo cuando se consume de forma intravenosa por el riesgo de sobredosis. Pero también la percepción del riesgo se dirige a las conductas del exceso, referidas a los consumos tanto de sustancias legales, como el alcohol, como ilegales, que en algunos casos aún persisten. En el siguiente relato de Tete, que es un fuerte consumidor de alcohol, vemos cómo, aunque durante la práctica de la inyección se mantiene en un nivel inconsciente, emerge el miedo a la muerte por una intoxicación opioide, que por otra parte se representa como una experiencia indolora. Asimismo, en la narrativa de este paciente el reconocimiento de este límite, es decir, el riesgo de sobredosis por el policonsumo de sustancias, incluido el alcohol, entra en contradicción con sus habituales protestas cuando los enfermeros le solicitan un test de orina, como ya he comentado, para decidir si está en condiciones de pasar

¹⁵ Junto a otros dos tipos de regulaciones de la “actividad toxicómana”: los “controles societales”, que se refiere a los potentes mecanismos de regulación del uso de drogas en nuestra sociedad, es decir, el sistema prohibicionista; los “heterocontroles”, ejercidos por la justicia y la medicina, a partir de los cuales se problematiza el consumo de drogas y se organiza una respuesta institucional y especializada que reprime o medicaliza a los usuarios.

la sala de inyección o, por el contrario, de tomar metadona oral. He aquí cómo quedan expresadas estas ambivalencias en torno al riesgo, el exceso, el placer y la muerte:

–No hay ninguna diferencia [entre esnifar o fumar heroína e inyectársela], pero yo a la aguja le tengo más respeto.

–¿Todavía le tienes respeto?

–Sí, todavía, sí. Pero cuando estoy con ello, no lo pienso (...) A lo mejor cuando ya me la he puesto o cuando la estoy poniendo lo pienso (...) que me puedo quedar. (...) “Se ha muerto fulanito” Hostia, me había podido pasar a mí, ¿no? Y si me pasara a mí, ¿qué sentiría, qué efecto sentiría? Ninguno. Es una muerte súper suave.

–¿Dulce?

–Yo creo que sí. Se te paraliza el corazón y te quedas tranquilo, ¿no? No es de, de dolor ni nada, sabes? Porque ya te digo, la gente está sedá. Y si encima se ha muerto de sobredosis o de lo que sea, o del material, o que te haigas comido más de la cuenta pastillas, porque eso, muchas veces ha sido por eso, no ha sido por el material, la sí por tomar pastillas, tres o cuatro y cargao de alcohol, y después te metes, ¿sabes?, que lo notas tú que vas cargao y aún te quieres meter más, y a lo mejor llevas dos picos ya puestos y te quieres meter otro, después de haber comido pastillas. Pues a lo mejor llega el punto en que le hace el cuerpo: ¡poff!, y te se para. Eso en todo, en metadona, en... El abuso de todo te puede poner en riesgo de... la muerte. La muerte, sencillamente. Que dices: “¿Por qué se habrá muerto?” ¡Vete a saber! Te lo dice el cuerpo: de sobredosis, ¿de qué?, de pastillas, del polvo, de to un poco. Eso es lo que dicen: todo el abuso es perjudicial.

Más adelante, Tete me decía que desde que entró en el dispositivo casi no piensa en el riesgo de sobredosis, ya que “hay médicos, más gente, enfermeros” vigilando, y “te sientes seguro por lo menos”. “Yo estoy aún con heroína, pero estoy con control médico y estoy controlao”. Pero el riesgo “no deja de estar ahí”. A continuación, el paciente resumía su propia asunción del riesgo con la siguiente frase: “A la muerte le tengo respeto, no miedo”.

También el propio pinchazo, o más específicamente, las zonas anatómicas de inyección, connotan un riesgo en los relatos y las prácticas de los usuarios. A su vez, este aspecto del consumo endovenoso de heroína también pasa a ser gestionado en el dispositivo. De hecho, una de las habilidades que los pacientes adquieren aquí es la elección los puntos de inyección seguros, que varían según el estado de las venas y las preferencias personales. Asimismo, para evitar la obliteración del vaso sanguíneo y otros efectos adversos que la mayoría de los usuarios ha padecido con anterioridad, los enfermeros les aconsejan que varíen periódicamente los puntos de venopunción. Hay que decir que, en la línea de la valorización de la experticia de los usuarios de drogas que propone Jauffret-Roustide (2005), o de su “sentido práctico”, usando el concepto de Bourdieu, también aquí se produce una conexión de saberes, el

científico y el profano. Ya he descrito cómo la normativa del centro promueve que sea el propio paciente el que se inyecte para fomentar su autonomía.

Pero en ocasiones la asistencia durante la inyección puede tener un efecto yatrogénico sobre la agencia de los usuarios, especialmente en aquellos recién incorporados que aún no han ganado confianza en la institución y siguen conductas de sumisión, como en el caso de Juan Luis. En el mural del cuerpo colectivo, este paciente dibujó un pulpo junto a otros elementos alusivos al acto de la inyección que describiré en breve. Según me explicó, el pulpo representaba que “me tocan muchas personas” cada vez que tenía problemas para inyectarse él solo. El dibujo canalizaba así las emociones y frustraciones del usuario vividas en la sala de inyección. De hecho, según me refirió Rosa, su enfermera, últimamente lo encontraba “serio, como enfadado” por habersele echado una reprimenda. Al parecer, los enfermeros se desesperaban con la tardanza de este paciente en inyectarse. Rosa criticaba su actitud pasiva cuando entraba en la sala mostrándole una vena para que fuese ella quien le inyecte antes de intentarlo por sí mismo. Me contaba que la última vez le sugirió una vena demasiado pequeña de la mano y acabó rompiéndose, por lo que decidió que “para no acabar como un colador” sólo le van a permitir tres intentos (los dos primeros él, y el último el enfermero), aunque con flexibilidad. “No, si yo aquí cumplo vuestras órdenes”, le escuché decir Juan Luis. Cuando le pregunté a las enfermeras si sabían cómo se inyectaba este usuario antes de entrar en el programa, me contestaron que no, pero que sospechaban que se inyectaba por vía intramuscular. “Quizá le inyectara otra persona”, les sugerí yo. “No lo había pensado, pero es posible”, reconocía Rosa. Pero lo que me llamó la atención fue la reflexión de esta enfermera admitiendo una parte de responsabilidad, como si los profesionales hubiesen “mal acostumbrado” al paciente, ya que al principio se inyectaba sin problemas. En efecto, sus dificultades para inyectarse hacían dudar de la experticia del usuario, pero también percibí una desvalorización del saber profano por parte de algunos profesionales, sobre todo de una de las médicas. En una consulta, esta doctora le hablaba a Juan Luis de “reaprender” a pincharse y “corregir” la técnica de “la calle”, connotando así el riesgo, la falta de eficacia y la deformación del saber práctico adquirido en este entorno, al tiempo que el paciente asumía un rol pueril, sumiso y acomplejado.

Por otro lado, el cambio de contexto hace que parte de los conocimientos prácticos adquiridos en la calle, donde a menudo escasean los recursos materiales y las condiciones higiénicas, no sean extrapolables a una forma de consumo medicalizada y supervisada, de manera que algunos

pacientes, ciertamente, han “reaprendido” la técnica de la inyección. Así, por ejemplo, mientras la enfermera observaba a Adri durante el ritual de inyección, me habló de la espectacular mejoría que había experimentado esta usuaria desde que ingresó en el programa: “Se inyectaba en el pecho, lo tenía lleno de abscesos, como los brazos”. Gracias a esta labor disciplinaria, con su dimensión dialógica, y los medios sanitarios que ofrece el centro, los pacientes han llegado a incorporar prácticas seguras hasta minimizar el riesgo del pinchazo.

Pero, de nuevo, las narrativas de los pacientes mostraban que ya eran conscientes de ese riesgo antes de entrar en este dispositivo, aunque a veces, normalmente en situaciones de desesperación por encontrarse una vía venosa permeable, sus prácticas contradecían esporádicamente esa percepción, hasta el punto de inyectarse en vasos centrales, como la yugular. Por ejemplo, una tarde en la sala de inyección, tal vez por ser ya el último paciente y haberse calmado el ambiente, Tete nos contó a la enfermera que vigilaba la sala y a mí que en una ocasión su hermano le pidió que le pinchara en el cuello, pero él se negó porque le daba miedo “darle en un nervio”: “Se hacía una carnicería, parecía un tomate espachurrao”. Luego nos contó que murió de una sobredosis: “Su cuerpo no aguantó más”. Después, en una de nuestras conversaciones en el parque, me reconoció que “el sitio más peligroso” donde se había inyectado había sido precisamente el cuello: “Una sola vez, y me costó”. Según me contó, se colocó delante de un espejo y consiguió inyectarse con la ayuda de “un chaval”, sin dejar de preguntarse: “¿Y si dentro se va para otra parte, y te toca un nervio o un tendón y te deja paralizado o la pringas? Es el sitio más chungo que veo”. También refirió la experiencia de un “colega” que se pinchaba en la ingle: “Se la ponía recta [la jeringa] y se la encontraba [la vena]. Ahí no se me pasa por la cabeza”.

Otros pacientes, de forma racional, desearían prescindir del uso venoso de heroína para evitar precisamente el pinchazo y sus riesgos, sustituyéndolo por administración vía oral, como El Gato con Botas o Miky, que me decía:

- Yo, cuando pongan esto en pastillas, si puedo, lo voy a tomar así. Se echa de menos la mierda de la jeringuilla.
- Está también el [tipo de] flash...
- Yo voy a ser el primero en intentarlo. Pero fíjate qué bien. O un pinchazo por la mañana y una pastilla por la tarde...

Abundando en la ambivalencia del uso de heroína inyectada, y los complejos mecanismos del deseo, el placer y la relación afectiva con la aguja y la sustancia, hay que decir que este comentario surgió a propósito

de uno de esos controles aleatorios para medir el nivel de glucemia, cuando este paciente reconocía: “Soy un cagón”. De hecho, Rosa, la enfermera que le solicitó el test me decía: “¡Prefiere decir que ha comido dulces antes de que le pinchen!” A lo que Miky contestaba con rotundidad: “Rosa no me pincha más. Ni Rosa ni nadie”. Otro paciente que escuchaba la conversación coincidía en sentir ese rechazo a la punción en el pulpejo del dedo: “Yo tampoco lo soporto”.

La asimilación de la sangre-heroína/morfina a la lógica del deseo.

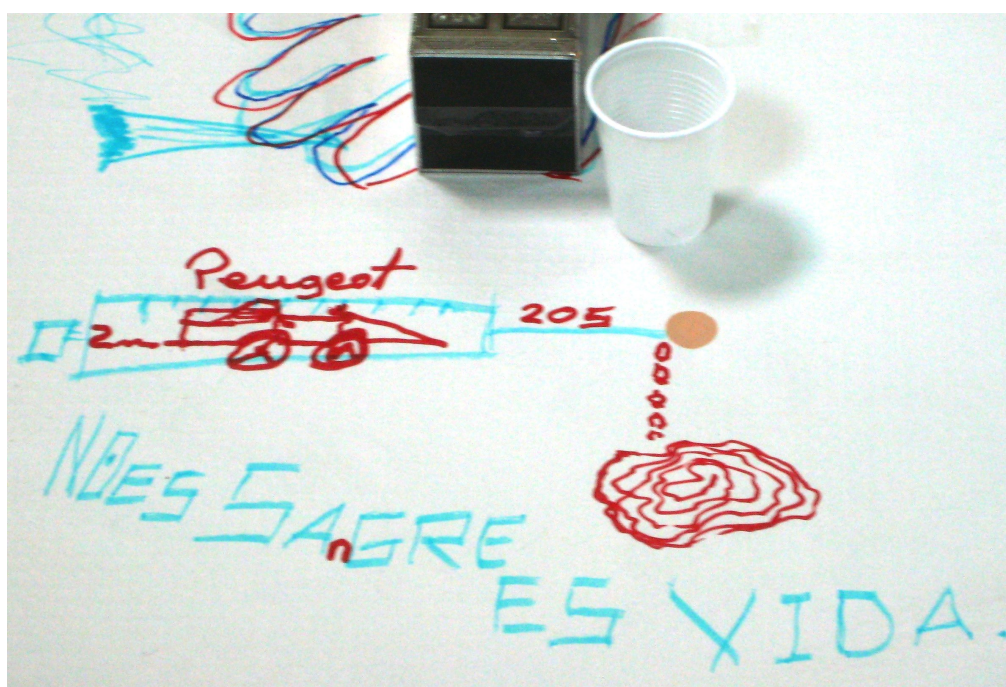
Veamos ahora cómo los pacientes refieren la relación entre dos fluidos de distinta naturaleza: por un lado la sangre, como sustancia endógena, por otro la heroína, como sustancia exógena que pasa a incorporarse a la economía somática. Pero también cómo incorporan el material de inyección en esa ecuación, en tanto que, como la sustancia química, también este tipo de objetos cumple una función protésica, es decir, se “hace cuerpo”. De hecho, no sólo la jeringa, sino también el compresor pasa a desempeñar un rol significativo durante el acto de la inyección. Ya he descrito que cada paciente usa su propia goma, como un objeto personal, así como el conflicto que surgió con Heaven cuando cambiaron los compresores tradicionales por otros de distinta elasticidad que no le presionaban como ella deseaba. En cuanto a los fluidos, también he ilustrado con algunos ejemplos etnográficos cómo los usuarios asimilan la sangre a la droga, confiriéndole a la primera un poder adictivo una vez queda contaminada por la segunda. Esta anfibología la encontramos de nuevo en el sentido de la práctica del “bombeo”. Cuando le preguntaba por esta prácticas, que es una de las conductas de riesgo que el programa trata de erradicar y lo hace con éxito, Tete razonaba acerca de la (i-)lógica o gratuidad de esta práctica de acuerdo a su sistema de representaciones de la fisiología opioide, al tiempo que hacía una valoración moral de la misma:

“A mí no me gustan. Eso es una tontería (...) Yo eso lo encuentro que eso ya es al gusto del consumidor (...) A lo mejor la coca hace algo, que no terminas de metértela toda, pero ya una vez que te has metió to, to el líquido, to la sustancia, ya echar la sangre p’ atrás, yo creo que es una tontería, porque una vez que la tienes en la sangre, eso ya ha corrió, ya la tienes en el cerebro. Eso ya me parece que es vicio, yo qué sé, no sabría explicártelo (...) Yo: ¡pum!, p’adentro y ya está. Una vez que veo que está dentro, que está bien puesto, me lo meto poco a poco y...”

Por tanto, volviendo al significado de la sustancia prescrita en el centro, al híbrido heroína/morfina habría que añadir el significante hemático. Esta suerte de ecuación ‘sangre-droga’ la encontré representada en uno de los

dibujos del mural que elaboraron los pacientes para la actividad de la carta corporal colectiva que les propuse. No deja de resultar significativo que, triangulando las representaciones de este mapa corporal con las prácticas de los pacientes en la sala de inyección y los discursos hablados fuera/en el centro, se observe un claro gradiente descendiente en la evocación explícita del deseo y el placer en el uso de drogas. A su vez, en la carta corporal los pacientes reproducen estereotipos y conductas que pertenecen al universo simbólico del esperpento yonqui, que es precisamente lo que la tecnología disciplinaria trata de reconvertir. Es decir, también aquí se expresa el conflicto de identidades sociales que surge dentro del dispositivo.

A continuación, analizaré cómo Juan Luis ilustraba literalmente la semiótica de lo opioide-endovenoso, al poco tiempo de incorporarse al programa. En su dibujo, encontramos representado un sistema simbólico la inyección de heroína a partir de la propia experiencia vivida en el centro, así como el modo en que pasa a codificarse la sustancia dentro de la economía libidinal del usuario. En primer lugar, en la imagen vemos una jeringa goteando sangre y un aerodinámico coche de carreras en marcha, que simbolizarían la cinemática entre los fluidos droga y sangre, a través de una semiótica erótico-pornográfica.



Asimismo, en el extremo de la aguja hay pegada una tirita de las que usan los pacientes para cubrir la zona de punción, que representa el límite de la piel que separa el elemento protésico del medio interno corporal. Por un

lado, la potencia del vehículo connota el acto de la inyección-eyaculación, “shot”, como un chorro opiáceo que vence la resistencia del lecho sanguíneo y penetra en él. Sin embargo, ambos fluidos, droga y sangre, devienen la misma sustancia, representada por el color rojo de los significantes “coche” (incluyendo la marca del mismo que recorre el borde superior de la aguja) y “sangre-que-gotea-de-la-aguja-hasta-formar-un-charco”. La droga deviene así una sustancia endógena incluso *antes* de entrar en el cuerpo. Como se recordará, esta creencia de la droga como sustancia *propia* está implícita en el discurso de otros pacientes, como Víctor, a propósito de su accidente, Heaven, cuando asimilaba la naturaleza de la heroína/morfina prescrita a la de “las endorfinas que produce el cerebro”, como parte de una misma economía somática. En cuanto a la cita que encontramos en el dibujo: “No es sangre, es vida” vendría a contradecir el enunciado de Burroughs: “La droga es una inyección de muerte que mantiene al cuerpo en un estado de emergencia” (2004:185). Aquí, la heroína invierte su sentido como veneno o sustancia letal, de manera que la inoculación de la sustancia y el orgasmo opiáceo simbolizarían la contradicción entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte. Ya “no es thanatos, es eros”; parece dolor/destrucción, pero es goce/producción.

En su ensayo *Totem y tabú*, Freud nos dice que el “arte (...) se hallaba al principio al servicio de tendencias hoy extinguidas en su mayoría, y podemos suponer que entre dichas tendencias existía un cierto número de intenciones mágicas” (1997:1804). Así, la representación que acabo de describir, que está tomada de un medio de expresión plástica que comparte elementos con la creación artística, podría interpretarse también como una idealización de la sustancia, a la que se le atribuye un sentido mágico. Pero hay que decir que esta relación idílica entre el sujeto-heroína/morfina la encontramos debilitada en los *discursos* y también *prácticas* de los usuarios más veteranos, en parte por las dificultades para encontrarse vasos sanguíneos practicables, así como para completar la propia inyección.

La vena como órgano de placer o sufrimiento.

En el imaginario de los usuarios esta estructura anatómica viene a representar un órgano que posibilita en un plano material la experiencia opioide, a partir del cual establecen la relación afectiva con la aguja y los

efectos de la inyección¹⁶. Asimismo, en el plano simbólico de la experiencia, la vena deviene una metonimia de la potencia del sujeto para experimentar el goce, dado el rol que juega en esta tecnología del yo. “Esto es vena”, solía alardear El Gato con Botas mientras palpaba el relieve del vaso sanguíneo antes de pincharse. Incluso este usuario decoró el vasito donde guardaba su compresor con un autorretrato del que salía un bocadillo con esta frase.



Pero la vena también podía producir impotencia, como sucedía en los usuarios más veteranos. En ocasiones, después de agotar varios intentos de pincharse, algunos pacientes acababan recurriendo a la ayuda de los enfermeros. Otras veces, desechaban la jeringa aún cargada y “sin decir nada” a los profesionales, dado “no estaba permitido” administrarse una dosis inferior a la prescrita. Es el caso de Tete, para quien el acto de inyectarse llegaba a ser un suplicio por su temblor de manos y el estado de sus venas. Como consecuencia de su larga trayectoria como inyector, me decía: “las venas se me han metío pa’ dentro”, y haciendo una personificación de la vena donde se inyectaba, en el dorso de la mano, se quejaba de que “se está volviendo muy bailona”. También en la sala de inyección recurría a la prosopopeya: “Vamos, bonita”, le hablaba a su vena cuando trataba de pincharse. Así, este acto devenía una fuente de preocupación: “desde que salgo de casa, ya estoy con la tensión esa: ¿me la podré poner bien?”

En cuanto las marcas de la venopunción, cuando se localizan en zonas visibles del cuerpo, los pacientes que llevan vidas más normalizadas y se socializan en los espacios hegemónicos los perciben como estigmas que les causan preocupación y vergüenza. Por ejemplo, Vicente me decía que se sentía abochornado porque su compañera de trabajo se había fijado en sus brazos. Por su parte, 201 ocultaba su participación en el programa no sólo en el trabajo, sino también a su familia, de manera que procuraba minimizar y borrar cualquier indicio epidérmico que revelase la práctica de la inyección. De hecho, los estigmas de la inyección son uno de los

¹⁶ Hay que matizar que, a pesar de que no suele ser del agrado de los usuarios, y para algunos supone una forma de administración dolorosa, en ocasiones la inyección es intramuscular. De hecho, esta es la vía de administración alternativa cuando se agotan los intentos de inyección intravenosa establecidos en la normativa, antes de ofrecer el comprimido de metadona como sustituto de la heroína. Pero también la vía intramuscular también puede ser la de elección en algunos casos, como en uno de los últimos pacientes jóvenes en incorporarse al centro.

motivos que algunos pacientes aducen para probar la administración oral de heroína. Para evitar o, al menos, disimular la semiótica corporal que denota el consumo intravenoso, las estrategias disciplinarias del dispositivo ofrecen distintos recursos que contribuyen a recodificar y neutralizar la imagen del yonqui, al tiempo que garantizan una inyección más segura. Como ya he referido, a menudo los enfermeros sugieren a los pacientes que cambien sus zonas de inyección, especialmente las venas de las piernas y los tobillos, que suelen estar menos expuestos, así como usar pomadas para aliviar la flebitis o los hematomas. Ara, una enfermera que se mostraba especialmente sensibilizada por este tema, incluso descubrió en la farmacia del barrio donde vivía Vicente un producto cosmético especialmente indicado despigmentar la piel en los tratamientos de quimioterapia, pero que también servía para minimizar los signos de las punciones múltiples. Sin embargo, los efectos de esta pomada se producían a largo plazo, de manera que el tratamiento resultaba caro. También Ara le sugirió a 201 que usase pulseras o gomas del pelo para cubrir los signos de venopunción en las muñecas. No obstante, los profesionales trataban de disuadir a los usuarios de esta preocupación, que podía llegar a cobrar rasgos paranoicos, como cuando Estrella contó: “Yo creo que se me han quedado mirando en la casa que limpio”, y Ara le contestó para tratar de aliviarla: “¿Tú crees que con la cantidad de pecas que tienes han visto algo?”

Rito y trans-identidades en torno al sacrificio y el placer.

Siguiendo con el encuentro de los usuarios con el sistema moral de la sociedad hegemónica y las transformaciones de la experiencia del consumo en el dispositivo, cabe preguntarse por las distintas racionalidades e incluso procesos inconscientes a través de los cuales los pacientes significan la experiencia vivida durante el ritual de la inyección. Douglas nos dice que: “La contaminación ritual procede (...) del juego que se da entre lo forme y lo informe del entorno. Los peligros de la contaminación amenazan allí donde la forma ha sido atacada” (1973:142). Así, la liminaridad a partir de la cual se constituye el rito traerá consigo necesariamente una constante inversión del orden ético y estético que rige una sociedad, y a su vez de las formas negativas a partir de las cuales queda socialmente excluida la identidad del iniciado. Trasladando este esquema al proceso de carnavalización del esperpento yonqui en nuestra heterotopía, me ocuparé ahora de analizar los modos en que los usuarios, junto a los profesionales, gestionan y asimilan los procesos identitarios que a menudo entran en conflicto con el sistema de valores y el espacio normativo del afuera, al tiempo que plantean una dialéctica (eso sí,

productiva) con la lógica del dispositivo farmacopolítico y su función disciplinaria.

En primer lugar, si el uso intravenoso de heroína en la calle suele adquirir un sentido de contricción, quizá contradictorio, por el cual los sujetos tratan de compensar sus aflicciones, desgracias, impotencia, culpa y rabia acumuladas durante su carrera, como ya he comentado, también en nuestro escenario farmacopolítico las dos visitas diarias al centro, el acto de la inyección y las posibles lesiones en la piel y la vena cobran un sentido sacrificial. De hecho, el abandono de la aguja y la droga es un anhelo compartido por muchos pacientes, si bien la mayoría se confiesa incapaz de conseguirlo, al menos a corto o medio plazo. Especialmente los que cuentan con trayectorias más largas perciben su filiación al programa como un fastidio cotidiano del que no pueden prescindir. En la sala de inyección, los suspiros y otros gestos de resignación suelen acompañar la ceremonia de la inyección, como si se tratase de una penitencia: “¡Qué hartita estoy yo de tanta agujita...!” –se lamentaba Adri mientras se buscaba la vena. O Tete, con sus dificultades para inyectarse debido a su *tremor* en las manos por el consumo de alcohol: “A ver si me quito de esto de una puñetera vez, ¡coño!”.

Así pues, como ocurre en los ritos de asimilación de la sustancia totémica a los que me he referido en el capítulo anterior, la práctica de la inyección no sólo cumple una función comunal, sino también purgativa. En última instancia, el ritual endovenoso representa un acto de violencia contra el propio cuerpo que emparenta con el sentido que Hubert y Mauss otorgan a los rituales expiatorios u oblações sacrificiales. Así, este último autor entiende el sacrificio como “un acto religioso que, por la consagración de una víctima, modifica el estado moral de la persona que lo realiza o de determinados objetos por los cuales dicha persona se interesa” (Mauss, 1970:155). En este entorno clínico, la sanitarización del hábito de la inyección, de la violación del propio cuerpo, junto con la aceptación de su rol como drogodependientes, dignifica el ritual endovenoso y lo reviste de un doble sentido moral y salvífico, en tanto que este acto es percibido con eficacia para restaurar la alianza social rota, como apuntara Robertson Smith sobre el sentido de la expiación (Mauss, 1970:144–145). Es así como la repetición del ritual de la inyección en el dispositivo sanitario, donde los “actos corporales subversivos” (Butler, 2007) quedan recodificados, puede considerarse una estrategia performativa y restauradora de la identidad social.

Varios autores se han referido al mecanismo exculpador que asocia la categoría de paciente o enfermo crónico a los usuarios de drogas, en tanto

que pasan a asumir un rol que los sitúa en un proceso de normalización y de recuperación del vínculo familiar, en ocasiones, y social (ver Pallarés, 1995; Albertín, 2003; Romo y Póo, 2007, entre otros). Ciertamente se trata de un fenómeno generalizado en nuestro lugar de estudio, encontrándose casos como el de Miky, que quisiera reparar el daño causado a sus seres queridos, Mimalo, que ha pasado de “ser un problema para la familia a una solución”, igual que El Gato con Botas o Juan Luis, que se ocupan de sus madres enfermas, o un nuevo paciente que, con la mirada perdida y una voz casi ininteligible después de recibir su dosis de heroína, me aseguraba que “esta vez sí que lo voy a intentar, no como cuando entré en metadona ahí arriba, que dejé pasar una oportunidad”. Sin embargo, también hemos visto que la asunción del rol de “buen paciente” es bastante irregular, del mismo modo que los discursos pro-normalización varían considerablemente según el interlocutor y el contexto.

Pero además de ese sentido expiatorio, queda por analizar el otro extremo del ritual de la inyección. Un extremo que tiene que ver con la vivencia encarnada y la ética del goce opiáceo, y que no por permanecer a menudo negado en los discursos deja de operar decisivamente en los procesos identitarios, llegando incluso a hacerse explícito en ciertos casos y escenas que he presenciado. Para ilustrar mi análisis acerca de esta dicotomía o ambivalencia en el ritual, entre el sacrificio y el placer, tal vez resulte esclarecedora una referencia al texto clásico de Ernesto De Martino (1999) acerca del tarantismo, una tradición popular de la Apulia rural del sur de Italia que se remonta a la Edad Media. Como es sabido, a finales de los años cuarenta el antropólogo hace una lectura mítica a la vez que gramsciana de este ritual mágico-religioso, relacionando la experiencia corporal de los atarantados con la resistencia de las clases subalternas frente a los conflictos que plantea el orden social en las distintas etapas de la vida. En su análisis, De Martino también establece un paralelismo entre el fenómeno de estudio y los rituales de posesión y extáticos en diversas culturas, así como los ritos orgiásticos seguidos por las mujeres de la Grecia Antigua a través de algunas de sus formas simbólicas compartidas (p. ej., el columpio o los movimientos coreiformes que acompañan a la música), los cuales sirven a los iniciados de catarsis para superar una crisis existencial, traumas, miedos, frustraciones, etc. Salvando las distancias entre el tarantismo y la inyección de heroína, en la alteración del estado de conciencia inducida por un tóxico no deja de darse una tríada de elementos comunes: un “remordimiento” o “rimorso”, como llaman los nativos (ya sea por las sucesivas picaduras de una tarántula o por los “picos” diarios de DAM), una experiencia dionisiaca y un acompañamiento terapéutico estructurado como estrategia ritual para

expiar una culpa reprimida. En los párrafos que siguen, intentaré abordar desde una perspectiva encarnada cómo los pacientes describen y escenifican de forma cotidiana esta experiencia extática, buscando las posibles correlaciones o contradicciones entre la ética del placer y el proceso de regeneración que promueve nuestra heterotopía.

En primer lugar, hay que reconocer que resulta imposible generalizar acerca de las sensaciones, expectativas y valores a partir de los cuales cada sujeto construye sus discursos y prácticas en torno al ritual de la heroína. Así, por ejemplo, en las escenas que he observado en la sala de inyección, mientras que unos usuarios llevaban a cabo con presteza el ritual endovenoso sin mostrar apenas signos opiáceos, acaso una leve ptosis palpebral, otros actuaban con parsimonia y se entregaban a la experiencia del *flash*. Estos solían quedarse en silencio, con los ojos cerrados, inclinándose poco a poco hacia un lado hasta llegar a dormirse en algunos casos. Asimismo, cuando les llegaba el momento de abandonar el dispositivo, aún observaba variabilidad en los efectos de la sustancia sobre la gestualidad, la lentitud del habla o la mirada entornada de los pacientes, a pesar de que los profesionales velan por garantizarles un estado de alerta adecuado para poder desempeñarse con autonomía en la calle.

Por otro lado, la visibilización del *flash* y la apariencia de “ir colocado” a la salida del centro es otro de los aspectos donde se suele poner de manifiesto el conflicto entre la ética del placer opiáceo y el deseo de normalización. Así, algunos usuarios valoran positivamente que los efectos de la sustancia no se hagan reconocibles en sus cuerpos, como Miky:

“[la heroína que me inyecto] me hace bien, puedo hablar, puedo... incluso trabajar (...) creo que soy más normal, entre comillas (...) en [el sentido de] que no estoy colacao, no estoy con los ojos cerraos, ni bamboleantes, ni... me acabo de inyectar hace quince, veinte minutos. Y como puedes ver estoy, puedo llevar una conversación más o menos en condiciones (...) Así hasta la tarde, y... así es todos los días”.

Pero esta búsqueda de “sobriedad” después del consumo no está reñida con el deseo común de experimentar el *flash* con intensidad, lo que en ocasiones se traduce, como ya he descrito, en una solicitud de incremento de la dosis prescrita para modular sus efectos. La siguiente escena etnográfica, cuando conversaba con ese mismo usuario después de haberse inyectado, ilustra cómo se gestiona el juego de contradicciones en torno a la moral del *flash*, cuando éste trasciende del cronotopo al tiempo y el espacio cotidianos de la vida social. También veremos cómo este

paciente trata de distinguirse del resto de usuarios cuando refiera su deseo de neutralizar los efectos de la inyección, denotando con ello el problemático encuentro entre la fenomenología opioide y el anhelo de recobrar rápidamente un estado de conciencia funcional y socialmente normalizado:

- Estoy sudando hace un rato.
- Sí. ¿Sueles tener esta reacción después de...?
- Sí, cuando me pongo la inyección sudo.
- ¿Sí? Pero empezarás a sudar cuando ya te vas, porque normalmente a estas horas, vamos, como estáis poquito tiempo después de...[la inyección]
- Sí, sí, bueno, me pongo la inyección, me pongo a andar y ya noto la...
- Mhh. Sin embargo no te quedas dormido, no te produce efectos así...
- No, no, imenos mal! ¡Aunque siento flash!
- Sí...
- Hasta hace poco no sentía nada.
- ¿No?
- No, cuando me ponía ciento treinta y cinco, ciento cuarenta [mg]; pero ahora sí, incluso me quedo con poco, como ensoñaciones, me quedo... digo: ¡Coño, me he quedao traspapelaílllo!
- Je.
- Un poco...
- Eso, ¿porque te han subido [la dosis] ahora?
- A ciento cincuenta [mg].
- Ahá. ¿Lo has pedido tú?
- Sí, lo pedí yo.
- Porque, porque querías sentir el flash...
- Quería sentir algo.
- Ya. Mmh.
- Y sé que ciento cincuenta va bien, pero más de ciento cincuenta, me duele la cabeza.
- Hmm.
- No me lo admiten, los receptores opiáceos dicen que "vale".
- Que ya está bien, ¿no? -sonríó-. Sí, mm. ¿Y cómo es que has estado tanto tiempo con una dosis que no te producía flash y ahora ya...?
- Porque no busco el flash, lo que busco es... Yo no busco estar dormío, eh, quedarme pescando, como decimos.
- Je.
- Ah, busco... no tener dolor, poder pensar.
- Hmm.
- Una, estar en estado normal.
- Ya.
- No como muchos compañeros que lo que quieren es colocarse.
- Ya.
- Yo es que no quiero colocarme.
- Pero, ¿tú eso lo ves mal, la gente que viene aquí porque busca...?
- No, lo veo bien, pero que, que... es una barbaridad, lo veo un poco ridículo.
- Ya.
- O sea, no te deja actuar, no te deja pensar, no te deja hacer cosas.
- Pero habrá gente que se coloque y luego esté bien, ¿no? cuando salga [del centro]...
- Sí, me imagino que sí, no van a estar toas las horas colocao.
- Ya, hmm.

–Pero que, bueno, yo lo que, como estoy, estoy contento.

Curiosamente, no es el único paciente que se compara con el resto para destacar esa suerte de “ascetismo” en el uso de heroína, si se permite la paradoja. También lo observé en Okupa, que manifestaba el mismo deseo de controlar la dosis de heroína prescrita, e incluso descenderla, así como su rápida recuperación del estado de alerta después de experimentar el *flash* o “pelotazo”:

–(...) a los cinco minutos ya se m’ha quitao y estoy, pues, tan normal (...) Yo ya entro y salgo [del centro] como estoy ahora contigo hablando”.

–¿No te gustaría sentirlo?

Me contesta con un gesto de negación.

–¿No te interesa ya? –le pregunto.

–Lo que me interesa es sentirme normal. No como van muchos [compañeros del centro], que van en el autobús y van –hace un gesto como de ir mareado–, y to el mundo mirando... Eso es lo que a mí no, no me gusta.

En esta entrevista, Okupa hacía un juicio de valor acerca de los pacientes que no sólo no buscaban minimizar los efectos del *flash*, sino que trataban de amplificarlos con los consumos externos, en contradicción con la lógica del programa. Nótese el tono de rabia y desprecio cuando habla de un usuario que suele manifestar de forma notoria los efectos de la inyección (y que precisamente era quien le acompañaba en el autobús al que aludía más arriba), ya que, en su opinión, este tipo de conductas, que se corresponden con la imagen denostada del yonqui, boicotean la normalización que él pretende con su participación en el programa. No obstante, precisamente en el énfasis que hace en que se trata de una actitud exagerada y hasta fingida la que mantiene su compañero, acaso se atisba un velado poso de envidia ante la posibilidad de que éste realmente llegue a experimentar una mayor sensación de euforia, como he tratado de destacar en cursiva en el siguiente fragmento:

–¿Y tú crees que la gente entiende lo que se está haciendo en el PEPSA?

–No. La gente de la calle no, y gente que hay dentro, algunos tampoco.

–¿Cómo qué? ¿A qué te refieres? ¿Cómo lo entienden ellos?

–La gente de la calle lo ve como... como... como ponen en el periódico: una narcosala. Aquello no es una narcosala, aquello es... yo le daría otro nombre, no sé qué nombre, pero no narcosala.

–¿Por qué narcosala no?

–Porque suena muy fuerte, ¿no? Suena a narcótico, a narcótico, donde te dan narcóticos.

–Ajá.

–Yo le daría otro nombre, no sé qué nombre, pero no ese, justamente ese no. Y la gente de la calle no, no lo comprenden, a una persona que tenga el sida, no...

–Ya. ¿Tú qué le dirías a alguien de esos que no entienden... lo que está haciendo...?

–Que vayan y lo vean. Que vayan y lo vean. Que vean lo que estoy haciendo.

–Ya, que vean lo bien que os está haciendo.

–Sí, hombre, no le vas a enseñar cómo sale Monti, por ejemplo, el gordo, que sale con una papa, que aunque no le haya hecho na, sale papa, sale... –imitando el gesto de ir colocado–. *Y no está colocao ni na, es que se lo hace, porque está tomando... na!* Está tomando lo que yo. Un tío que tiene cien kilos, que está tomando lo que yo, no. *Si a mí no me hace na, a ti no te va a hacer na. Le da igual que a mí.*

–Ya. ¿Y a ti te molesta que haga eso?

–A mí no es que moleste, es que *me da una patá en el hígado.*

–Ya.

–Es que lo pateaba. Muchas veces le digo: “Ponte las gafas, hombre, que no se te vea la cara”.

–Te da rabia.

–Una vez me subo al autobús con él, iba en el autobús y otra vez –repite el mismo gesto–. Y: “Abre los ojos, joder! Por lo menos mientras estés conmigo”.

–Te daba vergüenza.

–Me dio vergüenza ir con él.

–Te da rabia que haya gente que...

–Si es que eso es lo que hunde aquello. Esa gente es la que hunde aquello –dice categóricamente–. Y la gente que tiene aquello como, como... segunda opción. O sea: tu primera opción es el Polígono, el Polígono, que están tomando mierda, mientras está la gitana [que vende la droga] poniéndose su bocadillo de jamón, su café, su cola-caao, y tú ves que el gordo arriba (...) Pues ellos no lo entienden, ellos siguen y siguen. Y le dan cola-caao, y se meten cola-caao, y le dan ladrillo y se meten ladrillo, y mierda.

–¿Y por qué, por qué crees que lo hacen ellos?

–¿Por qué? Porque no, no quieren cambiar, no les da la gana, no.

Pero también en el discurso de otros pacientes, como Heaven, vemos reivindicado su derecho al consumo de drogas definiéndose como “politoxicómana”, a la vez que surge una tensión entre los sistemas de interdicción del centro para garantizar un tratamiento seguro, y los riesgos del consumo de esas otras sustancias que no se incorporan a la farmacopea dispensada, especialmente la cocaína. En una entrevista a esta usuaria, que tuvo lugar al poco de haberse producido un conflicto a consecuencia de esos consumos externos, cuando empezó a presentar signos de cianosis después de la inyección, se refería a sí misma y valoraba su experiencia en el dispositivo de la siguiente manera:

–Porque yo consumo, o sea, yo lo dije desde el principio: “Yo soy politoxicómana y bueno, por supuesto, de heroína no voy a consumir, pero; intentaré bajar todo lo que pueda la cocaína, pero no sé seguro, ni mucho menos, que vaya a dejar de hacerlo, ¿no? O sea”. Y efectivamente, bueno, ha cambiao mi vida muchísimo, y el consumo ha bajao enormemente, ¿no? Pero que no dejo de hacer algún consumo de... Pero vamos, que no tiene nada que ver con lo de...

–Con lo de antes.

–O sea, es años luz, ¿no? Y por eso (...) también ha cambiao toda mi vida, y mi orden, y puedo, o sea que... que el nivel es muy bajo de consumo, ¿no? Porque el

nivel es de, cuando estoy más o menos bien, pues, como el que sale un fin de semana y se va de copas y... O sea, no todos los días, tres gramos, como era antes de venir aquí, que era terrible.

Para poner aún más en evidencia las contradicciones morales en este dispositivo farmacopolítico, que giran en torno al placer y constriñen las identidades de los usuarios, volvamos a la sala de inyección. En este espacio ritual y cronotópico, la carnavalización que produce esta heterotopía en tanto “refugio” del afuera se hace aún más explícita. Ya sabemos que aquí el deseo, como los cuerpos, se domestica. Pero a veces lo vemos asomar en su estado salvaje, de tal suerte que la inyección de heroína en tanto tecnología del placer emerge conectada a la economía libidinal en lo consciente. Un ejemplo de ello es la anécdota que me contó José Ángel, el enfermero, a propósito de lo que aconteció una tarde en este lugar ritual. Al parecer, una joven usuaria que había ingresado en el centro hacía poco tiempo, mientras se inyectaba, confesó a los presentes en la sala su fantasía erótica, a saber: “sentir los efectos del *flash* mientras hacía el amor a cuatro patas y su amante le tiraba del pelo”. Ningún paciente quedó indiferente ante tal canto al eros, pero tampoco se escucharon censuras de los enfermeros que presenciaron la escena, si acaso sólo para calmar el ambiente en la sala.

Siguiendo con los profesionales (o algunos de ellos), recientemente Ara me contaba que un ex-paciente saxofonista les había expresado su firme intención de reingresar porque “necesitaba la heroína para inspirarse” y, en consecuencia, había vuelto al consumo en la calle. Al poco de su visita, dado que el usuario reunía los requisitos, no pudieron poner objeción a sus motivaciones y fue readmitido. Con esta última referencia pretendo ilustrar cómo ciertas situaciones que se dan en el dispositivo llevan a los propios profesionales a cuestionarse eventualmente la moral de la experiencia sensorial que produce la heroína inyectada e, indirectamente, la propia categorización de los usuarios en tanto enfermos/adictos.

En suma, el ritual de carnavalización que aquí acontece, con su dimensión comunal, expiatoria y orgiástica, adquiere para muchos pacientes un sentido terapéutico a partir del cual transforman sus cuerpos y sus identidades sociales hacia modos de existencia más normalizados. Pero, a su vez, el propio proceso regenerativo que activa este entorno clínico les plantea a los usuarios un conflicto de roles. Por un lado, además de la patologización inherente a la lógica asistencial, observamos en ellos distintos grados y formas de resistencia al régimen disciplinario que pasa a regular su goce opiáceo y que, a ojos de muchos de los profesionales, los convertirán ya no sólo en pacientes, sino en pacientes razonables o pacientes rebeldes. Por otro lado, el uso de heroína como tratamiento

médico supervisado permite a quienes así lo desean modular la dosis para garantizar una sobriedad en su vida cotidiana, que por lo general cobra un doble sentido práctico y moral. Pero, incluso en este tipo de pacientes, el deseo de neutralizar los efectos visibles de la sustancia entra en contradicción con su economía libidinal opioide. Así, la propia liturgia de la inyección en el medio institucional convierte la experiencia íntima del *flash* en un ritual transparente, colectivo y regido por el poder médico, si bien para muchos pacientes, lejos de ser necesariamente un óbice para alcanzar una sensación intensa de euforia, este ritual acaba convirtiéndose en una nueva gramática del placer.

Conclusiones

La presente investigación rinde una crítica cultural a (o acaso una ficción de) la cuestión de los programas de heroína en el marco de las políticas de reducción de daños. A modo de epílogo, presento las principales conclusiones junto a una discusión final, añadiendo por último algunas recomendaciones referidas al ámbito asistencial de este nuevo modelo terapéutico de la adicción.

En primer lugar, el ejercicio de deconstrucción del discurso científico-médico acerca de la medicalización de la heroína ha puesto en “evidencia” algo más que los hechos o verdades con que ha tratado de legitimar esta tecnología biopolítica, desvelando algunas de las paradojas y limitaciones (“estrabismos” y “escotomas”) que encierra el paradigma biomédico al que ha apelado la comunidad científica. Así, los expertos problematizan la realidad de los usuarios de opiáceos que no siguen tratamientos con sustitutivos como una alarmante cuestión de salud pública, aplicando por tanto una particular mirada y un método científico (o científicista), i.e. la epidemiología, para rebatir los argumentos de los sectores críticos. Aunque en su abogacía, de acuerdo a los principios higienistas, los investigadores hacen un llamamiento ético a las administraciones públicas para gestionar los graves problemas de tipo médico y social que sufre la población referida (alta tasa de mortalidad prematura, con énfasis en la causa de muerte por sobredosis, morbilidad –fundamentalmente por VIH, VHB, VHC y otras enfermedades infecciosas con riesgo también para la población general–, criminalidad, marginalidad, etc.) y dignificar sus modos de vida, en sus argumentaciones prevalece una clara oposición entre ciencia y política, razón y moral, sin llegar a reconocer que, por un lado, su visión de la realidad responde a *otra moral*, acaso utilitarista, contraria a la moral puritana de los detractores sobre la cual, en última instancia, descansa el sistema prohibicionista de drogas aún vigente. De hecho, en correspondencia con la lógica de la mayoría de los gobiernos, también la cuestión de la seguridad ciudadana, así como el gasto sanitario y penitenciario, devienen objeto de estudio para ofrecer “evidencias” de los beneficios que suponen los programas de heroína como medida biopolítica.

Por otro lado, los expertos tampoco reconocen que su *discurso de verdad* es *político*, en tanto que persigue impulsar una tecnología de gubernamentalidad. Pero más aún, el propio debate que surge y crece en torno a la cuestión tiene una función performativa, que culmina con la realización de los estudios experimentales con la heroína como tratamiento para usuarios refractarios a metadona (es decir, los ensayos

clínicos aleatorizados en fase III como prueba “gold estándar”) con la finalidad de arrojar datos duros e irrefutables de su idoneidad para este colectivo. Es decir, para poder *enunciar* necesariamente hay que *hacer*, y viceversa. Se trata, por tanto, de *producir verdad* de acuerdo a un marco discursivo, moral y epistemológico preconcebido acerca del uso medicalizado de heroína (que se reflejará en el diseño de los estudios, desde la elección de la muestra hasta las variables resultado –p. ej., ‘estado de salud física y mental’, ‘uso de sustancias ilícitas’, ‘ajuste social’, ‘comisión de delitos’, etc.–), pero también de *producir hechos*. Dicho con otras palabras, se trata ficcionar realidades, apelando al reconocimiento unánime que goza el método estadístico.

Como vemos, en los discursos de abogacía de los programas de heroína, se ofrece una visión patologizante, victimizadora, biologicista y normativa del uso de drogas bastante alejada de los discursos emancipadores de los sectores pro-legalización de drogas, si bien prevalece una crítica al sistema prohibicionista, aunque con distinto énfasis. En cuanto al modo en que se define y subjetiva al colectivo subsidiario, también suscitará dobles interpretaciones desde ambos sectores enfrentados. Partiendo del sistema de categorías del saber psiquiátrico, los sujetos candidatos a los programas de prescripción de heroína se definen como ‘adictos recalcitrantes’, ‘enfermos mentales crónicos’, pacientes ‘no respondedores’ a los tratamientos de metadona, ‘individuos sin autocontrol ni autonomía’, así como individuos desviados, ya sea ‘delincuentes’ o ‘excluidos sociales’. Así, el concepto de adicción (o la “dependencia a opiáceos ilícitos no tratada”) que sirve de piedra angular en la legitimación de la prescripción de heroína, deviene al mismo tiempo un contraargumento para los detractores, especialmente en EE.UU., en tanto que, bajo la misma perspectiva conductista, consideran que precisamente la falta de libertad que asocia la adicción llevará a los usuarios a acudir desesperadamente a los programas de heroína (algo que la puesta en marcha de estas intervenciones ha desmentido) y a mantenerse anclados a éstos.

Otras aporías del modelo positivista sobre el que se alza la medicalización discursiva y experimental de la heroína pueden resumirse en: a) el sesgo farmacocéntrico de las investigaciones epidemiológicas; b) la inadecuación de los ensayos clínicos para ensayar una intervención social con un tipo de población difícil de someter al rigor de la investigación *in vitro*; c) la disolución del sujeto y del contexto político, histórico, social y cultural que lo rodea, sin poder conocer ni comprender, por tanto, los procesos que determinen el éxito o el fracaso de esta medida biopolítica, y que a su vez puedan orientar sus posibles reformulaciones; d) el sistema

de valores liberal implícito de la nueva salud pública que se centra individuo a partir una lógica conductista, pese a que dicho sistema quede disfrazado de una objetividad cientifista; y e) la búsqueda de universalidad frente a la particularidad de tipo social, político, histórico, económico, legal, etc. de los distintos escenarios en cada país. En relación a este último punto, es decir, el esfuerzo de la comunidad científica en acumular “evidencia científica” sobre la experimentación clínica de la prescripción heroína en cada vez más países, cabe una interpretación constructivista y diacrónica acerca de la aparente ingenuidad de esta mecánica de saber y poder. Así, ese empeño puede entenderse como un mero ejercicio de performatividad discursiva, necesario para romper con el paradigma biopolítico que aún asocia un gran estigma al uso de la sustancia en cuestión, y para consolidar su uso medicalizado como una medida farmacopolítica más dentro del nuevo paradigma de la reducción de daños.

En suma, se constata un claro reduccionismo tanto epistemológico como metodológico a la hora de formular los problemas asociados al consumo ilegal de opiáceos por vía intravenosa al margen de las farmacotecnologías existentes como una cuestión de salud pública, y de plantear la prescripción de heroína como un tratamiento de mantenimiento alternativo. Por otro lado, los escasos estudios cualitativos realizados para evaluar este tipo de intervenciones han desempeñado un rol marginal y subordinado a la lógica de los ensayos clínicos, compartiendo por lo general el sistema de categorías para emparejar las “evidencias” arrojadas por ambos.

En contraposición a la epistemología dominante en torno a la cuestión de estudio, y desde un enfoque posmoderno que no abunda en la investigación en ciencias sociales dentro del campo de las drogas, he ofrecido una visión antropológica acerca del proceso de medicalización del uso de heroína, sirviéndome de triada de tropos: ‘heterotopía’, ‘esperpento yonqui’ y ‘carnavalización’. A la luz de este marco interpretativo, se desvela que el fenómeno de estudio, tanto en su dimensión macrosocial como micropolítica, responde a un esquema mítico, donde el orden discursivo se incardina en el orden de lo visible, y más concretamente en la materialidad del espacio y el cuerpo.

En correspondencia con los principios por medio de los cuales Foucault describe las heterotopías, en primer lugar me he remontado a los usos terapéuticos, lúdicos y rituales de las drogas desde la Prehistoria, así como en diversas culturas, analizando cómo los cambios que se han sucedido en los sistemas de control del uso de sustancias psicoactivas se

han acompañado de una reconfiguración de los espacios destinados a esa práctica. Si antes se trataba de espacios segregados en un sentido positivo, por lo general sagrado, en la modernidad, con la instauración del sistema prohibicionista, esos emplazamientos y los rituales que acogen quedan relegados a los entornos clandestinos y marginales de los suburbios urbanos, en un sentido negativo. Paralelamente, la mecánica de control del uso de drogas queda inscrita en el cuerpo, de manera que los usuarios, y especialmente los inyectores de heroína, i.e. los ‘yonquis’, devienen una figura de desviación, como un reflejo encarnado de la matemática perversa que dispone dicho sistema legal y moral hegemónico. A su vez, se producirá una reacción biopolítica para gestionar el estatus liminar y paliar la deformación de estas figuras del exceso que produce el propio sistema, de manera que el colectivo de usuarios de heroína será objeto de la mirada tanto jurídica como médica. Sin embargo, paradójicamente, ambos discursos de poder contribuirán a cristalizar el esperpento yonqui.

Si bien el poder jurídico categoriza a estos sujetos como delincuentes, progresivamente prevalecerá el poder psiquiátrico para subjetivarlos como enfermos. Es aquí donde establezco una comparación entre las etapas que describe Foucault en el “nacimiento de la clínica” desde la Ilustración, y la mecánica discursiva dirigida a nuestra figura de exceso que se condensa durante el siglo XX. Así, encontramos un proceso paralelo que se inicia con una *especialización primaria*, por medio de la cual el poder psiquiátrico configura la nosología de la adicción/drogodependencia a partir de las conductas yonquis (aunque ya encontramos un primordio en las teorías decimonónicas de la degeneración); sigue con una *especialización secundaria*, que sitúa la entidad morbosa en el cuerpo, primero a nivel orgánico (especialmente en el cerebro) y sistémico, mediante la teoría metabólica de la adicción, y más tarde a nivel molecular, por medio de la teoría de los receptores de membrana; y por último, se superpone una *especialización terciaria*, por la que se dispone distintos tipos de emplazamientos institucionales o heterotopías de desviación donde ubicar a este colectivo. En relación a esta última especialización, en la biopolítica española de la anormalidad yonqui, que he llamado ‘esperpento yonqui’ para connotar su particularismo, los agentes sociales juegan un papel esencial para que se produzca ese viraje hacia la descriminalización de los usuarios y el terapeutismo en el campo institucional, incluido el ámbito penitenciario (a través de la conmutación de penas por tratamientos de deshabituación, o luego la incorporación de los tratamientos de metadona en las cárceles) para afrontar el ‘problema de la droga’.

Dentro de las intervenciones sociosanitarias, predomina el paradigma abstencionista al menos hasta la década de los noventa. Más tarde, la llegada de la epidemia de sida que extiende especialmente entre los inyectores de heroína, traerá consigo un cambio de racionalidad biopolítica que empieza a tomar en consideración el propio objeto de gobierno e incluso su agencia social, en correspondencia con el concepto de gubernamentalidad (Foucault). Así, se produce una farmacologización de la asistencia a la drogodependencia, a través de los programas de mantenimiento con metadona, y se desarrollan políticas de reducción de daños que se desplazan a la escena de la droga, como las salas de venopunción higiénica conocidas como narcosala, o los programas de intercambio de jeringuillas. No obstante, este cambio de estrategia llegará con demasiado retraso a nuestro país para frenar la epidemia de sida. Mientras tanto, en el entorno europeo ya se habrán fraguado estrategias para disolver de manera eficaz las escenas “abiertas” de la droga que empiezan a tomar las plazas públicas en algunas ciudades, surgiendo así los programas de heroína. En nuestro contexto, hay que esperar al nuevo milenio para que se lleve a cabo un par de experimentos en Andalucía y Cataluña, si bien este tipo de intervención sólo consigue implantarse en la ciudad de Granada, a través del denominado ‘Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía’ (PEPSA).

Una vez situada políticamente la medicalización de la heroína, he trasladado mi esquema interpretativo en torno al espacio, el cuerpo y el ritual a este único centro disponible en nuestro país, aportando una aproximación etnográfica para validar mis hipótesis mediante la observación empírica. A lo largo de nuestro recorrido por la heterotopía de estudio, descubrimos un guiñol, un carnaval enjaulado que convoca lo grotesco, aparentando ser un lugar tan distópico como los cuerpos que cobija. Aquí, para aliviar los picores después de la inyección los pacientes se rascan la pierna o el trasero con una indiferencia opioide, o descubren sin pudor sus vientres y pechos para ofrecer sus marcas corporales a la mirada médica o investigadora, y de paso a la curiosidad del resto de compañeros. Cada día abren diminutos orificios en su piel por los que se inoculan infiernos y paraísos artificiales, orgasmos mudos y sordas agonías en un útero subterráneo de neón, algodones empapados en alcohol, ángeles de la guarda con guantes de látex, proyecciones de documentales, lavabos de acero inoxidable, vírgenes, macetas y cruces con flores de papel de seda para el Corpus, y contenedores de agujas amarillos.

Pero nuestra heterotopía yergue sus muros y despliega su maquinaria sobre una realidad deformada, aplicando sus lentes convexas a los

cuerpos cóncavos para proyectar imágenes canónicas y domesticar lo grotesco. Así pues, en este espacio institucional liminar, se celebra una representación carnavalesca donde: a) se subvierten las lógicas y representaciones sociales del orden discursivo dominante sobre el uso de heroína inyectada y la gestión de la adicción, incluso dentro de entornos institucionales tan afines como el de los programas de metadona; b) se reflejan los espacios excluidos de los itinerarios cotidianos de algunos pacientes, a la vez que el dispositivo sirve de refugio político a todos ellos en tanto usuarios de heroína; c) se produce un juego de poder donde a veces se invierten los roles de los pacientes y los profesionales; d) lo lúdico (el humor, la sátira, la cultura y las tradiciones populares, la diversión, etc.) y las relaciones de afectividad entre los actores sociales en la escena cotidiana del centro cobran una función esencial en el ritual terapéutico; e) tiene lugar una resignificación de la sustancia como elemento totémico del colectivo de usuarios, pasando a ser un elemento híbrido entre heroína-morfina, que abandona en gran medida su estatus estigmatizado; f) se desafía el sistema moral a partir de una revalorización de los usos del placer, coqueteando una vez más con los límites de la normalidad y los umbrales del riesgo; g) la sala de inyección cumple una función en tanto cronotopo, donde el ritual endovenoso adquiere un sentido piacular, comensal, extático y terapéutico, sin abandonar el componente extático y orgiástico; h) se produce una recodificación de la gramática del placer opioide-endovenoso a partir del orden farmacoprotésico que establece esta tecnología clínica; y finalmente, i) se activa un proceso de muerte del esferpento yonqui y de regeneración del sujeto.

Este entorno clínico dispone una asistencia ritualizada a través de la cual se aplica la mecánica disciplinaria que activará esos procesos de cambio. Así, la liturgia de acceso y de salida tanto al centro como a la sala de inyección, la higienización del acto de la venopunción, las intervenciones de educación para la salud y la ciudadanía, e incluso los sistemas de interdicciones y amonestaciones de acuerdo a la normativa del dispositivo, en parte negociada por pacientes y profesionales, cobran un valor terapéutico, a la vez que sirven como mecanismo para recodificar el *habitus*, las costumbres y la fenomenología yonqui. Mediante este complejo ritual, tiene lugar una evidente transfiguración en las economías somáticas de algunos pacientes, así como una humanización o restauración de su estatus político y social. Pero, inevitablemente, cuando el cuerpo de los usuarios se sitúa entre la esfera del aleph y el espejo de El Callejón del Gato, el juego de reflejos que surge entre la concavidad y la convexidad enfrentadas produce reverberaciones y aberraciones ópticas. En otras palabras, el proceso de regeneración activa una mecánica de poder que produce 'trans-identidades' en conflicto y resistencia,

surgiendo una permanente confrontación de valores y racionalidades. Así, la reconfiguración de las identidades sociales de los usuarios que tiene lugar en este dispositivo se trata de un proceso constantemente negociado, que se acompaña de un desplazamiento bidireccional de los límites de la norma, con mayor o menor tensión hacia cada extremo de acuerdo a la particularidad del sujeto.

Este fenómeno performativo, en el que a través de una farmacotecnología de poder se producen nuevas subjetividades, aunque con desigual permeabilidad del discurso normalizador, plantea un primer interrogante ético de difícil respuesta: ¿dónde se sitúa la frontera entre el deseo de alteridad y la lógica disciplinaria intrínseca a esta medida de gubernamentalidad? Recordemos que en torno a este dilema acerca de la perpetuación del ‘esperpento yonqui’, se producía una confrontación entre los profesionales del centro y los investigadores del ensayo clínico, especialmente en relación a la dispensación o no de la sustancia y la permanencia en el programa, condicionados al comportamiento más o menos “cívico” que mostrasen los usuarios.

En cuanto al dilema de las salidas que ofrece la heterotopía de estudio y lo que yo llamo aquí “trans-identidades” en conflicto, sería interesante plantear una futura investigación a la luz de las discusiones actuales dentro de los estudios culturales acerca de la diversidad funcional. Por un lado, podría argumentarse que este tipo de medidas de gubernamentalidad produce una domesticación apolínea del sujeto, generando cuerpos útiles, como apunta Bourgois, que en algunos casos se acompaña de una significativa normalización de sus formas de vida no reñida con el consumo regular y supervisado de la sustancia. Pero yendo más allá de la lógica capitalista o de la teleología declarada acerca de esta mecánica de poder, también podría postularse que surge aquí una ‘alteridad’ yonqui, como un transgénero, susceptible de ser despatologizado desde el respeto a la diferencia (ver, p. ej., la discusión en torno a la adicción y la normalidad de Caiata Zufferey, 2010; Saaristo, 2010 y valentine, 2007). De hecho, mi investigación en parte aspira a contribuir como instrumento de performatividad hacia este proceso de cambio y emancipación. Más aún, si llevásemos al extremo la dignificación e incluso la sublimación de lo grotesco a propósito del tropo del esperpento yonqui, podría colegirse que propongo una suerte de “orgullo yonqui”, por el que los sujetos se aceptarían a sí mismos y reivindicarían un lugar digno bajo el sol no sólo en tanto lo que *son*, no como una ontología estática, sino en tanto lo que *están-siendo*, en constante proceso de transformación. Sin embargo, hay que reconocer que no es este el razonamiento de la mayoría de los pacientes que he

encontrado, que más bien se avergüenzan de ser (o haber sido) yonquis, y que dicha tesis es susceptible de muchas matizaciones.

En primer lugar, esto exige una toma de conciencia por el sujeto, dado que el proceso de subjetivación y de incorporación que operan los sistemas simbólicos, y, por tanto, de la distinción entre lo normal y lo anormal, lo legítimo y lo ilegítimo (más que de las instituciones, que serían el *modus operandi*, las estrategias de dominación) ocurre de forma inconsciente, como nos recuerda Bourdieu. Por otro lado, cabe cuestionarse cuánto tiene de elección la existencia yonqui, sin olvidar los riesgos que asocia este estilo de vida aun para los usuarios de nuestra heterotopía –de hecho, en una de mis visitas supe que habían encontrado el cadáver de un paciente tendido en la playa de Motril, en opinión de algunos enfermeros, tal vez por un ajuste de cuentas–. Tampoco podemos desdeñar el orden opioide que pasa a regular las economías somáticas y libidinales de los usuarios veteranos, de manera que surge un delicado equilibrio homeostático cuya ruptura suele conllevar una escisión del yo. Así, por ejemplo, en nuestro dispositivo no era infrecuente escuchar comentarios de los profesionales acerca de un paciente que “se demenció el otro día”, otro que “está ahora con olanzapina y controlado, pero tuvo un brote muy fuerte de cuatro horas”, otro que “decía que se veía bichos por las manos, gritaba y estaba agitado”, o que cuando otro de ellos “consume en la calle se pone paranoico, y yo trato de hacerle reflexionar sobre esto”, en correspondencia con el modelo psiquiátrico de la patología dual.

No obstante, hay que decir que ese planteamiento emancipador, por así llamarlo, no implicaría una incitación romántica al consumo de heroína ni a la perpetuación de ese estado identitario –sería tan falaz como afirmar que el movimiento queer invita a engrosar el colectivo de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, o que las teorías sobre diversidad funcional promueven la mutilación, por poner un ejemplo drástico–, sino simplemente una valorización de su estatus político más allá de las formas de deseo y los estilos de vida normativos. En consecuencia, deberíamos preguntarnos hasta qué punto es legítimo que los pacientes deban despojarse completamente de su *habitus* yonqui, de acuerdo a la lógica del dispositivo de estudio. Por otro lado, no hay que olvidar que, en última instancia, se trata de trans-identidades clínicas, lo que inevitablemente conlleva una dimensión yatrogénica que, como sugieren Frank y Bjerge (2011) a propósito los tratamientos supervisados con metadona y las relaciones de poder que surgen ahí entre pacientes y profesionales, está en contradicción con las políticas de empoderamiento de los usuarios. Asimismo, cabría cuestionarse si sería posible una normalización del

consumo de heroína al margen de la medicalización, aun reconociendo que la legalización de la sustancia no sería una condición suficiente para garantizar la inclusión social de un colectivo social tan estigmatizado y habituado a (o incluso, como hemos visto, configurado por) los aparatos asistenciales.

Por último, a modo de sugerencia pragmatista, considero que para lograr una mayor eficacia en este tipo de dispositivos, resulta indispensable: a) dotarlos de un equipo profesional multidisciplinar, integrado no sólo por personal sanitario, sino también por psicólogos, trabajadores y educadores sociales, etc.; b) promover de forma institucional la incorporación de los nuevos usuarios que demanden este tipo de asistencia, independientemente de los itinerarios terapéuticos recorridos; c) mejorar la coordinación con otros recursos asistenciales del campo de las drogodependencias a nivel local, autonómico y nacional, d) facilitar en mayor medida la deshabituación a aquellos pacientes que lo deseen; e) introducir la dimensión comunitaria para favorecer la desestigmatización de los usuarios y su proceso de normalización; f) extender los programas de heroína a ciudades donde pueden estar incluso más justificados desde el punto de vista epidemiológico que, en nuestro caso, la propia Granada, lo que además facilitaría la movilidad geográfica sin tener que cambiar de tratamiento; y g) proponer el goce, la afectividad y el disfrute de los sentidos, mediante la exploración de nuevos lenguajes y el desempolvamiento de aquellos olvidados, como una de las piedras angulares de la estrategia terapéutica.

Conclusions

This research yields a cultural critique (or perhaps a fiction) of the issue of heroin programs in the context of harm reduction policies. As an epilogue, I present the main findings accompanied by a final discussion, adding some recommendations concerning the healthcare context of this new therapeutic model of addiction.

Firstly, the exercise of deconstruction of the medical-scientific discourse about the medicalization of heroin speech has made “evident” more than the facts or truths which have served to legitimize this biopolitic technology, revealing some of the paradoxes and limitations (“strabismus” and “scotoma”) enclosing the biomedical paradigm appealed by the scientific community. So, experts problematize reality of opiate users who do not follow substitutive treatments as an imperative public health issue, thereby applying a particular view and a scientific (or scientific) method, ie. epidemiology, to refute the arguments of the critical sectors. Although in their advocacy, according to the principles of the hygienism, researchers make an ethical appeal to governments to manage the serious health and social problems that the referred people face (high rate of premature mortality, with emphasis on the cause of overdose death, morbidity –mainly HIV, HBV, HCV and other infectious diseases which also jeopardize the general population–, crime, marginalization, etc.), and to dignify their lifestyles, in their arguments there is a clear opposition between ‘science’ and ‘politics’, ‘moral’ and ‘reason’, without recognizing that, on the one hand, his view of the reality responds to *other moral*, an Utilitarian one in this case, contrary to the Puritan moral of detractors, which ultimately lays on the present prohibitionist system of drug use. In fact, according to the logic of most governments, the matter of healthcare and penitentiary costs become topics of study to provide “evidence” about the benefits of the heroin programs as a kind of biopolitic measure.

On the other hand, experts neither recognize that their discourse of truth is indeed a *political* discourse, as it is addressed to promote a technology of governmentality. But, even more, the debate that rises and grows around the issue has a performative function, which culminates through the experimental studies with heroin as a treatment for refractory methadone users (ie., phase III, randomized controlled clinical trials, as the gold standard method) for the purpose of throwing hard and irrefutable data for its suitability to this social collective. That is, to *enunciate* is necessary to *do*, and vice versa. Therefore, the aim is to produce true according to a preconceived discursive, moral and

epistemological framework regarding medicalized heroin use (which will be reflected in the design of studies, from the choice of the sample to the result variables –e.g. ‘physical and mental health’, ‘substance use’, ‘social adjustment’, ‘crimes’, etc.–), but also to produce facts. In other words, a fiction of realities is performed, appealing the unanimous recognition that the statistical method has.

As we see, the discourses of advocacy of the heroin treatments provide a pathologizing, victimizing, biologist and normative view, quite far from emancipatory discourses of pro-drug legalization sectors, despite a prevalent critique of the prohibitionist system, with different emphasis. Regarding the way in which the subsidiary collective is subjectivized, it also arouse double interpretations from both sectors. Starting from the system of categories of the psychiatric knowledge, candidates for heroin prescription programs are defined as ‘recalcitrant addicts’, ‘chronic mental ill’, ‘non-respondent patients to methadone treatments’, ‘individuals without self-control or autonomy’, and deviant individuals, either ‘criminals’ or ‘socially excluded’ people. Thus, the concept of ‘addiction’ (or ‘illicit opioid dependence untreated’) that serves as a cornerstone in legitimizing the prescription of heroin, becomes both a counterargument to the detractors, especially in the U.S.A., as they consider, precisely from the same behaviorist perspective, that the lack of freedom associated to addiction would take users to desperately drown on the heroin programs (a false prediction according to the diverse experiences of this kind of interventions) and they would remain anchored to them.

Other aporias of the positivist model on which the discursive and experimental medicalization of heroin rises can be summarized as: a) the pharmacentric bias in the epidemiological research, b) the inadequacy of clinical trials to test a social intervention with a difficult type of population to submit to the rigor of *in vitro* research, c) the dissolution of the subject and the political, historical, social and cultural context that surrounds her/him, so that the processes that determine the success or failure of this biopolitic measure, and also could guide possible reformulations, remain unexplored and without understanding; d) the system of liberal values implicit in the new public health, centered in the individual from a behaviorist logic, despite of that this system is disguised with a scientific objectivity; and e) the search for universality *versus* social, political, historical, economic, and legal particularity of different scenarios in each country. Regarding this last point, ie. the effort of the scientific community to accumulate “scientific evidence” of clinical experimentation with heroin prescription in more and more countries, a

constructivist and diachronic interpretation about the apparent naivety of this mechanism of knowledge and power could be suggested. Thus, I understand this effort as an exercise of discursive performativity, necessary to break the biopolitical paradigm which still associates a great stigma to the use of the substance in question, and to consolidate its medicalized use as a pharmaco-politic measure within the frame of the new paradigm of harm reduction.

In sum, a clear epistemological and methodological reductionism is proven to formulate the problems associated with intravenous illicit opioid use outside the existent pharmaco-technologies as a public health issue, and to propose the heroin prescription as an alternative maintenance treatment. On the other hand, the few qualitative studies conducted to evaluate such interventions have played a marginal and subordinate role to the logic of clinical trials, usually sharing the system of categories to match the “evidence” thrown by both.

In contrast to the dominant epistemology around the topic of study, and also from a postmodern and quite unusual approach in the social science research within the field of drugs, I have offered an anthropological view on the process of medicalization of heroin use, through a triad of tropes: 'heterotopia', 'junkie esperpento' and 'carnivalization'. In the light of this interpretive framework, it is revealed that the phenomenon of study, both at the macro and micro level, responds to a mythical scheme where the discursive order is incardinated in the order of the visible, and more particularly on the materiality of space and body.

In line with the principles through which Foucault describes the heterotopias, firstly, I have gone back to the therapeutic, recreational and ritualistic drug uses in the Prehistory and in different cultures, analyzing how the changes that have occurred in the control systems of the use of psychoactive substances have been accompanied by a reconfiguration of the spaces reserved for these practices. If initially these places were segregated in a positive sense, usually sacred, in the modernity, with the establishment of the prohibitionist system, these sites and rituals are relegated to illegal and marginal suburban environments, in a negative sense. In parallel, the control of drug use mechanism is inscribed in the body, so that the drug users, especially heroin injectors, ie. the 'junkies', become a figure of deviation, as an embodied reflection of the perverse mathematics of the hegemonic legal and moral system. In turn, a biopolitical reaction will occur to manage the liminal status and to mitigate the deformity of this figures of the excess produced by the system itself. As a result of that, the group of heroin users will be object to the

legal and medical eye, although paradoxically both discourses will crystallize the junkie esperpento.

While the juridical power categorizes these individuals as criminals, gradually the psychiatric power prevails to subjectivize them as ill people. Here, I make a comparison between the steps in the “birth of the clinic” since the Enlightenment described by Foucault, and the discursive mechanics addressed to this figure of excess that is condensed during the twentieth century. Thus, we find a parallel process that begins with a *primary spatialization*, through which power shapes the psychiatric nosology of addiction/drug dependence from the behaviors of the junkies (the nineteenth-century theory of degeneration can be considered their bedrock), continues with a *secondary spatialization*, which puts the disease entity in the body, first at organic level (especially in the brain) and at a systemic level, by the metabolic theory of addiction, and later at the molecular level, by means of the theory of membrane receptors, and finally. In this process, a *tertiary spatialization* is overlapped, establishing different types of institutional sites or heterotopias of deviation where to locate this social group. Regarding the latter kind of spatialization in Spanish biopolitics of the junkie abnormality, that I have called 'junkie esperpento' to connote its particularism, the social agents play an essential role for the turn to the decriminalization of users and the therapeutism in the institutional field, including the prison environment (p. e., through the commutation of punishment for rehabilitation treatments, or the latter implementation of methadone maintenance in prisons) to address the 'drug problem'.

Within the social and health interventions, the abstentionist paradigm predominates at least until the nineties. Later, the arrival of the AIDS epidemic, that spreads especially among heroin injectors, brings a change of biopolitical rationality that begins to take into consideration the object of government itself, and even its social agency, in line with the concept of 'governmentality' (Foucault). Thus a pharmacologization of drug dependence assistance takes place through the methadone maintenance programs and the harm reduction policies displaced to the scene of the drug, p. e. providing hygienic venipuncture mobile devices known as shooting rooms ('narcosalas'), or needle exchange programs. However, this change of strategy arrives too late to our country to stop the AIDS epidemic. Meanwhile, in the European context this strategies are set up to effectively dissolve the "open" drug scenes that were occupying the public squares in several cities, and the heroin programs specifically are risen to this purpose. In our context, already in the new millennium, a couple of experiments of this kind of intervention are carried out in Andalusia and

Catalonia, although only the so-called 'Experimental Program of Narcotics Prescription in Andalusia' (PEPSA) gets to be implanted in the city of Granada.

Once the medicalization of heroin is politically situated, I have moved my interpretive scheme around the space, the body and the ritual to this unique device available in our country, providing an ethnographic approach to validate my hypothesis through empirical observation. During our tour in the heterotopia of study, we discover a carnival that convokes the grotesque, appearing to be such a dystopian place than the bodies that it shelters. Here, to alleviate the itching after the injection, patients scratch their legs or backs with an opioid indifference, or they discover without shame their bellies and breasts to offer their body to the medical or scientific eye, and by the way to the curiosity of their colleagues. Each day, they open tiny holes in their skin through which they inoculate hells and artificial paradises, dumb orgasms, and deaf agonies in a underground utero of neon, alcohol soaked cotton swabs, guardian angels with latex gloves, videos, stainless sinks, virgins, flowerpots, paper flower crosses for Corpus, and yellow needles containers.

But our heterotopia stands its walls and displays its mechanics on a deformed reality, applying their concave lenses to the convex bodies to project canonic images and to domesticate the grotesque. Thus, in this liminar institutional space, a carnivalesque representation is celebrated, where: a) the logics and social representations of the dominant discursive order on the use of injected heroin and the management of addiction, including within institutional settings such as the methadone programs, are subverted; b) the excluded spaces of the everyday itineraries of some patients are reflected, and at the same time, the device serves as a political refuge to all of them as heroin users; c) a play of power occurs whereby eventually the roles of patients and professionals are inverted; d) the ludic (humor, satire, popular culture, entertainment, etc.) and the affective relations among the social actors in the everyday scene in the center play a crucial role in the therapeutic ritual; e) a re-meaning of the substance as a totemic element of the group of users takes place, becoming a hybrid element between heroin and morphine, and losing much of its stigmatized status; f) the moral system is challenged from an valorization of the uses of pleasure, flirting once again with the limits of the normal and the thresholds of risk; g) the injection room plays a role as a chronotope, where intravenous ritual takes a piacular, comensal and therapeutic sense, without leaving the ecstatic and orgiastic component; h) a re-codification of the opioid-endovenous grammar of pleasure

happens as a result of the pharma-prosthetic order established by this clinical technology; and finally, h) a process of death of the junkie *esperpento* and regeneration of the subject is activated.

This clinical environment provides a ritualized assistance through which the disciplinary mechanism that launches these processes of change is applied. Thus, the liturgy of entry and exit both to the center and the injection room, the hygienization of the venipuncture act, the health and citizenship education interventions, and even the interdiction and admonition systems according to the regulations in this device, in part negotiated by patients and professionals, have a therapeutic value, while they serve as a mechanism to recode the junkie *habitus*, customs and phenomenology. Through this complex ritual an evident transfiguration of the somatic economies of some patients takes place, accompanied by a humanization or restoration of their political and social status. However, inevitably, when the body of users is between the sphere of the aleph and the mirrors at El Callejón del Gato, the play of reflections arising from the faced concavity and convexity produces reverberations and optical aberrations. In other words, the regeneration process activates a mechanism of power that produces 'trans-identities' in conflict and resistance, emerging a permanent confrontation of values and rationalities. Thus, the reconfiguration of the social identities of the users occurring in this device is a constantly negotiated process, which joins a bidirectional displacement of the boundaries of the norm, with more or less tension to each side according to the particularity of the individual.

This performative phenomenon, in which a power pharmaco-technology produces new subjectivities, although with different permeability to the normative discourse, states a first ethical question difficult to answer: Where is situated the border between the desire for the otherness and the disciplinary logic, intrinsic to this measure of governmentality? We should remember that around this dilemma about the perpetuation of the 'junkie *esperpento*', a confrontation between the clinical staff and the research team happened, especially in relation to bring or not the substance and to allow their permanence in the program conditioned by the more or less "civic" behavior of the users.

Regarding the dilemma of the options that this heterotopia offers and what I call 'trans-identities' in conflict, would be interesting to consider further research in the light of current discussions within the cultural studies on the functional diversity. On one hand, it could be argued that such measures of governmentality produces an Apollonian domestication of the subject, generating useful bodies, as Bourgois points, which in some

cases is associated to a significant normalization of their lifestyles compatible with the regular and supervised use of heroin. But going beyond the capitalist logic or teleology declared about this mechanics of power, it could also be postulated that here a 'otherness' junkie arises, as a transgender suitable of depathologization in order to respect the difference (see, p.e., the discussion about addiction and normalization in Caiata Zufferey, 2010; Saaristo, 2010 and valentine, 2007). In fact, my research pretends to contribute in part as a performative instrument to this process of change and emancipation. Moreover, if we take to the extreme the dignification and even the sublimation of the grotesque in connection with the trope of the 'junkie esperpento', it could be inferred that I suggest a sort of "junkie pride", whereby subjects accept themselves and would claim a place under the sun not only as they *are*, not as a static ontology, but as what they *are-being*, in a constant process of transformation. However, we must recognize that this is not the way of thinking for the majority of patients that I have found, who rather ashamed to be (or have been) junkies, and that this thesis would be put through many clarifications.

Firstly, it requires a previous awareness by the individual, since the process of subjectivation and embodiment operated by the symbolic systems, and therefore, the distinction between the normal and the abnormal, the legitimate and the illegitimate (more than the institutions, which would be the *modus operandi*, the strategies of domination) occur unconsciously, as Bourdieu reminds us. Moreover, it is questionable to what extent the junkie existence is a choice itself, that without forget the risks associated with this lifestyle even to the users of our heterotopia –in fact, in one of my visits I knew that the body of a patient had been found lying on the beach in Motril, perhaps because a reckoning, in the opinion of some nurses–. On the other hand, the opioid order that regulates the somatic and libidinal economies of veteran users should not be neglected either, as a delicate homeostatic balance arises and its rupture usually involves a breaking or a scission of the self. For example, in our device was not uncommon to hear comments from the professionals about a patient that "toured dement the other day", another one who "is now controlled with olanzapine, but who had a strong outbreak during four hours", other one who "said that bugs run his hands, cried and was agitated", or that when one of the patients "consumed in the street, he gets paranoid, and I try to make him thinking about it", according to the mental model dual diagnosis.

However, I must say that this emancipatory approach, so to call it, does not imply a romantic incitement to heroin or maintain that identity state

–it would be as fallacious as claiming that the queer movement invites to become a gay, lesbian, bisexual or transexual, or that functional diversity theories promote mutilation, to cite a drastic example– but simply a valorization of their political status beyond the normative forms of desire and lifestyles. Consequently, we should ask to what extent it is legitimate patients should completely leave its *habitus* junkie, as the logic of the device of study pretends. On the other hand, it should not forgotten that, ultimately, this kind of trans-identities are clinical, which inevitably leads to a iatrogenic dimension, as Frank and Bjerger (2011) suggest concerning the supervised methadone treatments, and the relationships of power arising between patients and professionals, in opposition to the political empowerment of users. We might also question whether it would be possible a normalization of heroin outside the medicalization, while recognizing that the legalization of the substance would not be a sufficient condition to ensure social inclusion to this so stigmatized and used to (or even configured by, as we have seen) healthcare-devices population.

Finally, as a pragmatist suggestion, I believe that to achieve a greater efficiency in this sort of devices, it is essential to: a) provide them with a multidisciplinary professional team, including not only health professionals, but also psychologists, social workers, social educators, etc.; b) promote institutionally the incorporation of new users demanding this type of assistance, regardless of their previous therapeutic itineraries; c) improve the coordination with other drug addiction assistance resources at the local, regional and national level; d) facilitate the abstinence to patients who wish it; e) bring a communitarian dimension to the program, in order to encourage the destigmatization of users and their normalization process; f) expand heroin treatment to cities where it can be even more necessary from an epidemiological point of view, in our case Granada itself, which also would make easier the geographic mobility without changing the heroin use for methadone; and g) propose the pleasure, the affectivity, and the enjoyment of the senses, through exploring new languages and dedusting those forgotten, as one of the cornerstones of this therapeutic strategy.

Bibliografía

- Achelis, T. Die Extase, Kulturprobleme der Gegeneart, I, Berlín. 1902. En: Mauss, M. [1969]. Institución y culto. Representaciones colectivas y diversidad de civilizaciones. Obras II. Barral. Barcelona. 1971, pp. 254–257.
- Adler, P. Wheeling and dealing: an ethnography of upper level drug dealing and smuggling communities. Columbia University Press. New York. 1985.
- Agamben, G. Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida. Pre-Textos. Valencia. 2006.
- Agar, M. Ripping and Running: A formal Ethnography of Urban Heroin Addicts. Nueva York. Seminar Press. 1973.
- Recasting the "ethno" in "epidemiology". *Medical Anthropology*. 1996; 16(4):391–403.
- Ethnography: An overview. *Substance Use & Misuse*. 1997; 32(9): 1115–1173.
- "Towards a trend theory". En: Fountain, J. (ed.) Understanding and responding to illicit drug use: the role of qualitative research. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Luxemburgo. 2000, pp. 67–72.
- How the drug field turned my beard grey. *International Journal of Drug Policy*. 2002; 13(4):249–258.
- Toward a Qualitative Epidemiology. *Qualitative Health Research*. 2003; 13(7):974–986.
- Dope Double Agent: The Naked Emperor on Drugs. Lulubooks. 2006.
- Agar, M.H. y Reisinger, H.S. "Explaining Drug Use Trends: Suburban Heroin Use in Baltimore County". En: Springer, A. y Uhl, A. (eds.) *Illicit Drugs: Patterns of Use – Patterns of Response*. Studienverlag. Innsbruck. 2000, pp. 143–165.
- Trend theory: Explaining heroin use trends. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2001; 33(3):203–212.
- A heroin epidemic at the intersection of histories: The 1960s epidemic among African Americans in Baltimore. *Medical Anthropology*. 2002; 21(2):115–156.
- Aguilar, F.; Verdejo, A.; López, A.; Montañez, M.; Gómez, E.; Arráez, F.; Pérez, M. Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el P.E.P.S.A. *Adicciones*. 2008; 20(1): 27–36.
- Aïach, P. y Delanoë, D. (dir.) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Economica. Paris. 1998.

- Alberdi Bidaguren, J.; De la Peña Varona, A.; Ibarra Güell, P. Una reflexión sobre la acción colectiva NIMBY: el caso de Hontza. *Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*. 2002; 33:59–80.
- Albertín, P. Consumir heroína: relaciones, significados y vida cotidiana. *Delegació d'Afers de Cooperació per al Desenvolupament de la Universitat de Girona*. Girona. 1999.
- Un estudio etnográfico sobre usuarios/as de heroína. Conocimiento psicosocial y práctica reflexiva. Tesis Doctoral. Universidad de Girona. Girona. 2003.
- Ali, R.; Auriacombe, M.; Casas, M.; Cottler, L.; Farrell, M.; Kleiber, D.; Kreuzer, A.; Ogborne, A.; Rehm, J.; Ward, P. Report of the external panel on the evaluation of the swis scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. OMS. 1999. Disponible en: <http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/OVERALLS.htm>. Visitado el 11/04/2011.
- Almeida-Filho, N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2000.
- Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud colectiva*. 2006; 2(2):123–146.
- Álvarez, Y. y Farré, M. “Farmacología de los opioides”. En: Fernández, J.J. y Torrens, M. (eds.) *Monografía opiáceos. Socidrogalcohol*. Valencia. 2005, pp. 21–40.
- Álvarez Roldán, A. Divertirse con drogas. La normalización del policonsumo de drogas entre los adolescentes en la sociedad del riesgo. 1ª Jornadas de Recursos Públicos en Drogodependencias. Gráficas Alhambra. Granada. 2002, pp. 1–18.
- Alvesson, M. *Postmodernism and social research*. Open University Press. Buckingham. 2002.
- American Psychiatric Association (APA). [1987] *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona. 1993.
- “DSM-5 Proposed Revisions Include New Category of Addiction and Related Disorders. New Category of Behavioral Addictions Also Proposed”. Nota de prensa. 02/10/2010. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.dsm5.org%2FNewsroom%2FDocuments%2FAddiction%2520release%2520FINAL%25202.05.pdf>. Visitado el 04/07/2013.
- “Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5”. 2013. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.dsm5.org%2FDocuments%2Fchanges%2520from%2520dsm-iv-tr%2520to%2520dsm-5.pdf>. Visitado el 04/07/2013.
- (a) “Substance-Related and Addictive Disorders”. 2013. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.dsm5.org%2FDocuments%2FSubstance%2520Use%2520Disorder%2520Fact%2520Sheet.pdf>. Visitado el 04/07/2013.

- Andrade, X. Pequeños traficantes. Fundación Nuestros Jóvenes. Quito. 1990.
- Anglin, M.D. "The Efficacy of Civil Commitment in Treating Narcotic Drug Addiction". En: Leukefeld, C.G. y Tims, F.M. (eds.) *Compulsory Treatment of Drug Abuse: research and Clinical Practice*. National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD. 1988, pp. 8-34.
- Anoro, M.; Ilundain, E.; Santisteban, O. Barcelona's safer injection facility_EVA: A harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, 2003; 33(3):689-712.
- Appadurai, A. Introduction: Place and Voice in Anthropological Theory. *Cultural Anthropology*; 1988(1):16-20.
- Arana, X. Drogas, legislaciones y alternativas. De los discursos de las sentencias sobre el tráfico ilegal de drogas a la necesidad de políticas diferentes. Gakoa. Donostia. 2012.
- Arana, X. y Germán, I. El cumplimiento de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad en personas drogodependientes. Gasteiz. Vitoria. 2009.
- Ashton, J. y Seymour, H. [1988] *La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool*. Masson. Barcelona. 1990.
- Ashley, R. *Heroin: The Myths and the Facts*. St. Martin's. Nueva York. 1972.
- Augé, M. *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*. Gedisa. Barcelona. 1998.
- *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Gedisa. Barcelona. 2001.
- *El oficio de antropólogo. Sentido y libertad*. Gedisa. Barcelona. 2007.
- Averintsev, S.; Makhlin, V.; Ryklin, M.; Bajtin, M.M. y Bubnova, T. (eds.) *En torno a la cultura popular de la risa. ("Adiciones y cambios a Rabelais")*. Nuevos Fragmentos de M. M. Bajtín. *Anthropos*. Barcelona. 2000.
- Ávila, R. *Identidad y tragedia. Nietzsche y la fragmentación del sujeto*. Crítica. Barcelona. 1999.
- Bachelard, G. *Le rationalisme appliqué*. PUF. París. 1949.
- Bajtin, M.M. "Las formas del tiempo y el cronotopo en la novela. Ensayos de poética histórica [1937-1938]". En: *Teoría y estética de la novela*. Taurus, Madrid. 1989, pp. 237-250 y 393-404.
- "El problema de los géneros discursivos". En: *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI. México, D.F. 1999, pp.148-293. (Ed. en inglés: *Speech Genres and Other Late Essays*. University of Texas Press. Texas. 1986).
- *La cultura popular en la Edad Media y el Renacimiento. El contexto de François Rabelais*. Alianza Editorial. Madrid. 2003.
- Bammer, G.; Dance, P.; Hartland, N.; McDonald, D. Australian reports into drug use and the possibility of heroin maintenance. *Drug Alcohol Rev.* 1992; 11:175-182.

- Bammer, G.; Dobler-Mikola, A.; Fleming, P. M.; Strang, J.; Uchtenhagen, A. The Heroin Prescribing Debate: Integrating Science and Politics. *Science*. 1999; 284(5418):1277-1278.
- Bammer, G. y Douglas, R.M. The ACT heroin trial proposal: an overview. *Med J Aust*. 1996; 164:690-692.
- Baratta, A. "Introducción a la criminología de la droga", *Comunidad y Droga*. Monografía nº 3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1988, pp. 27-44.
- "Introducción a una sociología de la droga: Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias". En: Escotado, A.; Baratta, A.; González, S.; Escribano, M.; Zaragoza, J.; González, C. y Funes, J. ¿Legalizar las drogas? Criterios Técnicos para el Debate. Editorial Popular. Madrid. 1991, pp. 50-67. Disponible en: http://www.revistajuridicaonline.com/images/stories/revistas/1993/07/7_introduccion_a_una_sociologia_de_la_droga.pdf. Visitado el 03/06/2013.
- Barnard, M.A. y Frischer, M. Combining quantitative and qualitative approaches; researching HIV-related behaviours among drug injectors. *Addiction Research & Theory*. 1995; 2(4):351-362.
- Barthes, R. *La cámara lúcida*. Paidós. Barcelona .1997
- Baudrillard, J. [1987] *El otro por sí mismo*. Anagrama. Barcelona. 2001.
- [1978] *Cultura y simulacro*. Kairós. Barcelona. 2007.
- Bauman, Z. *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Paidós. Barcelona. 2005.
- Beauvoir, S. *El segundo sexo*. Vol 1. Siglo Veinte. Buenos Aires. 1987.
- Beck, U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós. Barcelona. 1998.
- Becker, H. S. "Becoming a marijuana user". *Am J Soc*. 1953; 59:235-242.
- [1963] *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. The Free Press. New York .1973.
- Bennet, J. The Force of Things: Steps toward an Ecology of Matter. *Political Theory*. 2004 32(3):347-372.
- *Vibrant Matter. A Political Ecology of Things*. Duke University Press. Durham, N.C. 2010.
- Bennett, T. y Holloway, K. Is UK drug policy evidence based? *Journal of Drug Policy*. 2010; 21:411-417.
- Benschop, A.; Hendriks, V.M.; Blanken, P. Anticipated effects of experimental heroin prescription on the method of administration and the use of other drugs. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1997; 141(6):292-295.
- Berger, P.L. y Luckmann. *La construcción social de la realidad*. Martínez de Murguía-Editores. Madrid. 1984.

- Bergeron, H. Politiques publiques et croyances collectives. Analyse socio-historique de la politique française de soins aux toxicomanes de 1970 à 1995. *Déviance et société*. 1999; 23(2):131–146.
- Bergschmidt, V. Pleasure, power and dangerous substances: Applying Foucault to the study of “heroin dependance” in Germany. *Anthropology and Medicine*. 2004; 11:59–73.
- Berrio, J.L. Medios de Comunicación y Drogas. En: Xabier Arana, Iñaki Márkez y Amando Vega (coords.). *Drogas: cambios sociales y legales ante el tercer milenio*. Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñate. Dykinson. Madrid. 2000.
- Berridge, V. The origins of the English drug "scene" 1890–1930. *Med Hist*. January. 1988; 32(1):51–64.
- “The ‘British System’ and its history. Myth and reality”. En: Strang, J. y Gossop, M. (eds.) *Heroin Addiction and ‘The British System’: Understanding the Problem*. Vol I. Origins and Evolution. Routledge. Oxon. 2005, pp. 6–14.
- *Drugs and empires: Essays in modern imperialism and intoxication, c. 1500–c.1930*. *Journal of Imperial and Commonwealth History*. 2008, 36(2):329–330.
- *Heroin Prescription and History*. *N Engl J Med*. 2009; 8:820–821.
- *Why are some drugs legal and others not? Of Substance*. 2010; 8(1): 8–9.
- Berridge, V. y Edwards, G. *Opium and the People: Opiate Use in Nineteenth-Century England*. Yale University Press. New Haven. 1987.
- Berridge, V. y Mold, A. “Professionalisation, new social movements and voluntary action in the 1960s and 1970s”. En: Hilton, M. y McKay, J. (eds-) *The Ages of Voluntarism: How we got to the Big Society*. OUP/British Academy. Oxford. 2011, pp. 114–134.
- Biehl, J. y McKay, R. *Ethnography as Political critique*. *Anthropological Quarterly*. 2012; 85(4):1209–1228.
- Blanken, P.; Hendriks, V.M.; Koeter, M.W.J.; van Ree, J.M.; van den Brink, W. *Craving and illicit heroin use among patients in heroin-assisted treatment*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 120(1–3):74–80.
- Blanken, P.; Hendriks, V.M.; van Ree, J.M.; van den Brink, W. *Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands*. *Addiction*. 2010; 105(2):300–308.
- Blanken, P., van den Brink, W., Hendriks, V.M., Huijsman, I.A., Klous, M.G., Rook, E.J., Wakelin, J.S., Barendrecht, C., Beijnen, J.H., van Ree, J.M.. *Heroin-assisted treatment in the Netherlands: history, findings, and international context*. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2010; 20 (Suplemento 2):S105–S158.
- Boothroyd, D. *Culture on drugs: narco-cultural studies of high modernity*. Manchester University Press. Manchester. 2006.

- Bordo, S. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University California Press. Berkeley. 1993.
- Borges, J.L. *El Aleph*. Alianza Editorial. Madrid. 2003, pp. 175–198.
- Bosch, X. Spain authorises clinical trial on heroin maintenance therapy. *The Lancet*. 2001; 357(9265):1347.
- Bosque, I. *Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer*. RAE. Madrid. 2012. Disponible en: [https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.rae.es%2Frae%2Fgestores%2Fgespub000040.nsf%2F\(voanexos\)%2Farch50C5BAE6B25C8BC8C12579B600755DB9%2F%24FILE%2Fsexismo_linguistico_y_visibilidad_de_la_mujer.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.rae.es%2Frae%2Fgestores%2Fgespub000040.nsf%2F(voanexos)%2Farch50C5BAE6B25C8BC8C12579B600755DB9%2F%24FILE%2Fsexismo_linguistico_y_visibilidad_de_la_mujer.pdf). Visitado el 5 de marzo de 2012.
- Bouhnik. P. La drogue comme expérience intime. *Ethnologie française*. Tomo XXXVII. 2002/2, p. 19–29.
- *Toxicos. Le goût et la peine*. La Découverte. París. 2007.
- Bourdieu, P. *Un art moyen. Essai sur les usages sociaux de la photographie*. Les Editions de Minuit. Paris. 1965.
- “The Berber House”. En: Douglas, M. *Rules and Meanings*. Penguin Books. Nueva York. 1971.
- [1984] *Sociología y cultura*. Grijalbo. México, D.F. 1990.
- [1994] *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama. Barcelona. 2002.
- [2001] *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Anagrama. Barcelona. 2003.
- [1980] *El sentido práctico. Siglo XXI*. Buenos Aires. 2007.
- *El sentido social del gusto: elementos para una sociología de la cultura. Siglo XXI*. Buenos Aires. 2010.
- *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Taurus. Madrid. 2012.
- Bourgeois, P. *In Search of Respect. Selling crack in El Barrio*. Cambridge University Press. Nueva York. 1995.
- *Social misery and the sanctions of substance abuse: confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco*. *Social Problems*. 1997; 44(2):155–173.
- *The moral economies of homeless heroin addicts: Confronting ethnography and HIV risk and everyday violence in San Francisco*. *Substance Use and Misuse*. 1998; 33:2323–2351.
- *Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States*. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2000; 24:165–195.
- *Anthropology and epidemiology on drugs: The challenges of cross-methodological and theoretical dialogue*. *International Journal of Drug Policy*. 2002; 13:259–269.

- Bourgois, P. Crack and the Political Economy of Social Suffering. *Addiction Research & Theory*. 2003; 11(1): 31–37.
- Bourgois, P. y Schonberg, J. *Righteous Dopefiend*. University of California Press. Public Anthropology Series. Berkeley. 2009.
- Bradford-Hill, A. El medio y la enfermedad: ¿asociación o causalidad? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1965; 58:295–300.
- Breilh J. *Epidemiología: economía, medicina y política*. Universidad Central. Quito. 1979.
- *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2003.
- *Epidemiología Nueva*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004.
- La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010; 6(1):83–101.
- Brook, H. y Stringer, R. Users, Using, Used: A Beginner's Guide to Deconstructing Drugs Discourse. *The International Journal of Drug Policy*. 2005; 16(5):316–25.
- Bruschini, S. *La casa di Piero. Sei anni in strada, dalle volte del Mercato Coperto a Via Goldoni*. abn edizioni. Perugia 2005.
- Bull, M. *Governing the heroin trade: From treaties to treatment*. Ashgate Publishing Company. Hampshire. 2008.
- Bullington, B. *Heroin Use in the Barrio*. Heath. Lexington, MA. 1977.
- Bunzel, R.L. The Role of Alcoholism in Two Central American Cultures. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*. 1940; 3: 361–387.
- Burridge, K.O.L. “Lévi-Strauss y el mito”. En: Leach, E. (comp.) *Estructuralismo, mito y totemismo*. Nueva Visión. Buenos Aires. 1970, pp. 127–155.
- Burroughs, W.S. [1953] *Yonqui*. Anagrama. Barcelona. 2004 (Ed. en inglés: *Junky*. Penguin Classics. Londres. 2008).
- [1959] *El almuerzo desnudo*. Anagrama. Barcelona. 2005. (Ed. en inglés: *Naked Lunch: The Restored Text*. Fourth Estate. Londres. 2010).
- Butler, J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós. Buenos Aires. 2002.
- *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós. Barcelona. 2007.
- *Deshacer el género*. Paidós. Barcelona. 2008.
- Caiata Zufferey, M. “‘I use drugs, but I am not a drug addict’: How Heroin and Cocaine Users Make Sense of their Practice as a Healthy Behaviour”. En: Kalitzkus, V. y Twohig, P.L. (eds.) *The Fallible Body: Narratives of Health, Illness & Disease*. Inter-Disciplinary Press. Oxford. 2010, pp. 43–53.

- Campbell, N.D. *Using Women: Gender, Drug Policy and Social Justice*. Routledge. Londres. 2000.
- Campbell, N.D. y Shaw, S.J. Incitements to Discourse: Illicit Drugs, Harm Reduction, and the Production of Ethnographic Subjects. *Cultural Anthropology*. 2008; 23(4):688–717.
- Campos, R. La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en la España de la Restauración. *Dynamis. Acta Hisp. Sci. Hist. Illus.* 1999; 19:429–456.
--- (a) La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1976–1920). *Asclepio*. 1999; 51(I):185–204.
- Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). *Harm Reduction: Concepts and Practice: A Policy Discussion Paper*. CCSA. National Working Group on Policy. 1996.
- Cancrini, L. La prescrizione terapeutica di eroina ai tossicodipendenti. *Recenti Progressi in Medicina*. 2001; 92:1–5.
- Caracuel, F.J. El programa de Heroína de Andalucía. Reducción de daños sin más. *Revista Española de Drogodependencias*. 2008; 31(I):4–7.
- Caracuel, F.J.; Martínez, J. A.; Plaza, A.; Vega, M. J. The heroin programme in Andalusia: Nutritional status in a drug prescription programme. *Harm Reduction 2008*. Póster presentado en: IHRA's 19th International Conference.
- Carnwath, T. Heroin prescription: a limited but valuable role. *Psychiatric Bulletin*. 2005; 29:126–127.
- Carter, A. y Hall, W. The issue of consent in research that administers drugs of addiction to addicted persons. *Account Res.* 2008; 15(4): 209–225.
- Casadó, L. Identity, emotions and the language of the body: readings and meanings from bodily self-harm in young people En: *Medische Anthropologie*. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam. (En prensa).
- Castaneda, C. *Las enseñanzas de Don Juan*. F.C.E. México. 1974.
- Castel, R. *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Anagrama. Barcelona. 1984.
--- *Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social*. Editorial Topía. Buenos Aires. 2004.
- Castel, R. (dir.); Ogien, A. (coord.); Bernard-Pellen, M.; Bonnemain, C.; Boullenger, N.; Coppel, A.; Leclerc, G.; Ogien, A.; Weinberger, M. *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectories, tonalites*. M.I.R.E. 1992.
- Castel, R. y Coppel, A. “Les contrôles de la toxicomanie”. En: Ehrenberg, A. (dir.) *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Éditions Esprit. Paris. 1991, pp. 237–256.
- Castelain, J.-P. L'alcool: manières de boire, manières de vivre et rapport aux autres. *Psychotropes*. 1988; 4(2):61–68.
- Cavalcanti, L. “Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías”. En: VV.AA. *La investigación en toxicomanía: estado y perspectivas*. FIUC-GRITO-FUNLAM. Medellín. 1996.

- “Estrategias de prevención dirigidas hacia grupos étnicos de usuarios de drogas en un barrio de París”. En: Grup Igia y col. *Sujetos, contextos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Ayuntamiento de Barcelona y FAD. Madrid. 2000, pp. 283–288.
- Centro Nacional de Epidemiología/Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida. *Mortalidad por VIH/Sida en España, año 2010. Evolución 1981–2010*. Madrid. 2012.
- Certeau, M. [1980] *La invención de lo cotidiano*. Vol 1. Artes de hacer. Universidad Iberoamericana. México, D.F. 2000.
- Chaisson, R.E.; Moss, A.R.; Onishi, R.; Osmond, D.; Carlson, J.R. Human immunodeficiency virus infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco. *Am J Public Health*. 1987; 77:169–172.
- Charland, L.C. Cynthia's dilemma: consenting to heroin prescription. *Am J Bioeth*. 2002; 2(2):37–47.
- Chávez de Sánchez, M.I.; Solís, A.A.; Pacheco, G.; Salinas, O. [1986]. *Drogas y pobreza. Estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la Ciudad de México*. Trillas. México. 1990.
- Clatts, M.C.; Southeran, J.L.; Heimer, R.; Goldsamt, L.A. “Interdisciplinary research on transmission of blood-borne pathogens among drug injectors: Applications of ethnography in epidemiology and public health”. En: Marshall, P.A.; Singer, M.; Clatts, M.C.; Needle, R.H.; Lambert, E. (eds.) *Integrating cultural, observational, and epidemiology approaches in the prevention of drug abuse and HIV/AIDS: Current status and future prospects*. National Institutes on Drug Abuse. Rockville, MD. 1999, pp. 74–93.
- Clatts, M.C.; Welle, D.L.; Goldsamt, L.A.; Lankenau, S.E. An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: Reflections on the ‘emergence’ of crack injection. *International Journal of Drug Policy*. 2002; 13(4):285–295.
- Clifford, J. *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*. Gedisa. Barcelona. 2001.
- Clifford, J. y Marcus, G. E. (eds.) *Writing Cultures: The Poetics and Politics of Ethnography*. University of California Press. Berkeley. 1986. Edición traducida al castellano: *Retóricas de la antropología*. Ediciones Júcar. Madrid. 1991.
- “Power and Dialogue in Ethnography: Marcel Griaule’s Initiation”. En: Stocking, G.W. (ed.) *Observers Observed. Essays on Ethnographic Fieldwork*. The University of Wisconsin Press. Madison. 1986, pp. 121–156.
- Clifford, J. y Sanjek, R. (eds.) *Fieldwork, Reciprocity and the Making of Ethnographic Texts* Man. Cornell University Press. Ithaca. 1980, 3:518–532.
- Cocteau, J. *Opio. Diario de una desintoxicación*. Bruguera. Barcelona. 1981.

- Colom, J. “Análisis de las intervenciones en drogodependencias en España desde sus orígenes hasta la reducción de daños”. En: Grup Igia (Org.) Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad. Grup Igia. Barcelona. 2001, pp. 49–58.
- Colom, J.; Pérez, J.; del Río, M.; Roncero, C.; Castells, X.; Valero, S.; Eiroa-Orosa, F.J.; Batlle, F.; Trujols, J.; Catalan Oral Heroin Study Group. Feasibility of Double-Blind Clinical Trials with Oral Diacetylmorphine: A Randomized Controlled Phase II Study in an Inpatient Setting. *Eur Addict Res.* 2012;18(6):279–287.
- Comas, D. La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas.* CIS. Madrid. 1986; 34:57–81.
- “Drogas y culturas: el mito del paraíso perdido”. En: Drogas y culturas. Catálogo de la exposición del Museo Etnológico Nacional. Ministerio de Cultura. Madrid. 1987.
- El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas. PNSD. Madrid. 1988.
- “La política social en drogodependencias”. En: Moreno, L. y Pérez-Yruela, M. (eds.) Política social y Estado del bienestar. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1992.
- Comas, D. y Romani, O. “El control social. Reflexiones en torno a controles sociales y control social”. En: VV.AA. Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid. 2004, pp. 119–135.
- Comelles, J.M. De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. Procesos y complejos asistenciales. III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud. Teruel. 1997. *Noticias de Antropología y Arqueología.* Disponible en: <http://www.naya.org.ar/articulos/medo1.htm>. Visitado el 19/06/2013.
- “The beast in me. The evolution of mad bodies in contemporary Europe”. En: Fainzang, S. y Haxaire, C. (eds.) *Of Bodies and Syntoms. Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment.* Publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. 2011, pp. 169-184.
- Comelles, J.M., Perdiguero, E., Martínez-Hernández, A. “Topographies, Folklore, and Medical Anthropology in Spain”. En: Saillant, F. y Genest, S. (eds.) *Medical Anthropology. Regionals Perspectives and Shared Concerns.* Blackwell Publishing. Oxford. 2007, pp. 103–122.
- Conrad, P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders.* The John Hopkins University Press. Baltimore. 2007.
- Conrad, P. y Schneider, J.W. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness.* Temple University Press. Philadelphia. 1992.

- Coomber, R. y South, N. "Drugs, Cultures and Controls in Comparative Perspective". En: Coomber, R. y South, N. (eds.) *Drug Use and Cultural Contexts 'Beyond the West': Tradition, Change and Post-Colonialism*. Free Association Books. Londres. 2004, pp. 13–26.
- Coomber, R.; McElrath, K.; Measham, F.; Moore, K. *Key concepts in Drugs and Society*. Sage Publications. Londres. 2013.
- Coombs, R.H. Drug abuse as career. *Journal of Drug*. 1981; 11:369–387.
- Cooper, J.R. Methadone Treatment and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *JAMA*. 1989; 12:1664–1668.
- Copeman, M. Heroin prescription for opioid addicts. *The Lancet*. 2002; 359(9309):889–890.
- Costa, P.O., Pérez, J.M. Droga, televisión y sociedad. *Revista Comunidad y Drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Monográfico nº 8. 1989.
- Costa, P.O., Tornero, J.M., Montero, M.D. La información sobre 'Droga' en la televisión en España. *Revista Comunidad y Drogas*. 1988; 10:31–45.
- Courtwright, D.T. The prepared mind: Marie Nyswander, methadone maintenance, and the metabolic theory of addiction. *Addiction*. 1997; 92(3):257–265.
- *Dark Paradise. A History of Opiate Addiction in America*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, Londres. 2009.
- *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, Londres. 2002.
- Courtwright, D.T.; Joseph, H.; Des Jarlais, D. *Addicts Who Survived*. The University of Tennessee Press. Knoxville. 1989.
- Coveney, J. y Bunton, R. In pursuit of the study of pleasure: Implications for health research and practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Medicine and Illness*. 2003; 7(2):161–179.
- Craighead, I.B. Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts. Treatment needs to be multifaceted. *BMJ*. 2004; 328(7433):228.
- Crapanzano, V. *Tuhami Portrait of a Moroccan*. University of Chicago Press. Chicago. 1980.
- *Waiting: The Whites of South Africa*. Vintage. New York. 1985.
- Crawford, P. I. "Film as Discourse: The Invention of Anthropological Realities". En: Crawford, P.I y Turton, D. (eds.) *Film as Ethnography*. Manchester University Press. Manchester. 1992, pp. 66–82.
- Crofts, N. The heroin trial we had to have. *Medical Journal of Australia*. 1996; 164 (11): 694–695. Disponible en: <http://www.moravek.org/ovisnosti/mja/www.mja.com.au/public/issues/jun3/crofts/crofts.html>. Visitado el 04/03/2013.
- Crossley, N. Fat is a Sociological Issue: Obesity Rates in Late Modern, 'Body-Conscious' Societies. *Social Theory & Health*. 2004; 2(3):222–253.

- Csordas, T.J. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*. 1990; 18(1)5-47.
- Dackis, C. y O'Brien, C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, 2005; 8:1431-1436.
- Dai, B. [1937] *Opium Addiction in Chicago*. Tesis Doctoral. Patterson Smith. Montclair, N.J. 1970.
- De la Cuesta, J.L. y Blanco, I. "¿Es posible la normalización de las drogas? Perspectiva jurídico-penal". En: Pantoja, L. y Abeijón, J.A. (eds.) *Drogas, sociedad y ley. Avances en drogodependencias*. Universidad de Deusto. Bilbao. 2003.
- De la Fuente, L.; Bravo, M.J.; Barrio, G.; Parras, F.; Suárez, M.; Rodés, A. *et al.* Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clin Infect Dis* 2003 (37):S410-S415.
- De la Fuente, L.; Brugal, M.T.; Domingo-Salvany, A.; Bravo, M.J.; Neira-León, M.; Barrio, G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*. 2006 (80): 505-520.
- De la Fuente, L.; Brugal, M.T.; Ballesta, R.; Bravo, M.J.; Barrio, G. Domingo, A.; Silva, T.; Ambrós, M.; Grupo del Proyecto ITINERE. Metodología del estudio de cohortes del proyecto ITINERE sobre consumidores de heroína en tres ciudades españolas y características básicas de los participantes. *Revista Española de Salud Pública*. 2005; 79(4): 476-491.
- De Martino, E. *La tierra del remordimiento*. Bellaterra. Barcelona. 1999.
- De Santiago Guervós, L.E. *Friedrich Nietzsche. Escritos sobre retórica*. Trotta. Madrid. 2000.
- De Torre, G. *La difícil universalidad española*. Gredos. Madrid. 1965.
- Dehue, T. Historiography Taking Issue: Analyzing an Experiment with Heroin Abusers. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 2004; 40(3): 247-264.
- Del Olmo, R. La cara oculta de la droga. Poder y control. *Revista Hispano-Latinoamericana de Disciplinas sobre el Control Social*. 1987; 2:23-48.
- Deleuze, G. y Guattari, F. [1980] *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos. Valencia. 2008.
- [1972] *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós. Barcelona. 2009.
- Densmore, F. Uses of Plants by the Chippewa Indians. *Bureau of American Ethnology 44th Annual Report*. 1926-1927, pp. 333-334.
- Des Jarlais, D.C.; Friedman, S.R. Needle sharing among IVDUs at risk for AIDS. *American Journal of Public Health*. 1988; 78(11):1498-1499.
- Di Giacomo, S. The New International Colonialism. *Critique of Anthropology*-1997; 17(1):91-97.

- Díaz, A.; Barruti, M. *et al.* Historia natural del abuso de cocaína: una tentativa de estudios de caso. PSA/OMS. Barcelona-Ginebra. 1995.
- Díaz, A.; Pallarés, J.; Barruti, M.; Romani, O. Proposta de disseny. Observatori permanent de síntesi de Catalunya. Institut Genus (mimeo) Barcelona. 1998.
- Díaz-Plaja, G. Las estéticas de Valle Inclán. Gredos. Madrid. 1965.
- Díez Ripollés, J.L. Alternativas a la actual legislación sobre drogas. Cuadernos de Política criminal. 46. 1992.
- Dijkgraaf, M.G.; van der Zanden; B.P., De Borgie, C.A.J.M.; Blanken, P.; Van Ree, J. M.; Van den Brink, W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ*. 2005; 330(7503):1297–1302.
- Dikötter, F.; Laamann, L.; Zhou, X. Narcotic Culture: A History of Drugs in China. University of Chicago Press. Chicago. 2004.
- Dobkin de Ríos, M. “Man, Culture and Hallucinogens: An Overview”. En: Rubin, V. (ed.). Cannabis and Culture. Mouton La Haya. 1975, pp. 401–416.
- Dole, V.P. Biochemistry of addiction. *Annu. Rev. Biochem.* 1970; 39: 821–840.
- Dole, V.P. y Nyswander, M.E. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *JAMA*. 1965; 193(8):646–650.
- Heroin addiction –A metabolic disease. *Archives of Internal Medicine*. 1967; 120(1):19–24.
- Dole, V.P.; Robinson, J.W.; Orraca, J.; Towns, E.; Searcy, P.; Caine; E. Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *New England Journal of Medicine*. 1969; 280(25):1372–1375.
- Dougherty, D. Un Valle-Inclán olvidado: entrevistas y conferencias. Fundamentos. Madrid. 1983.
- Douglas, M. [1967] “El significado del mito”. En: Leach, E. (comp.) Estructuralismo, mito y totemismo. Nueva Visión. Buenos Aires. 1970, pp. 79–103.
- [1966] Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Siglo XXI. Madrid. 1973.
- Constructive drinking: Perspectives on drink from anthropology. Cambridge University Press. Cambridge. 1987.
- [1970] Símbolos naturales. Alianza Editorial. Madrid. 1988.
- Drucker, E. Drug Prohibition and Public Health: 25 Years of Evidence. *Public Health Reports*. 1999; 114(1):14–29.
- Drucker, E. y Vlahov, D. Controlled clinical evaluation of diacetyl morphine for treatment of intractable opiate dependence. *The Lancet*. 1999; 353(9164): 1543–1544.

- Duff, C. The importance of culture and context: Rethinking risk and risk management in young drug-using populations. *Health, Risk and Society*, 2003; 3:285–300.
- Drug use as a ‘practice of the self’: Is there any place for an ‘ethics of moderation’ in contemporary drug policy? *International Journal of Drug Policy*. 2004; 15(5–6): 385–393.
- ‘Charging’ and ‘Blowing Out’: Patterns and cultures of GHB use in Melbourne, Australia. *Contemporary Drug Problems*. 2005; 4:605–653.
- Party drugs and party people: Examining the ‘Normalization’ of recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*. 2005; 3:161–170.
- The pleasure in context. *International Journal of Drug Policy*. 2008;19: 384–392.
- Durkheim, E. [1912]. *Las formas elementales de la vida religiosa*. Akal. Madrid. 2007.
- [1893] *La división del trabajo social*. Biblioteca Nueva. Madrid. 2012.
- [1897] *El suicidio: un estudio de sociología*. Akal. Madrid. 2012.
- Dürsteler-MacFarland, K.M.; Farronato, N.S.; Strasser, J.; Boss, J.; Kuntze, M.F.; Petitjean, S.A.; Bürki, C.; Wiesbeck, G.A. A randomized, controlled, pilot trial of methylphenidate and cognitive-behavioral group therapy for cocaine dependence in heroin prescription. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33(1):104–108.
- Dwyer, K. *Moroccan Dialogues Anthropology in Question*. Johns Hopkins University Press Baltimore. 1982.
- Eco, U. *Historia de la fealdad*. Lumen. Barcelona. 2007.
- Edwards, G. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *Br J Addict*. 1986; 81:171–83.
- EGO (Espoir Goutte d’Or). *Usagers de drogues de synthèse en milieu urbain*. EGO. Paris. 2005.
- Ehrenberg, A. y Mignon, P. (eds.) *Drogues, politiques et société*. Le Monde Éditions. Paris. 1992.
- *L’État et la toxicomanie. Histoire d’une Singularité Française*. PUF. Paris. 1999.
- *Sociologie de la Drogue. La Découverte*. Paris. 2009.
- Eiroa-Orosa, F.J.; Haasen, C.; Verthein, U.; Dilg, C.; Schäfer, I.; Reimer, J. Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: Findings of the German randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010; 112(3):226–233.
- Eliade, M. *Le Chamanisme et les Techniques Archaiques de l’Extase*. Librairie Payot. Paris. 1951.
- Elias, N. *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1989.

- La sociedad de los individuos. Ensayos. Península. Barcelona. 1990.
- Elliott, A.J. y Chapman, S. 'Heroin hell their own making': construction of heroin users in the Australian press. *Drug Alcohol Rev.* 2000; 19:191-201.
- Epele, M. Scarcity and Desire among Drug-Using Sex Workers. *Body Society.* 2001;7:161-179.
- Changing Cocaine Consuming Practices. Neoliberalism, HIV-AIDS and Death in an Argentine Shantytown. *Substance Abuse & Misuse.* 2003; 38(9):1181-1207.
- Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Paidós. Buenos Aires. 2010.
- Escotado, A. [1998] Historia general de las drogas. Espasa. Madrid. 2008.
- Las drogas. De los orígenes a la prohibición. Alianza Editorial. Madrid. 1994.
- Esposito, R. Inmunitas. Protección y negación de la vida. Amorrortu. Buenos Aires. 2005.
- Evans-Pritchard, E.E. [1950] Antropología Social. Nueva Visión. Buenos Aires. 1973.
- Everett, M.W.; Waddell, J.O.; Heath, D. B. (eds.) Cross-cultural approaches to the study of alcohol: An interdisciplinary perspective. Mouton. The Hague. 1976.
- Fainzang, S. Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort. Presses Universitaires de France. Paris. 1996.
- Lo innato y lo adquirido: Doctrinas y valores en dos grupos de ayuda mutua frente al alcoholismo. *Desacatos.* 2009;(29):89-106. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13913244006>. Visitado el 06/06/2013.
- Fallon, P.; Katzman, M.A.; Wooley, S.C. (eds.) Feminist Perspectives on Eating Disorders. Guilford Press. Londres. 1994.
- Farmer, P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. University of California Press. Berkeley. 2003
- Farrell, M. y Hall, W. The Swiss heroin trials: testing alternative approaches. *BMJ.* 1998; 316(7132):639.
- Farrell, M.; Verster, A.; Davoli, M.; Nilson, M.; Merino, P.P. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxemburgo. 2001.
- Farrell, M.; Ward, J.; Mattich, R.; Hall, W. *et al.* Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a review. *BMJ.* 1994; 309:997-1001.
- Fassin, D. "Les politiques de la médicalisation" (Avant-propos). En: Aïach, P. y Delanoë, D. (dir.) L'ère de la médicalisation. *Ecce homo sanitas. Economica.* Paris. 1998, pp. 1-13.

- “The Politics of Life: Beyond the Anthropology of Health”. En: Saillant, F. y Genest, S. (eds.) *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Blackwell Publishing, Oxford. 2007.
- [2005]. *Faire de la santé publique*. Éditions EHESP. Paris. 2008.
- “This is Not Medicalization”. En: Geoffrey Hunt, Maitena Milhet y Henri Bergeron (eds.) *Drugs and Culture: Knowledge, Consumption, and Policy*. Ashgate. Farnham. 2011, pp. 85–93.
- (a) *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. University of California Press. Berkeley. 2011.
- *When Bodies Remember. Experience and Politics of AIDS in South Africa*. University of California Press. Berkeley. 2007.
- Fassin, D. y Rechtman, R. *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton University Press. Princeton. 2009.
- Featherstone, M.; Hepworth, M.; Turner B.S. *The body: social process and cultural theory*. Sage. Londres. 1993.
- Feldman, H.W. Ideological Supports to becoming and Remaining a Heroin Addict. *Journal of Health and Social Behavior*. Special Issue on Recreational Drug Use. 1968(2):131–139.
- Feldman, H.W. y Aldrich, M.R. “The Role of Ethnography in Substance Abuse Research and Public Policy”. En: Lambert, E. Y. y Weibel, W.W. (eds.) *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. NIDA Research Monograph 98. National Institute of Drug Abuse (NIDA). Washington. 1990.
- Feldman, H.W. y Biernacki, P. “The ethnography of needle sharing among intravenous drug users and implications for public policies and intervention strategies”. En: Battjes, R.J. y Pickens, R.W. (eds.) *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National International Perspectives*. NIDA Research Monograph 80. National Institute of Drug Abuse (NIDA). Washington. 1988, pp. 28–29.
- Fernández, L. *O sítio das drogas*. Notícias. Lisboa. 1998.
- Los “territorios urbanos” de las drogas. Un concepto operativo. En: Díaz, M. y Romani, O (coords.) *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Institut Municipal de Salut Pública y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Barcelona y Madrid. 2000, pp.53–60.
- Criminogénese e perigosidade a propósito do bairro social degradado: problematizações. *Temas Penitenciários*. Serie II, 6 y 7, 9-14. 2001.
- Fernández, L. y Da Agra, C. *Uma topografia urbana das drogas*. Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga. Lisboa. 1991.
- Fernández, L. y Pinto, M. El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. En: VV.AA. *Monografías Humanitas. Uso de drogas y drogodependencias*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. n.º 5. Barcelona. 2003, pp. 147–162.

- Ferrándiz, F. Escenarios del cuerpo: Espiritismo y sociedad en Venezuela. Universidad de Deusto. Bilbao. 2004.
- Ferri, M.; Davoli, M.; Perucci, C.A. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(3):CD003410, 2005(2):CD003410, 2010(8):CD003410 y 2011(12):CD003410.
- Finestone, H. Cats, Kicks and Color. *Social Problems.* 1957; 5:3-13.
- Fischer, B.; Chin, A.T.; Kuo, I.; Kirst, M.; Vlahov, D. Canadian Illicit Opiate Users' Views on Methadone and other Opiate Prescription Treatment: An Exploratory Qualitative Study. *Substance Use & Misuse.* 2002; 37(4): 495-522.
- Fischer, B.; Oviedo-Joekes, E.; Blanken, P.; Haasen, C.; Rehm, J.; Schechter, M.T.; Strang, J.; van den Brink, W. Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine.* 2007; 84(4): 2552-262.
- Fischer, B.; Patra, J.; Firestone, C.; Gittins, J.; Rehm, J. Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multi-site population of illicit opioid users. *Drug and Alcohol Review.* 2008;27(6):625-632.
- Fischer, B.; Rehm, J.; Kirst, M.; Casas, M.; Hall, W.; Krausz, M.; Metrebian, N.; Reggers, J.; Uchtenhagen, A.; van den Brink, W.; van Ree, J.M. Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health.* 2002; 12: 228-234.
- Fitzgerald, J.L. *Pharmacanalysis: Discourse, Deleuze and Drug Use.* Tesis Doctoral. Monash University. Melbourne. 2002.
- Images of the Desire for Drugs. *Health Sociology Review: The Journal of the Health Section of the Australian Sociological Association.* 2010; 19(2):205-217.
- Fitzgerald, J.L., Broad, S.; Dare, A. *Regulating the street heroin market in Fitzroy/Collingwood.* Victorian Health Foundation. Melbourne. 1999.
- Fitzgerald, J.L. y Threadgold, T. Fear of sense in the street heroin market. *International Journal of Drug Policy.* 2004; 15: 407-417.
- Desire and the abject in the City Becoming-Other. 2007; 13(1):105-120.
- Flórez, J. "Fármacos analgésicos opioides". En: Flórez, J.; Armijo, J.A.; Mediavilla, A. (eds.) *Farmacología humana.* Masson. Barcelona. 2003, pp. 461-478.
- Font Quer, P. *Plantas medicinales. El Dioscórides renovado.* Editorial Labor. Barcelona. 1993.
- Foucault, M. [1977] "Las relaciones de poder penetran en los cuerpos". En: Varela, J. y Álvarez Uría, F. (ed. y trad.) *Microfísica del poder.* La Piqueta. Madrid. 1992, pp. 163-172. (Texto original en francés: "Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps". Entrevista realizada por Lucette Finas en *La Quinzaine Litteraire*, n° 247, 1-15 enero. 1977, pp. 4-6).

- “Des espaces autres”. En: *Dits et écrits. 1954–1988*. Gallimard. París. 1994, pp. 752–762. (Conferencia en el Cercle d’études architecturales del 14 de marzo de 1967, publicada originalmente en *Architecture, Mouvement, Continuité*. 1984; 5:46–49).
- [1976] *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres*. Siglo XXI. Madrid. 1987.
- (a) “The Ethic of Care for the Self as a Practice of Freedom: An Interview with Michel Foucault on January 20, 1984”. En: Fornet-Betancourt, R.; Becker, H.; Gomez-Müller, A.; Gauthier, J.D. *Philosophy & Social Criticism*. 1987; 12:112–131.
- “Tecnologías del yo”. En: Foucault, M. *Tecnologías del yo y otros textos*. Paidós. Barcelona. 1990, pp. 45–49.
- [1975] “Poder-cuerpo”. En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (eds. y trads.) *Microfísica del poder*. La Piqueta. Madrid. 1992, pp. 111–118.
- [1978] La “Gubernamentalidad”. En: Foucault, M. *Estética, ética y hermenéutica*. Paidós. Barcelona. 1999, pp. 175–197.
- [1988] “Las técnicas de sí”. En: Foucault, M. *Estética, ética y hermenéutica*. Paidós. Barcelona. 1999, pp. 443–474.
- [1975] *Los anormales*. Akal. Madrid. 2001.
- [1966] *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. Madrid. 2007.
- [1976] *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Siglo XXI. Madrid. 2009.
- [1966] *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI. Madrid. 2010.
- Fountain, J. (ed.) *Understanding and responding to illicit drug use: the role of qualitative research*. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Luxemburgo. 2000.
- Foddy, B. y Savulescu, J. *Addiction and Autonomy: Can Addicted People Consent to the Prescription of their Drug Addiction?* *Bioethics*. 2006; 20(1):1–15.
- François, A. y Mino, A. “Tratamiento con prescripción de heroína: un desarrollo político y sanitario que merece la pena. El ejemplo suizo”. En: Laespada, M. T. y Iraurgi, I. (eds.) *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Universidad de Deusto. Bilbao. 2009.
- Frank, V.A.; Bjerge, B. *Empowerment in drug treatment: Dilemmas in implementing policy in welfare institutions*. *Social Science & Medicine*. 2011; 73(2):201–208.
- “The Anthropology of Drug Policy: A Way to Diversify the Field of Drug Studies” (Simposio). 10th Biennial EASA Conference: “Experiencing Diversity and Mutuality”. Ljubljana, 26–29 de agosto de 2008.

- Fraser, S., y valentine, k. Substance & substitution: Methadone subjects in liberal societies. Palgrave Macmillan. Nueva York. 2008.
- Frazer, J. G. [1887] El totemismo. Eyras. Madrid. 1987.
- Frei, A.; Greiner, R.A.; Mehnert, A.; Dinkel, R. Socioeconomic evaluation of the trials for the medical prescription of opiates. Final report. En: Gutzwiller, F.; Steffen, T. (eds.) Cost benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Karger Verlag. Basilea. 2000.
- Freud, S. [1912-3] Tótem y tabú. Algunos aspectos comunes entre la vida mental del hombre primitivo y los neuróticos. Ensayo LXXIV. Obras completas. Tomo 5. Biblioteca Nueva. Madrid. 1997, pp.1745-1850.
- [1920] Más allá del principio del placer. Ensayo CX. Obras completas. Tomo 7. Biblioteca Nueva. Madrid. 1997, pp. 2507-2541.
- Frick, U.; Rehm J.; Kovacic, S.; Ammann, J.; Uchtenhagen, A. A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users. *Addiction*. 2006; 101(11):1631-1639.
- Frick, U.; Rehm, J.; Zullino, D.; Fernando, M.; Wiesbeck, G.; Ammann, J.; Uchtenhagen, A. Long-Term Follow-Up of Orally Administered Diacetylmorphine Substitution Treatment. *Eur Addict Res*. 2010; 16:131-138.
- Friedland, G.H.; Harris, C.; Small, C.B. *et al*. Intravenous drug abusers and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): Demographics, drug use, and needle sharing patterns. *Arch Intern Med*. 1986; 145:837-840.
- Friedman, J. y Alicea, M. Surviving heroin: Interviews with women in methadone clinics. University Press of Florida. Florida. 2001.
- Friedman, S. R., Furst, R. T., Jose, B., Curtis, R., Neaigus, A., Des Jarlais, D. C., Goldstein, M. F. & Ildefonso, G. Drug scene roles and HIV risk. *Addiction*. 1998; 93:1403-1416.
- Froján, M. X.; Rubio, R.; Peris, B. Imagen de la droga en la prensa española (1988-1992). *Revista Española de Drogodependencias*. 1994; 19(3):191-204.
- Fuentes, E. Tres decenios de la economía española en perspectiva. En: José Luis García Delgado (dir.) España. Economía. Espasa Calpe. Madrid. 1988, pp. 1-78.
- Funes, J. y Romani, O. Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación. Cruz Roja. Madrid. 1985.
- Furst, P. T. (ed.). [1972]. *Flesh of the Gods. The Ritual Use of Hallucinogens*. Waveland Press. Illinois. 1990.
- [1980]. *Alucinógenos y cultura*. Fondo de Cultura Económica. Madrid. 2002.
- Gadamer, H-G. *Mito y razón*. Paidós. Barcelona. 1997.
- Gáinza, A. *et al*. *Futuro y angustia. La juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile*. Ediciones Sur. Santiago de Chile. 1997.

- Gamella, J.F. La peña de la vaguada: Análisis etnográfico de un proceso de marginación juvenil. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 1989.
- [1990] La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia. Ed. Popular. Madrid. 2001 y 2003.
- La lógica de lo endovenoso. Claves de la razón práctica. 1991; 18:72-80.
- Censo intensivo de los heroinómanos de un barrio de Madrid. Antropología. AMA, Madrid. 1993; 4:57-111.
- The Spread of Intravenous Drug Use and AIDS in a Neighborhood in Spain. Medical Anthropology Quarterly. 1994; 8(2):131-160.
- Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. Claves de Razón Práctica. 1997 (72):20-30.
- Gamella, J.F. y Álvarez Roldán, A. Drogas de síntesis en España. Patrones de adquisición y consumo. PNSD. Madrid. 1997.
- Gamella, J.F. y Meneses, C. "Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: censo intensivo de los heroinómanos de cuatro barrios de Madrid". En: VV.AA. Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. Madrid. 1993, pp. 291-323.
- Gamella, J.F.; Romo, N.; Álvarez-Roldán, A. La "fiesta" y el "éxtasis". Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. Revista Estudios de Juventud. Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. nº 40. 1997.
- García, B.; Menor, J.; Perales, A. Imagen de la droga en la prensa española. Revista Comunidad y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Monográfico nº 2. 1987.
- García Canclini, N. Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad. Gedisa. Barcelona. 2004.
- Gartry, C.C.; Oviedo-Joekes, E.; Laliberté, N.; Schechter, M.T. NAOMI: The trials and tribulations of implementing a heroin assisted treatment study in North America. Harm Reduction Journal. 2009, 6:2. Disponible en: <http://www.harmreductionjournal.com/content/6/1/2/abstract>. Visitado el 15/07/2013.
- Gaughwin, M.D. "Acculturating" heroin use. Medical Journal of Australia. 1996; 164(11):692-693. Disponible en: <http://www.moravek.org/ovisnosti/mja/www.mja.com.au/public/issues/jun3/gaughwin/gaughwin.html#refbody1>. Visitado el 04/03/2013.
- Geertz, C. [1973]. "Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la teoría". En: La interpretación de las culturas. Gedisa. Barcelona. 1997, pp.19-39.

- "From the Native's Point of View: On the Nature of Anthropological Understanding". En: Basso, K.H. y Selby, H.A. (eds.) *Meaning in Anthropology*. University of New Mexico Press. Albuquerque. 1976.
- [1988] *El antropólogo como autor*. Paidós. Barcelona. 2004.
- Gil, E. *Otra mirada a la anorexia: aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas*. Universidad de Granada. Granada. 2007.
- Girard, R. *El chivo expiatorio*. Anagrama. Barcelona. 2002.
- *La violencia y lo sagrado*. Anagrama. Barcelona. 2005.
- Glaser, B.G. y Strauss, A.L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine. Chicago. 1967.
- Gledhill, J. *El poder y sus disfraces*. Bellaterra. Barcelona. 2000.
- Goffman, E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires. 2006.
- Goldstein, P.J. *et al.* "Ethnographic Field Stations". En: Lambert, E.Y. (ed.) *The collection and Interpretations of Data from Hidden Populations*. NIDA. Rockville. 1990, pp. 80–95.
- Gomart, E. *Towards Generous Constraint: Freedom and Coercion in a French Addiction Treatment*. *Sociology of Health and Illness*. 2002; 24(5): 517–48.
- *Surprised by methadone: in praise of drug substitution treatment in a french clinic*. *Body & Society*. 2004; 10(2–3):85–110.
- González, C. "Aspectos legislativos". En: VV.AA. *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Ajuntament de Barcelona y FAD. Madrid. 2000, pp.189–239.
- González, C.; Funes, J; Gonzales, S. Mayol, I. y Romaní, O. *Repensar las drogas*. Grup Igia. Barcelona. 1989.
- González, J.A. *Agresión y rito y otros ensayos de antropología andaluza*. Biblioteca de Etnología I. Diputación Provincial de Granada. Granada. 1993.
- Goode, E. "The Sociology of Drug Use". En: Bryant, C.D.; Peck, D.L. (eds.) *21st Century Sociology: A Reference Handbook*. Sage Publications. Thousand Oaks, CA. 2007, pp. I-415–I-425.
- Goodman, J.; Lovejoy, P.E.; Sherratt, A. (eds.) *Consuming habits: drugs in history and anthropology*. Routledge. Londres. 1995.
- Gossop, M. y Keaney, F. *Research Note – Prescribing Diamorphine for Medical Conditions: A Very British Practice*. *Journal of Drug Issues*. 2004; 34:441–450.
- Gowan, T.; Whetstone, S.; Andic, T. *Addiction, agency, and the politics of self-control: Doing harm reduction in a heroin users' group*. *Social Science & Medicine*. 2012; 74: 1251–1260.
- Gracia Arnaiz, M. "Engordar, adelgazar, enfermar: algunas reflexiones sobre alimentación y género". En: Esteban, M.L.; Comelles, J.M.; Díez, C.

- (coords.): Antropología, género, salud y atención. Bellaterra. Barcelona. 2010, pp. 69–85.
- Greenhalgh, S. Weighty subjects: The biopolitics of the U.S. war on fat. *American Ethnologist*. 2012; 39(3):471–487.
- Gremillion, H. Feeding Anorexia: Gender and Power at a Treatment Center. Duke University Press. Durham, NC. 2003.
- Grönbladh, L.; Öhlund, L.S.; Gunne, L.M. Mortality in Heroin Adiction: Impact of Methadone Treatment. *Act Psychiatric Scand*. 1990; 82:223–227.
- Grund, J.P. Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation. Instituut voor Verslavingsonderzoek. Rotterdam. 1993.
- Les pratiques de prévention à Rotterdam. Importance du changement subculturel. *La Revue Agora*. 1994; 31:69–79.
- Grund, J.P.; Friedman, S.R.; Stern, L.S.; Jose, B.; Neaigus, A. *et al.* Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science and Medicine*. 1996; 42:691–703.
- Grup Igia. NIMBY. Conflictos de implantación. Grup Igia. Barcelona. 2008. Video disponible en: http://www.grupigia.com/viewpage.php?page_id=4 2008. Visitado el 01/02/2013.
- Gschwend, P.; Eschmann, S.; Güttinger, F. *et al.* 8 years experience with heroin-assisted treatment in Switzerland-current results and future improvements. *Ther Umsch*. 2003; 60(6):355–360. [Artículo en alemán].
- Guerra, E. Las drogas en la prehistoria. Evidencias arqueológicas del consumo de sustancias psicoactivas en Europa. Bellaterra. Barcelona. 2006.
- Gutstein, H.B. y Akil, H. “Opioid Analgesics”. En: Hardman, J.G.; Limbird, L.E.; Gilman, A.G. (eds.) Goodman and Gilman’s. The pharmacological basis of therapeutics. McGraw-Hill. Nueva York. 2001, pp. 569–619.
- Güttinger, F.; Gschwend, P.; Schulte, B.; Rehm, J.; Uchtenhagen, A. Evaluating Long-Term Effects of Heroin-Assisted Treatment: The Results of a 6 – Year Follow-Up. *Eur Addict Res*. 2003; 9(2):73–79.
- Haasen, C.; Verthein, U.; Degkwitz, P.; Berger, J.; Krausz, M.; Naber, D. Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007(191): 55–62.
- Hall, W.D. Methadone maintenance treatment as a crime control measure [letter]. *BMJ*. 1996; 312:1162.
- The Rol of Legal Coercion in the Treatment of Offenders with Alcohol and Heroin Problems. *Australian and New-Zealand Journal of Criminology*. 1997(2):103–20.
- The contribution of research to Australian policy responses to heroin dependence 1990–2001: A personal retrospection. *Addiction*. 2004; 99(5):560–569.

- Hall, W.D. y Darke, S. Trends in opiate overdose deaths in Australia 1979–95. *Drug and Alcohol Dependence*. 1998; 52:71–77.
- Hall, W.; Lynskey, M.; Degenhardt, L. Heroin use in Australia: its impact on public health and public order. NDARC Monograph N° 42. National Drug and Alcohol Research Centre. Sydney. 1999.
- Hamilton, M.; Kellehear, A.; Rumbold, G. “Addressing Drug Problems: The Case for Harm Minimisation”. En: Rumbold, G. y Hamilton, M (eds.) *Drug Use in Australia: A Harm Minimisation Approach*. Oxford University Press. 1998.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. *Etnografía: Métodos de investigación*. Paidós. Barcelona. 2003.
- Hämmig, R. y Tschacher, W. Effects of high-dose heroin versus morphine in intravenous drug users: a randomised double-blind crossover study. *J Psychoact Drugs*. 2001; 33:105–110.
- Hanson, B.G.; Beschner, G.; Walters, J.W.; Bovel, E. *Life with Heroin: Voices from the Inner City*. Heath. Lexington, MA. 1985.
- Haraway, D.J. *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Cátedra. Madrid. 1995
- Harner, M. J. (ed.) [1973]. *Alucinógenos y chamanismo*. Labor. Madrid. 1976.
- Haro, G.; Martínez-Raga, J.; Castellano, M.; Bolinches, F.; de Vicente, P.; Valderrama, J.C. Heroin prescribing: Is there scientific evidence of its efficacy for the treatment of its dependence? *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29(5):343–348. [Artículo en castellano].
- Haro, J.A. (ed.) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Colegio de Sonora. Hermosillo. 2011.
- Hartnoll, R.L.; Mitcheson, M.C.; Battersby, A.; Brown, G.; Ellis, M.; Fleming, P.; Hedley, N. Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1980(8):877–884.
- Hayter, A. *Opium and the romantic imagination*. Faber & Faber. Londres. 1968.
- Henden, E. *Heroin Addiction and Voluntary Choice: The Case of Informed Consent*. Bioethics. 2012.
- Homero. *Odisea*. Editorial Planeta. Barcelona. 1990.
- Hong, Y.; Mitchell, S.G.; Peterson, J.A.; Latkin, C.A.; Tobin, K.; Gann, D. Ethnographic process evaluation: Piloting an HIV prevention intervention program among injection drug users. *International Journal of Qualitative Methods*. 2005; 4(1):1–12.
- Hormigón, J.A. *Valle-Inclán. Cronología y documentos*. Ministerio de Cultura. Madrid. 1978.
- Howard, J. y Borges, P. Needle sharing in the Haight: Some social and psychological functions. *Journal of Psychedelic Drugs*. 1971; 4:71–80.
- Hubbard, R. L.; Collins, J.J.; Rachal, J.V.; Cavanaugh, E.R. “The Criminal Justice Client in Drug Abuse Treatment”. En: Leukefeld, C. G. y Tims, F. M. (eds.) *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical*

- Practice, National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD. 1988, pp. 57–80.
- Huggins, R. The Addict's Body: Embodiment, Drug Use, and Representation. En: Waskul, D. y Vannini, P. (ed.) *Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*. Ashgate Publishing Group. Abingdon, Oxon. 2006.
- Hughes, P.H. *Behind the Wall of Respect: Community Experiments in Heroin Addiction Control*. University of Chicago Press. Chicago. 1977.
- Hughes, R.; Lart, R.; Higate, P. (eds.) *Drugs: Policy and Politics*. Open University Press. Maidenhead. 2006.
- Hunt, G. y Barker, J.C. Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: towards a unified theory. *Social Science & Medicine*. 2001; 53(2):165–188.
- Hurkmans, I. Medical treatment, not a stoned paradise – Heroin provision makes its debut in the Netherlands. *Jellinek Quarterly*. 1997; 4(3):1–12.
- Ibáñez, J. Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En: García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F. (comp.) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial. Madrid. 1998, pp. 51–85.
- Imhof, J.; Hirsch, R.; Terenzi, R.T. Countertransference and Attitudinal Considerations in the Treatment of Drug Abuse and Addiction. *Substance Use & Misuse*. 1983; 4:491–510.
- Inhorn, M. C. y Wentzell, E.A. (eds.) *Medical Anthropology in the Intersections. Histories, Activisms and Futures*. Durham. Duke University Press. 2012.
- Internacional Harm Reduction Association. "What is Harm Reduction? A position statement from Harm Reduction International". En: <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction> . Visitado el 15/06/2011.
- International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 1997. WHO. Vienna. February 24. 1998.
- Jacórzynski, W. Crepúsculo de los ídolos en la antropología social: más allá de Malinowski y los posmodernistas. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Miguel Angel Porrúa, México, D.F. 2004.
- Jauffret-Roustide, M. L'auto-support des usagers de drogues: une "compétence de vie" reconvertie en expertise. En: Dumoulin, L.; La Branche, S.; Robert, C.; Warin, P. (eds.) *Le recours aux experts, raisons et usages politiques*. Presses Universitaires de Grenoble. Grenoble. 2005, pp.401–425.
- Sciences sociales et épidémiologie: des approches méthodologiques qui se complètent, à propòs de la question de pratiques à risque chez les usagers de drogues. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2006; 2/3:21–23.

- Self support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review*. 2009; 18:159–172.
- Jauffret-Roustide, M.; Oudaya, L.; Rondy, M.; Kudawu, Y.; Le Strat, Y.; Couturier, E.; Emmanuelli, J.; Desenclos, J.-C. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *Medecine/ Science*. 2008; 24(2):111–121.
- Jociles, M.I. "Contexto etnográfico y uso de las técnicas de investigación de antropología social". En: Cruz, I. (coord.) *Introducción a la Antropología para la intervención social*. Tirant Lo Blanch. Valencia. 2002, pp. 85–120.
- Jordan, T. *Collective Bodies: Raving and the Politics of Gilles Deleuze and Felix Guattari*. *Body and Society*. 1995; 1(1):125–144.
- Kane, S.Y. HIV, heroin and heterosexual relations. *Social Science & Medicine*. 1991; 32(9):1037–1050.
- Karow, A.; Reimer, J.; Schäfer, I.; Krausz, M.; Haasen, C.; Verthein, U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010;112(3):209–215.
- Keane, H. *What's Wrong with Addiction?* Melbourne University Press. Melbourne. 2002.
- Foucault on methadone: Beyond biopower. *International Journal of Drug Policy*. 2009; 20(5):450–452.
- Keire, M.L. Dope Fiends and Degenerates: The Gendering of Addiction in the Early Twentieth Century. *Journal of Social History*. 1998; 31(4):809–822.
- Kerr, T.; Montaner, J.S.G.; Wood, E. Science and politics of heroin prescription. (Comment) *The Lancet*. 2010; 375(9729):1849–1850.
- Killias, M.; Aebi, M.; Ribeaud, D. Effects of heroin prescription on police contacts among drug addicts. *Eur J Crim Policy Res*. 1998; 6:433–438.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. "The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times". En: Kleinman, A., Das, V., Lock, M. (eds.) *Social Suffering*. University California Press. London. 1997, pp. 3–9.
- Klingemann, H. National treatment systems in global perspective. *Eur Addict Res*. 1999; 5(3):109–117.
- Koester, S. "The process of drug injection: applying ethnography to the study of HIV risk among IDUs". En: Rhodes, T. y Hartnoll, R. (eds.) *AIDS, Drugs and Prevention: Perspectives on Individual and Community Action*. Routledge. Londres. 1996.
- Köllisch, T. y Kreuzer, A. Qualitative kriminologische Untersuchung des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung

- Opiatabhängiger. Institut für Kriminologie Van der Justus. Liebig. Universität Gießen. Gießen. 2006.
- Korf, D.J. “Dépénalisation, normalisation et limitation des méfaits de la drogue”. En: Ehrenberg, A. y Mignon, P. (eds.) *Drogues, politique et société*. Éditions Le Monde et Descartes. Paris. 1992, pp. 334–351.
- Krausz, M. *The German Project of Heroin Assisted Treatment of Opiate Dependent Patients*. Centre for Interdisciplinary Addiction Research of Hamburg University. Hamburgo. 2002.
- Krieger, N. *Epidemiology and social sciences: Towards a critical reengagement in the 21st century*. *Epidemiology Review*. 2000;11:155–163.
- *Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective*. *International Journal of Epidemiology*. 2001; 30(4):668–677.
- *Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology*. *Journal of Epidemiology Community Health*. 2005;59(5):350–355.
- *Epidemiology and the People’s Health: Theory and Context*. Oxford University Press. Nueva York. 2011.
- Krieger, N. y Davey Smith, G. “Bodies Count,” and Body Counts: Social Epidemiology and Embodying Inequality. *Epidemiology Review*. 2004; 26(1):92–103.
- Kristeva, J. *Desire in Language. A Semiotic Approach to Literature and Art*. Columbia University Press. 1980.
- (a) *Pouvoirs de l’horreur*. Seuil. Paris. 1980.
- Kuhn, T.S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1994.
- Kundera, M. *Los testamentos traicionados*. Tusquets. Barcelona. 1998.
- Kuo, I.; Fischer, B.; Vlahov, D. Consideration of a North American heroin-assisted clinical trial for the treatment of opiate-dependent individuals. *International Journal of Drug Policy*. 2000; 11(5):357–370.
- Kuper, A. *Cultura: la versión de los antropólogos*. Paidós. Barcelona. 2001.
- La Barre, W. [1938]. *El culto del peyote*, Premia editora, México D.F., México. 1980.
- Ladewig, D.; Dürsteler-MacFarland, K.M.; Seifritz, E.; Hock, C.; Stohler, R. New aspects in the treatment of heroin dependence with special reference to neurobiological aspects. *Eur Psychiatry*. 2002; 17(3):163–166.
- Ladewig, D.; Hug, I.; Stohler, R.; Battegay, M.; Gyr, K.; Erb, P. *et al.* A randomised trial with methadone, morphine and heroin in the treatment of opiate dependence. *Addiction Research at Federal Office for Public Health 1996–1998*, vol. 3. Bundesamt für Gesundheit. Berna. 2001, pp. 148–151.
- Lamb, D.S. *The Medicine and Surgery of the Ancient Peruvians*. *American Anthropology New Series*. 1916; 18:143–144.

- Lambert, E.Y.; Ashery, R.S.; Needle, R. H. (eds.) *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*. National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 157. Rockville. 1995.
- Lankenau, S.E.; Clatts, M.C.; Goldsamt, L.A.; Welle, D. Crack Cocaine Injection Practices and HIV Risk: Findings from New York and Bridgeport. *Journal of Drug Issues*. 2004; 34(2): 319–332.
- Lankenau, S.E. y Clatts, M. Drug injection practices among high-risk youth: The first shot of ketamine. *Journal of Urban Health*. 2004; 81(2):232–248.
- Lasnier, B.; Brochu, S.; Boyd, N.; Fischer, B. A heroin prescription trial: case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *Int J Drug Policy*. 2010; 21(1):28–35.
- Latour, B. *La science en action*. Gallimard. Paris. 1995.
- Lawrence, G.; Bammer, G.; Chapman, S. 'Sending the wrong signal': analysis of print media reportage of the ACT heroin prescription trial proposal, August 1997. *Aust N Z J Public Health*. 2000; 24(3):254–64.
- Le Breton, D. *La sociología del cuerpo*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 2002.
- (a) *Conduites à risque*. PUF. París. 2002.
- Leach, E. (ed.) *Estructuralismo, mito y totemismo*. Nueva Visión. Buenos Aires. 1967.
- Leder, D. *The Absent Body*. University of Chicago Press. Chicago. 1990.
- Lefebvre, H. [1974]. *La production de l'espace*. Anthrops. Paris. 2000.
- Lemmens, P.H. Dutch government backs down on heroin prescription, despite successful trial. *Addiction*. 2003; 98(3):247–249.
- Lemmens, P.H.H.M. y Garretsen, H.F.L. Unstable pragmatism: Dutch drug policy under national and international pressure. *Addiction*. 1998; 93:157–162.
- Lenton, S.; Single, E. The definition of harm reduction. *Drug & Alcohol Review*. 1998; 2:213–220.
- Lert, F. y Fombone, E. *La toxicomanie: Vers une evaluation de ses traitements*. Paris. La documentation française. 1989.
- Lévi-Strauss, C. [1962] *El totemismo en la actualidad*. Fondo de Cultura Económica. México D. F. 1986.
- [1974] *Antropología estructural*. Paidós. Barcelona. 1987.
- [1962] *El pensamiento salvaje*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1988.
- [1978] *Mito y significado*. Alianza Editorial. Madrid. 2002.
- Levine, D.G. Needle freaks: Compulsive selfinjection by drug users. *American Journal of Psychiatry*. 1974; 131:297–300.
- Levine, H.G. The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkennes in American History. *Journal of Studies on Alcohol*. 1978(39):143–174.

- Liebow, F. *Tally's Corner*. Little Brown. Boston. 1967.
- Lindesmith, A.R. [1947] *Addiction and Opiates*. Aldine. Chicago. 1968.
--- *The Addict and the Law*. Indiana University Press. Indiana. 1965.
- Lintzeris, N.; Strang, J.; Metrebian, N.; Byford, S.; Hallam, C.; Lee, S.; Zador, D.; RIOTT Group. *Methodology for the Randomised Injecting Opioid Treatment Trial (RIOTT): evaluating injectable methadone and injectable heroin treatment versus optimised oral methadone treatment in the UK*. *Harm Reduction Journal*. 2006; 3:28.
- Lisón Tolosana, C. "Subjetividad: la máscara de la objetividad y del misterio". En: Carmelo Lisón Tolosana (comp.) *Antropología y Literatura*. Diputación General de Aragón. Zaragoza. 1995.
- Litvak, L. "La idea de la decadencia en la crítica antimodernista en España (1888-1910)" y "Temática de la decadencia en la literatura española de fines del siglo XIX: 1880-1913". En: Litvak, L. *España 1900. Modernismo, Anarquismo y fin de siglo*. Anthropos. Barcelona. 1990, pp. 111-127 y 245-325.
- Llamas, R. "La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos de sida". En: Llamas, R. (comp.) *Construyendo sidentidades. Estudios desde el corazón de la pandemia*, Madrid. Siglo XXI. 1995, pp. 153-189.
- Löbmann, R.; Köllisch, T.; Kreuzer, A. *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Band 2: "Der Einfluss der Diamorphinbehandlung auf Kriminalität und Delinquenz Opiatabhängiger"*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. K. Baden-Baden. 2008.
- Löbmann, R y Verthein, U. *Explaining the effectiveness of heroin-assisted treatment on crime reductions*. *Law and Human Behavior*. 2009; 33(1): 83-95.
- Lock, M. y Scheper-Hughes, N. "A Critically Interpretative Approach in Medical Anthropology". En: Johnson, T. y Sargent, C. (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Praeger. Nueva York. 1990, pp. 47-72.
- Logan, D.G. *Heroin maintenance clinics. A discussion of the U.S. addiction treatment and the "British System"*. *Ohio State Med J*. 1974; 70(3):165-169.
- Lorenzo, J.M. "Obsceno, Sade y don Quijote". Centro Virtual Cervantes. Publicado el 2 de agosto de 2006. En: http://cvc.cervantes.es/el_rinconete/anteriores/agosto_06/02082006_01.htm. Visitado el 09/02/2012.
- Lovell, A.M. "Ordonner les risques: l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues". En: Dozon, J. P. y Fassin, D. (dir.) *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Balland. Paris. 2001, pp. 309-341.

- Risking risk: The influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users. *Social Science & Medicine*. 2002; 55(5):803–821.
- Loxley, W. y Ovenden, C. Friends and Lovers: Needle Sharing in Young People in Western Australia. *AIDS Care*. 1995;7(3):337–351.
- Lupton, D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*. 1993; 23(3):425–435.
- Lury, C. *Consumer Culture*. Polity Press. Cambridge y Oxford. 1997.
- Lyon, J. S. *Thomas de Quincey*. Twayne. Nueva York. 1969.
- MacLean, S. Volatile bodies: Stories of corporeal pleasure and damage in marginalised young people's drug use. *International Journal of Drug Policy*. 2008; 19:375–383.
- 'It might be a scummy-arsed drug but it's a sick buzz': Chroming and pleasure. *Contemporary Drug Problems*. 2005; 32:295–318.
- Maher, L. Don't leave us this way: ethnography and injecting drug use in the age of AIDS. *The International Journal of Drug Policy*. 2002; 13(4):311–325.
- Maher, L.; Dixon, D.; Hall, W.; Lynskey, M. Running the risks: heroin, health and harm in South West Sydney. NDARC Monograph N° 38. National Drug and Alcohol Research Centre. Sydney. 1998.
- Malins, P. H. *An Ethico-Aesthetics of Injecting Drug Use: Body, Space, Memory, Capital*. Tesis Doctoral. University of Melbourne. Melbourne. 2009.
- *Machinic Assemblages: Deleuze, Guattari and an Ethico-Aesthetics of Drug Use*. *Janus Head*. 2004; 7(1):84–104.
- Malson, H. *The Thin Woman: Feminism, Poststructuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. Routledge. Londres. 1998.
- Manski, C.F.; Pepper, J.V.; Petrie, C.V. (eds.) *Informing America's Policy on Illegal Drugs: What We Don't Know Keeps Hurting Us*. National Academy Press. Washington, D. C. 2001.
- March, J.C.; Ballesta, R. y Equipo PEPSA. La drogadicción por vía intravenosa, un problema de salud pública en España que necesita proyectos alternativos. *Aten Primaria* 2001; 28(10):631–633.
- March, J.C; Oviedo-Joekes, E.; Perea-Milla, E.; PEPSA team. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat*. 2006; 2:203–211.
- March, J.C.; Oviedo-Joekes, E.; Romero, M.; Gómez, M.; Rodríguez, S.; León, M. I.; Rodríguez, C.; Equipo PEPSA. Nota de campo – Captación de participantes en el programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía (PEPSA). *Gaceta Sanitaria*. 2004; 3:245–247.
- March, J.C.; Romero, M.; Danet, A.; Prieto, M.A.; Martínez, A. METAHEROXYM: Programa de Actividad Física e Inclusión Digital para Personas en Tratamiento con Opioides. *RevistaSalud.com*. 2011; 7(25).

Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/issue/view/1>. Visitado el 17/04/2013.

- March Cerdá, J.C.; Urquía, M., Romero, M. et al. Intervención buco-dental en pacientes acogidos al Programa con heroína supervisada. XIII Congreso la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Tiempos para la salud pública. Sevilla, 4-6 de marzo de 2009. Abstract disponible en: SESPAS. Gaceta Sanitaria. XIII Congreso de SESPAS; 23 (Espec Congr 1):310-311.
- Marchand, K.I.; Oviedo-Joekes, E.; Guh, D.; Brissette, S.; Marsh, D.C.; Schechter, M.T. Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Services Research*. 2011;11:174-184.
- Marcus, G. E., Cushman, D. Ethnographies as Texts. *Annual Review of Anthropology*. 1982; 11: 25-69.
- Marcus, G. E., Fischer, M. M. J. *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. University of Chicago Press. Chicago.1986.
- Markel, H. *An Anatomy of addiction: Sigmund Freud, William Halsted and the miracle drug cocaine*. Vintage Books. Nueva York. 2011.
- Marlatt, G. *Harm Reduction: Basic Principles and Strategies*. *Prevention Researcher*. 2000; 2:1-4.
- Marlowe, D.B.; Elwork, A.; S. Festinger, D.S.; McLellan, A.T. Drug policy by popular referendum: This, too, shall pass. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2003; 25: 213-221.
- Marmor, M.; Des Jarlais, D.C.; Cohen, H. *et al*. Risk factors and infection with human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City. *AIDS* 1987; 1:39-44.
- Marset, M. "Programas de prescripción de heroína". En: Fernández, J.J. y Torrens, M. (eds.) *Monografía Opiáceos. Socidrogalcohol. Adicciones*. 2005; 17: 235-256.
- Marset, M.; Hevia, A.; Carrasco, F.; Perea-Milla, E.; Ballesta, R.; Aceijas, C.; Sánchez-Cantalejo, E.; Martos, F.; Ruiz, I.; March, J.C. Informe Final PEPSA. Anexos 11.1.1-11.1.5. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 2002.
- Marset, M. y Ritter, C. Características de la personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2004; 6:86-89.
- Martin, A. y Stenner, P. Talking about drug use: what are we (and our participants) doing in qualitative research? *International Journal of Drug Policy*. 2004; 15 (5-6):395-405.

- Martín, M.; Casarrubios, A.; Caracuel, F. J.; Martínez, J. A.; Plaza, A.; Equipo PSP-PEPSA. Programa de heroína en andalucía: la visión de los usuarios. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Febrero 2009.
- Martínez, M.J. El discurso social sobre drogas en la prensa de Murcia. Tesis Doctoral. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia. 2000.
- Martínez, D.P. y Pallarés, J. (eds.) De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Milenio. Lleida. 2013.
- Martínez, J.A. y Massó, E. Heroína legal: salud pública y bienestar social. Estudio de caso en una región española. *Nómadas*. 2007(16). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/cps/15786730/articulos/NOMA0707220131A.PDF>. Visitado el 30/06/2013.
- Martínez-Casares, J.A.; Caracuel, F.J.; Plaza, A. y Equipo PSP-PEPSA. Prescribir heroína, educar para la salud y recuperar la ciudadanía. CLAT Virtual: “Uso de drogas y Salud Pública: Prevenir riesgos y reducir daños”. 2008.
- Martínez-Casares, J.A.; Caracuel, J.F.; Plaza, A.; Bilbao, I. y Equipo PEPSA. Prescripción de heroína en Granada: paralelismos con el uso de sustancias psicoactivas en otras culturas. *Rev Paraninfo Digital*, 2009; 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/0570.php>. Visitado el 01/03/2010.
- Martínez-Casares, J.A.; Caracuel, F.J.; Plaza, A.; Vega, M.J.; Equipo PEPSA. Comunicación en póster: “Reflexiones en torno a la viabilidad económica de los programas de dispensación de Heroína”. CLAT5. 5ª Conferencia Latina sobre reducción de daños. Oporto, Portugal. 2009.
- Martínez-Hernández, A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. *Anthropos*. Barcelona. 2008.
- Martinón, R. Las políticas de drogas en España (1982–1996) a través del marco de las coaliciones promotoras. Un estudio del cambio en las políticas públicas. Tesis doctoral. Universidad Carlos III. Madrid. 2006.
- El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de políticas públicas: El caso de las políticas de drogas en España (1982–1996). CIS. Madrid. 2011.
- Massé, R. Culture et santé publique. Les contributions de l’anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Editions Gaëtan Morin. Boucherville. 1995.
- Massumi, B. “Everywhere you want to be. Introduction to Fear”. En: Ed. Massumi, B. (ed.) *The Politics of Everyday Fear*. University of Minnesota Press. Minneapolis. 1993, pp. 3–38.
- Mattick, R.; Breen, C.; Kimber, J.; Davoli, M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*; 2009(3): CD002209.

- Mauss, M. [1969]. *Institución y culto. Representaciones colectivas y diversidad de civilizaciones. Obras II.* Barral. Barcelona. 1971.
- *Lo sagrado y lo profano. Obras I.* Ediciones Barral. Barcelona. 1970.
- Mayock, P.; Cronly, J.; Clatts, M. "Researching 'new' heroin users in Ireland: An ethno-epidemiological approach". En: Demetrovics, Z.; Fountain, J.; Kraus, L. (eds.) *Old and New Policies, Theories, Research Methods and Drug Users Across Europe.* Pabst Science Publishers. 2009, pp.128–150.
- McBride, A.J.; Pates, R.M.; Arnold, K.; Ball, N. Needle fixation, the drug user's perspective: A qualitative study. *Addiction.* 2001;96(7):1049–1058.
- McCarron, K. *Tattoos and Heroin: A Literary Approach.* Body & Society. 1999; 5(2-3):205–315.
- McKeganey, N. Quantitative and qualitative research in the addictions: an unhelpful divide. *Addiction.* 1995; 90(6):749–751.
- The bitter sweet poison of ethnographic research. *International Journal of Drug Policy.* 2003; 14:123–125.
- McKeganey, N. y Barnard, M. *AIDS, Drugs and Sexual Risk: Lives in the Balance.* Open University Press. Milton Keynes. 1992.
- MacLean, S. Volatile bodies: Stories of corporeal pleasure and damage in marginalised young people's drug use. *International Journal of Drug Policy.* 2008; 19:375–383.
- MacRae, E. A excessiva simplificação da questão das drogas nas abordagens legislativas. En: Ribeiro, M. y Seibel, S. (orgs.) *Drogas – Hegemonia do Cinismo.* Fundação Memorial da América Latina. São Paulo. 1997, pp. 327–333. Disponible en: http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf. Visitado el 03/06/2013.
- (a) O Controle Social do Uso de Substâncias Psicoativas. En: Passeti, E. y Silva, R. (orgs.) *Conversações Abolicionistas – Uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva.* IBCCrim/PEPG-PUC. São Paulo. 1997, pp.107–116. Disponible en: http://www.neip.info/downloads/!!!temp_09_07/14.PDF. Visitado el 03/06/2013.
- Medina-Mora, M.E.; Ryan, P.; Ortiz, A.; Campos, T.; Soli, A. A methodology for intensive case-finding and monitoring of drug use in a Mexican Community. *Bulletin on Narcotics.* Vol. XXXII, 2.1980.
- Megías, E. *Drogas y medios de comunicación social.* *Revista Toxicodependencias.* 1996(3):69–74.
- Planes de actuación territorial en drogodependencias: la experiencia española. *Curso de Postgrado en Drogodependencias.* 2001. Citado en: Ruth Martínón. *El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de políticas públicas: El caso de las políticas de drogas en España (1982–1996).* CIS. Madrid. 2011.
- Mendoza, R.; Sagraera, M.; Vega, A. *Noticias sobre drogas en prensa española desde 1970 a 1976. Tomo II.* Barcelona. 1978 (Tesis de Licenciatura).

- Menéndez, E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana. México. 1990.
- (a) Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS. México. 1990.
- Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política. 1930–1979. Ciesas, Eds. de la Casa Chata. México. 1991.
- La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Bellaterra. Barcelona. 2002.
- Menéndez, E.L. y Di Pardo. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. CIESAS. México, D.F. 1996.
- Merleau-Ponty, M. [1945]. Fenomenología de la percepción. 1993. Editorial Planeta Agostini. Barcelona.
- Merrill, J.O.; Rhodes, L.A.; Deyo, R.A.; Marlatt, G.A.; Bradley, K.A. Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users. The Keys to the “Narc” Cabinet. *Journal of General Internal Medicine*. 2002(5): 327–333.
- Merton, R.K. [1949] *Social Theory and Social Structure*. The Free Press. Glencoe. 1957. [Edición en castellano: *Teoría social y estructura social*. Ed. Andrés Bello. Santiago de Chile. 1960].
- Metrebian, N. Supervised co-prescription of heroin to treatment-resistant heroin addicts is more effective than treatment with methadone alone. (Commentary) *Evid Based Mental Health*. 2004;7:23.
- Metrebian, N.; Mott, J.; Carnwath, Z.; Carnwath, T.; Stimson, G.V.; Sell, L. Pathways into receiving a prescription for diamorphine (heroin) for the treatment of opiate dependence in the United kingdom. *Eur Addict Res*. 2007;13(3):144–147.
- Metrebian, N.; Shanahan, W.; Stimson, G.V.; Small, C.; Lee, M.; Mtutu, V.; Wells, B. Prescribing drug of choice to opiate dependent drug users: a comparison of clients receiving heroin with those receiving injectable methadone at a West London drug clinic. *Drug and Alcohol Review*. 2001;20(3): 267–276.
- Meyer, R.E. A commentary on ‘addiction and dependence in DSM-V’. *Addiction*, 2011(106): 868–897.
- Michels, I.I. Heroin-based treatment. *Journal of Drug Issues*. 2002; 2:523–542.
- Middleton, J. Heroin Use, Gender and Affect in Rock Subcultures. *ECHO*. 1999 ; 1(1). (Revista electrónica). Disponible en: <http://www.echo.ucla.edu/Volume1-Issue1/middleton/middleton-article.html>. Visitado el 30/01/2013.
- Miller, A. y Neaigus, A. Networks, resources and risk among women who use drugs. *Social Science & Medicine*. 2001; 52:967–978.
- Miller, C.L.; Schechter, M.T.; Wood, E.; Spittal, P.M.; Li, K.; Laliberté, N.; Montaner, J.S.; Hogg, R.S. The potential health and economic impact of

- implementing a medically prescribed heroin program among Canadian injection drug users. *International Journal of Drug Policy*. 2004;15(4): 259–263.
- Mills, J. y P. Barton (eds.) *Drugs and empires: Essays in modern imperialism and intoxication, c.1500–c.1930*. Palgrave Macmillan. Nueva York. 2007.
- Milner, V. *El centro del círculo: La Lámpara Maravillosa, de Valle-Inclán*. Universidade, Servizo de Publicaciones e Intercambio Científico. Santiago de Compostela. 2007.
- Mino, A. “Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias”. En: Díaz, M.; Romaní, O. (coords.) *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Ajuntament de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Barcelona. 2000, pp. 333–368.
- Mold, A. Illicit drugs and the rise of epidemiology during the 1960s. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007; 61:278–281.
- Mold, A.; Berridge, V. *Voluntary Action and Illegal Drugs: Health and Society in Britain Since the 1960s*. Palgrave Macmillan. Basingstoke. 2010.
- Moore, D. Ethnography and the Australian drug field: emaciation, appropriation and multidisciplinary myopia. *The International Journal of Drug Policy*. 2002; 13:(4):271–284.
- Erasing pleasure from public discourse on illicit drugs: on the creation and reproduction of an absence. *International Journal of Drug Policy*. 2008; 19:353–358.
- Moore, D.; Dray, A.; Green, R.; Hudson, S. L.; Jenkinson, R.; Siokou, C.; Perez, P., Bammer, G.; Maher, L.; Dietze, P. Extending drug ethno-epidemiology using agent-based modelling. *Addiction*. 2009; 104(12): 1991–1997.
- Moreno, C.M. Body politics and spaces of drug addiction in Darren Aronofsky’s *Requiem for a Dream*. *GeoJournal*. 2009; 74:219–226.
- Morris, B.D. “About Suffering: Voice, Genre, and Moral Community”. En: Kleinman, A.; Das, V.; Lock, M. *Social Suffering*. University of California Press. London. 1997, pp. 25–45.
- Mugford, S. Social change and the control psychotropic drugs–risk management, harm reduction and ‘postmodernity’. *Drug and Alcohol Review*. 1993; 12:369–375.
- Murphy, S. Intravenous drug use and AIDS: notes on the social economy of needle sharing. *Contemporary Drug Problems*. 1987; 14:373–395.
- Musto, D. *The American disease. Origins of narcotic control*. Oxford University Press. Nueva York. 1987.
- Nadelmann, E. Régimes globaux de prohibition et trafic international de drogue. *Revue Tiers Monde*. 1992 (131).
- Europe could teach America much about drug policy. *International Herald Tribune*. Enero 10. 1998, p. 6.

- “Legalización, prohibición y reducción de daños”. En: Heather, N.; Wodak, A.; Nadelmann, E.; O’Hare, P. Grup Igia. La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo. Barcelona. 2004, pp. 37-44.
- Nahoum-Grappe, V. “Le rire du buveur, le rictus du toxicomane”. En: Ehrenberg, A. (dir.). Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes. Esprit. Paris. 1991, pp. 171-190.
- (a) La culture de l’ivresse. Essai de phénoménologie historique. Promeneur, collection Quai Voltaire Histoire. París. 1991.
- L’ingouvernable gratuité: les conduites de vertige. Communications. 1993; 56:155-173.
- Vertige de l’ivresse. Alcool et lien social. Descartes & Cie. Paris. 2010
- Nathan, P.E. Substance use disorders in the DSM-IV. Journal of Abnormal Psychology, 1991 (3):356-361.
- Neale, J.; Allen, D.; Coombes, L. Qualitative research methods within the addictions. Addiction and its science. Adicction. 2005; 100(11):1584-1593.
- Nel.lo, O. (ed.) Aquí no! Els conflictes territorials a Catalunya. Empúries. Barcelona. 2003.
- Netherland, J. (ed.) Critical Perspectives on Addiction. Esmerald Group Publishing Limited. Bingley. 2012.
- Nettleton, S.; Neale, J.; Pickering, L. ‘I don’t think there’s much of a rational mind in a drug addict when they are in the thick of it’: towards an embodied analysis of recovering heroin users. Sociology of Health & Illness. 2011; 33(3): 341-355.
- Newcombe, R. La reducción de daños relacionados con la droga: Un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación. En: O’Hare, P .A.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buning, E.C.; Driker, E. (eds.) La reducción de los daños relacionados con las drogas. Grup Igia. Madrid. 1995, pp. 25-40. (Original: The reduction of drug related harm. Routledge. London.1992).
- Nichter, M.; Quintero, G.; Nichter, M.; Mock, J.; Shakib, S. Qualitative Resarch: Contributions to the Study of Drug Use, Drug Abuse, and User(r) – Related Interventions. Substance Use and Misuse. 2004; 39(10-12): 1907-1969.
- Nietzsche, F. Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe, ed. de G. Colli y M. Montinari, 1980, I, 11, 40 [15].
- Así habló Zaratustra. Alianza Editorial. Madrid. 1998.
- El crepúsculo de los ídolos. Edaf. Madrid. 2002.
- Ning, A.M. Games of Truth: Rethinking Comformity and Resistance in Narratives of Heroin Recovery. Medical Anthropology. 2005; 24:349-382.
- Nosyk, B; Guh, D.P.; Bansback, N.J.; Oviedo-Joekes, E.; Brissette, S., Marsh, D.C.; Meikleham, E., Schechter, M.T.; Anis, A.H. Cost-effectiveness of

- diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 2012; 184(6): E317–E328.
- Nyswander, M.E. *The Drug Addict as a Patient*. Grune & Stratton. New York. 1956.
- O'Brien, C.P. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*. 2010; 106:866–867.
- O'Brien, C.P.; Volkow, N.; Li, T.-K. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:764–765.
- O'Donell, J.A. y Jones, J.P. "Diffusion of the Intravenous Technique among Narcotic Addicts". En: Ball, J. C.; Chambers, C. C. (eds.) *The Epidemiology of Opiate Addiction in the United States*. Thomas. Springfield. 1970.
- O'Hare, P. A. "Apuntes sobre el concepto de reducción de daños". En: O'Hare, P. A; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buning, E. C.; Driker, E. (eds.) *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Grup Igia. Madrid. 1995, pp. 17–22. (Original: *The reduction of drug related harm*. London Routledge. 1992).
- O'Malley, P. y Mugford, S. *Moral Technology: The Political Agenda of Random Drug Testing*. *Social Justice*. 1991;18(4): 122–145.
- O'Malley, P. y Valverde, M. *Pleasure, Freedom and Drugs: The Uses of 'Pleasure' in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption*. *Sociology*. 2004; 38(1): 25–42.
- Ogien, A. *Sociologie de la déviance*. Armand Colin. París.1996.
- Otegui, R. "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento". En: Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra. Barcelona. 2000, pp. 227–248.
--- *Virus, bichos y drogas. Las formas sociales del VIH-SIDA en la comunidad gitana española*. *Desacatos*. 2006; 20:53–76.
- Orr, A.S. y Wynia, M.K. Ethics and heroin prescription: no more fuzzy goals! *Am J Bioeth*. 2002; 2(2):52–53.
- Ott, J. [1993]. *Pharmacotheon. Drogas enteógenas, sus fuentes vegetales y su historia*, Los Libros de la Liebre de Marzo. Barcelona. España. 1996
- Ouellet, L.; Jimenez, A., Wendell, J. y Wiebel, W. Shooting galleries and HIV disease: variations in places for injecting illicit drugs. *Crime and Delinquency*. 1991; 37:64–85.
- Oviedo-Joekes, E.; Brissette, S.; Marsh, D. C. *et al.* Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med*. 2009; 361: 777–786.
- Oviedo-Joekes, E.; Guh, D.; Brissette, S.; Marsh, D.C. Nosyk, B.; Krausz, M.; Anis, A.; Schechter, M.T. Double-blind injectable hydromorphone versus diacetylmorphine for the treatment of opioid dependence: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010; 38(4):408–411.

- Oviedo-Joekes, E.; March, J. C.; Romero, M.; Perea-Milla, E. The Andalusian trial on heroin-assisted treatment: A 2 year follow-up. *Drug and Alcohol Review*. 2010 (29):75-80.
- Pallarés, J. La dolça punxada de l'escorpí. *Antropologia dels ionquis i de l'heroïna a Catalunya*. Barcelona Pagès Editors. 1995.
- Pallarés, J.; Díaz, A. Barruti, M. Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil de Catalunya: Metodologia i informe evolutiu 1999-2005. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Àrea de Benestar Social de la Diputació de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. 2007.
- Pantoja, L. y Abeijón, J.A. (eds.) Los medios de comunicación y el consumo de drogas. Universidad de Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencias. Bilbao. 2004.
- Pardal, R. *Medicina Aborigen Americana*. Jose Anesi, Buenos Aires, 1937.
- Pates, R., McBride, A.J., Ball, N. & Arnold, K. Towards an holistic understanding of injecting drug use: an overview of needle fixation. *Addiction Research*. 2001; 9:3-17.
- Peele, S. Redefining addiction I: Making addiction a scientifically and socially useful concept. *International Journal of Health Services*. 1977; 7:103-124.
--- Addiction as a Cultural Concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1990; 602:205-220.
- Perdiguero, E., Comelles, J.M.; Erkoreka, A. "Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000)". En: Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra. Barcelona. 2000, pp. 353-446.
- Perea-Milla, E.; Silva, L.C.; March, J.C.; González, F.; Rivas-Ruiz, F.; Danet, A.; Romero, M.; Oviedo-Joekes, E. Efficacy of prescribed injectable diacetylmorphine in the Andalusian trial: Bayesian analysis of responders and non-responders according to a multi domain outcome index. *Trials*. 2009; 10:70. Disponible en Open Access.
- Peretti-Watel, P. "Epidemiology as a Model: Processing Data through a Black Box?" En: Geoffrey Hunt, Maitena Milhet y Henri Bergeron (eds.) *Drugs and Culture: Knowledge, Consumption, and Policy*. Ashgate. Farnham. 2011, pp. 53-70.
- Peretti-Watel, P. y Moatti, J.P. Understanding risk behaviours: how the sociology of deviance may contribute? The case of drug-taking. *Social Science & Medicine*. 2006; 63(3):675-679.
- Perneger, T.V.; Giner, F.; del Rio, M.; Mino, A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ*. 1998; 317:13-18.
- Pert, C.B. y Snyder, S.H. Opiate receptor: demonstration in nervous tissue. *Science*. 1973; 179:1011-1014.

- Petersen, A. y Lupton, D. *The new public health: Health and self in the age of risk*. Sage Publications. Thousand Oaks. 1996.
- Pinell, P. En: Lecourt, D. (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*. Presses Universitaires de France. Paris. 2004.
- Plan Nacional Sobre Drogas. *Memoria de 1986*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1987.
- Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 91*. DGPND (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). Madrid. 1992.
- Plaza, A.; Oviedo Joekes, E. y March, J.C. *Nursing in an Intravenous Heroin Prescription Treatment*. *Journal of Addictions Nursing*. 2007;18(1):13-20.
- Plumridge, E. y Chetwynd, J. *Identity and the Social Construction of Risk: Injecting Drug Use*. *Sociology of Health and Illness*. 1999; 21(3):329-343.
- Polak, F. *Medicalization can only be part of the solution*. Comunicación a la: European Conference "Drugs and Society: Implementing the Changing Agenda". Ashford, Kent, Reino Unido. 24-25/10/2002. Disponible en: <http://drugsbeleid.nl/publicaties/medicalization.htm>. Visitado el 06/03/2013.
- Polak, F. y Webster, P. *Regarding "The Swiss Heroin Trials Scientifically Sound?"* *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000; 19(3):209.
- Polsky, N. *Hustlers, Beats and Others*. Doubleday, Anchor Books. Garden City, Nueva York. 1969.
- Porter, R. y Teich, M. (eds.) *Drugs and Narcotics in History*. Cambridge University Press. Cambridge. 1997.
- Power, R. *Participant observation and its place in the study of illicit drug abuse*. *British Journal of Addiction*, 1989; 84:43-52.
- Power, R.; Jones, S.; Kearns, G.; Ward, J. *An ethnography of risk management amongst illicit drug injectors and its implications for the development of community-based interventions*. *Sociology of Health and Illness*. 1996;18:86-106.
- Preble, E. "What an Ethnographic Field Station looks like". En: Akins, C. y Beschner, G. (eds.) *Ethnography: A research Tool for Policymakers in the Drug-Alcohol Fields*. NIDA. Rockville. 1980.
- Preble, E. y Casey, J.J. *Taking care of business_ the heroin user's life on the street*. *The International journal of Addiction*. 1969; 4:1-24.
- Preciado, B. *Testo Yonqui*. Espasa Calpe. Madrid. 2008.
- *Manifiesto contrasexual*. Anagrama. Barcelona. 2011.
- Price, R. *First-Time: The Historical Vision of Afro-American People*. Johns Hopkins University Press. Baltimore. 1983.
- Prieto, J.L. *La imagen de la droga en la prensa española*. *Revista Comunidad y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1987; 4:29-45.

- Rabinow, P. *Reflections of Fieldwork in Morocco*. University Press of California. Berkeley. 1977.
- Race, K. The use of pleasure in harm reduction: Perspectives from the History of Sexuality. *International Journal of Drug Policy*. 2008;19: 417–423.
- Radcliffe-Brown, A.R. [1952] *Estructura y función en la sociedad primitiva*. Ediciones Península. Barcelona. 1974.
- Ralet, O. “Condicionantes políticos y económicos. Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del «problema de la droga»”. En: Grup Igia y col. *Sujetos, contextos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Ayuntamiento de Barcelona y FAD. 2000. Madrid.
- Rang, H.P.; Dale, M.M.; Ritter, J.M.; Moore, P.K. (eds.) *Farmacología*. Elsevier. Madrid. 2004, pp. 562–583.
- Red Chilena de Reducción de Daños. *La reducción de daños y la gestión de riesgo en Europa y el carrete en Chile*. http://www.reducciondedanos.cl/wp/?page_id=14. Visitado el 13/04/201.
- Reese, A. “An addict’s view of drug abuse”. En: Coombs, R.H. (ed.) *Junkies and Straights*. Heath. Lexington, MA. 1975, pp. 5–19.
- Rehm, J.; Fischer, B.; Krausz, M.; Gschwend, P.; Uchtenhagen, A. Heroin prescription for opioid addicts. *The Lancet*. 2002; 359(9309):890.
- Rehm, J.; Gschwend, P.; Steffen, T.; Gutzwiller, F.; Dobler-Mikola, A.; Uchtenhagen, A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet*. 2001; 358:1417–1420.
- Reid, M.E. Review article, a feminist sociological imagination? *Reading A. M. Oakley. Sociology of Health and Illness*, 1993; 5:83–94.
- Rekalde, A.; Romani, O.; Grup IGIA. *Los medios de comunicación social ante el Fenómeno de las Drogas: un análisis crítico*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2002.
- Reyero, C. *La belleza imperfecta: discapacitados en la vigilia del arte moderno*. Siruela. Madrid. 2005
- Reynoso, C. (comp.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Gedisa. Barcelona. 1998.
- Rhodes, T. “Researching and theorising “risk”: notes on the social relations of risk in heroin users’ lifestyles”. En: Aggleton, P.; Hart, G. y Davies, P. (eds.) *AIDS: Sexuality, Safety and Risk*. Taylor and Francis. Londres. 1995.
- Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour. *Sociology of Health and Illness*. 1997;19: 208–227.
- “The multiple roles of qualitative research in understanding and responding to illicit drug use”. En: Fountain, J. (ed.) *Understanding and responding to illicit drug use: the role of qualitative research*. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Luxemburgo. 2000, pp. 21–36.

- Rhodes, T. y Quirk, A. Drug users' sexual relationships and the social organisation of risk: the sexual relationship as a site of risk management. *Soc Sci Med.* 1998; 46(2):157–169.
- Rhodes, T.; Mikhailova, L.; Sarang, A.; Lowndes, C. M.; Rylkov, A.; Khutorskoy, M.; Renton, A. Situational Factors Influencing Drug Injecting, Risk Reduction, and Syringe Exchange in Togliatti City, Russian Federation: A Qualitative Study of Micro Risk Environment. *Social Science and Medicine.* 2003; 1:39–54.
- Rhodes, T.; Stimson, G.V.; Crofts, N.; Ball, A.; Dehne, K.L.; Khodakevich, L. Drug injecting, rapid HIV spread and the 'risk environment'. *AIDS.* 1999; 13:S259–S269.
- Rhodes, T.; Stimson, G.V.; Moore, D.; Bourgois, P. Qualitative social research in addictions publishing: Creating an enabling journal environment. *Int J Drug Policy.* 2010; 21(6): 441–444.
- Ribeaud, D. Long-term Impacts of the Swiss Heroin Prescription Trials on Crime of Treated Heroin Users. *Journal of Drug Issues.* 2004; 34:163–194.
- Rich, E. Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity. *Sociology of Health & Illness.* 2006; 28(3):284–305.
- Risco, A. La estética de Valle-Inclán en los esperpentos y en «El ruedo ibérico». Gredos. Madrid. 1966.
- Robson, C. Real world research: A resource for social scientist and practitioner-researchers. Blackwell Publishing. Oxford. 2002.
- Rødner, S. "I am not a drug abuser, I am a drug user": A discourse analysis of 44 drug users' construction of identity. *Addiction Research and Theory.* 2005;13(4): 333–346.
- Romaní, O. Droga i subcultura: una història cultural del 'haix' a Barcelona (1960–1980). Servei Publicacions Universitat. Barcelona. 1982.
- "Notes sobre el fenomen de les drogues des d'una perspectiva socio-cultural". En: *La drogadicció: on som?* Direcció General de Joventut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 1987, pp. 109–121.
- "Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-acción". En: Álvarez-Uría, F. (ed.) *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales.* Endymión. Madrid. 1992, pp. 259–281.
- *Etnografía y drogas: discursos y prácticas.* Revista Nueva Antropología A.C. 1997; 16(53–52):39–66.
- "Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión agotado?". En: Bergalli, R. (coord.) *Sistema penal y problemas sociales.* Ed. Tirant lo Blanch. Valencia. 2003, pp. 429–450.
- *Las drogas. Sueños y razones.* Ariel. Barcelona. 2004.

- “Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos”. En: VV.AA. Eguzkilore. Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología. nº 19. San Sebastián. 2005, pp. 91–103.
- “De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas”. En: Esteban, M.L. (ed.) Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas. Osalde. Bilbao. 2007, pp. 117–134.
- (a) Las drogas legales en España: un aspecto del consumo en un país de ‘nuevos ricos’. *Contrastes culturales*. 2007, pp. 45–53.
- Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*. 2008; 4(3):301–318.
- Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*. 2010; 17(49):83–101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200006. Visitado el 20/03/2013.
- “La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias”. En: Haro, J.A. (ed.) Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Colegio de Sonora. Hermosillo. 2011, pp. 89–113.
- Romani, O. y Ilundain, E. “Profesionales y militantes: el ejercicio de la reducción de daños relacionados con los usos de drogas”. En: Laespada, M.T. y Iraurgi, I. (eds.) Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína. Instituto Deusto de Drogodependencias. Bilbao. 2009.
- Romani, O.; Martorell, M.; Beltrán, O.; Zino, J.; Merelo-Barberá, J. Estudio sobre el tratamiento de las toxicomanías en el sistema penitenciario español. IRES. Dirección General de Acción Social. Barcelona-Madrid. 1985.
- Romo, N. Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile. Gakoa. Bilbao. 2001.
- Romo, N. y Póo, M. De droga a medicamento. Vida cotidiana de pacientes y familiares en un ensayo clínico con heroína. Universidad de Granada. Granada. 2007.
- Romo, N.; Póo, M.; Ballesta, R.; PEPSA team. From illegal poison to legal medicine: A qualitative research in a heroin-prescription trial in Spain. *Drug and Alcohol Review*. 2009; 28:186–195.
- Room, R. y Reuter, P. How well do international drug conventions protect public health? *The Lancet*. 2012; 379(9810): 84–91.
- Rorty, R. On Ethnocentrism: A Reply to Clifford Geertz. *Michigan Quarterly Review*. 1986; 25:525–534.
- Rose, N.; O’Malley, P.; Valverde, M. Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*. 2006; 2:83–104.

- Rosenbaum, M. *Women and Heroin*. Rutgers University Press. New Brunswick, NJ. 1981.
- (a) Women addicts' experience of the heroin world: risk, chaos and inundation. *Urban Life*. 1981; 10: 65–91.
 - The demedicalization of methadone maintenance. *J Psychoactive Drugs*. 1995; 27(2):145–149.
- Rossi, I. y O'Higgins, E. *Teorías de la cultura y métodos antropológicos*. Anagrama. Barcelona. 1981.
- Roy, A. "New methods-olds problems: A practical and philosophical analysis of participatory approaches to qualitative drugs research." En: Demetrovics, Z.; Fountain, J.; Kraus, L. (eds.) *Old and New Policies, Theories, Research Methods and Drug Users Across Europe*. Pabst Science Publishers. 2009, pp.112–127.
- Ruiz, F. *Historia del teatro español. Siglo XX*. Cátedra. Madrid. 1981.
- Russell, C.; Porter, M.; Touchard, D. Studying dangerous places: Safety and its construction as a factor in field research. *Journal of Applied Health Behaviour*. 2001; 3(1):15–23.
- Russell, C.; Touchard, D.; Porter, M. What's rapport got to do with it? The practical accomplishment of fieldwork relations between young female researchers and socially marginalised older men. *The Qualitative Report*. 2002; 7(1). Visitado el 31/10/2012. Disponible en: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR7-1/russell.html>
- Saaristo, K. "Addiction as a Disease, Identity and Normality". En: Kalitzkus, V. y Twohig, P.L. (eds.) *The Fallible Body: Narratives of Health, Illness & Disease*. Inter-Disciplinary Press. Oxford. 2010, pp. 55–65.
- Sackett, D.L.; Straus, S.E.; Richardson, W.S.; Rosenberg, W.; Haynes, R.B. *Evidence based medicine: How to practice and teach EMB*. Churchill Livingstone. Edimburgo. 2000.
- Sahagún, B., *Historia General de las Cosas de Nueva España*. Editorial Porrúa, México DF., México. 1982.
- Said, E. *Orientalism*. Random House. Nueva York. 1979.
- The World, the Text, and the Critic*. Harvard University Press. Cambridge. 1983.
- Saillant, F. y Genest, S. (eds.) *Medical Anthropology. Regionals Perspectives and Shared Concerns*. Blackwell Publishing. Oxford. 2007.
- Salazar, A. y Jaramillo, A.M. *Medellín. Las subculturas del narcotráfico*. CINEP. Bogotá. 1996.
- Salinas, P. "Significación del esperpento o Valle-Inclán, hijo pródigo del 98". En: Ricardo Doménech (ed.) *Ramón del Valle-Inclán*. Taurus. Madrid. 1988.
- Samaja, J. *Epistemología y Metodología*. Eudeba. Buenos Aires. 1996.
- *Epistemología de la Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004.

- Samuelsen, H. y Steffen, B. The relevance of Foucault and Bourdieu for Medical Anthropology: Exploring new sites. *Anthropology & Medicine*. 2004; 11(1):3–10.
- San Molina, L. Programas de mantenimiento con metadona: ¿una opción terapéutica? *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1991; 15(5):113–121.
- Sanahuja, P. y Barnet, E. “Asamblea de O.N.G. con intervención en drogodependencias: una experiencia en desarrollo”. *Socidrogalcohol. Jornadas Nacionales. Consejería de Presidencia. Santa Cruz de Tenerife*. 1992, pp. 567 y 571. En: Martínón, R. *El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de políticas públicas: El caso de las políticas de drogas en España (1982–1996)*. CIS. Madrid. 2011, pp. 281–282.
- Sánchez, F. *La liturgia del espacio. Casarabonela: un pueblo aljamiado*. Nerea. Madrid. 1990.
- Sánchez, J.J. y Ongil, D. Construcción social de una realidad, el caso de las drogas. *Políticas Sociales*. 1989; 4:129–136.
- Sanmartín, R. “De impura fictione”. En: Lisón Tolosana, C. (comp.) *Antropología y Literatura*. Diputación General de Aragón. Zaragoza. 1995, pp. 241–255.
- Observar, escuchar, comparar, escribir. *La práctica de la investigación cualitativa*. Ariel. Barcelona. 2003.
- Sargent, C. Gender, Body, Meaning: Anthropological Perspectives on Self-Injury and Borderline Personality Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2003;10(1):25–27.
- Satel, S.L. y Aeschbach, E. The Swiss Heroin Trials Scientifically Sound? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1999; 17(4):331–335.
- Schechter, M. NAOMI_Her Time Has Come. *Journal of Urban Health*. 2002; 79(2):164–165.
- Scheper-Hughes, N. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. University of California Press. Berkeley. 1993.
- The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology. *Current Anthropology*. 1995; 36(3): 409–420.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M.M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. 1987; 1(1):6–41.
- Scherbaum, N.; Beckmann, J.P.; Klein, S; Rehm, J. Medical ethics of heroin prescription by physicians. *Nervenarzt*. 2001; 72(9):717–722.
- Scherbaum, N. y Rist, F. Opiate Addicts’ Attitudes Towards Heroin Prescription. *The Open Addiction Journal*. 2010; 3:109–116.
- Schultes, R.E., Hoffman, A.; Ratsch, C. [1979]. *Plants of the Gods: Their Sacred, Healing and Hallucinogenic Powers*. Healing Arts Press. Rochester. Vermont. 1998.

- Seddon, T. *A History of Drugs: Drugs and Freedom in the Liberal Age*. Routledge-Cavendish. Abingdon. 2010.
- Segalen, M. [1998]. *Ritos y rituales contemporáneos*. Alianza Editorial. Madrid. 2005.
- Sepúlveda, M. *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad*. Tesis Doctoral. Universidad Rovira y Virgili. Tarragona. 2011.
- (coord.) *Guía REQUALA de investigaciones cualitativas aplicadas al ámbito del VIH/ Sida y los usos de drogas*. Grup Igia. Barcelona. 2002.
- Sepúlveda, M.; Báez, F.; Montenegro, M. "No en la puerta de mi casa". *Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Grup Igia. 2008.
- Sheldon, T. Dutch and Swiss support heroin on prescription. *BMJ*. 1997; (315): 835.
- Shewan, D. y Dalgarno, P. Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland). *British Journal of Health Psychology*. 2005; 10:33-48.
- Shilling, C. *The Body and Social Theory*. Sage. Londres. 1993
- *Changing Bodies: Habit, Crisis and Creativity*. Sage. Londres. 2008.
- Shim, J.K. Understanding the routinised inclusion of race, socioeconomic status and sex in epidemiology: The utility of concepts from technoscience studies. *Sociology of Health & Illness*. 2002; 24(2):129-150.
- Shore, C. y Wright, S. "Policy: A New Field of Anthropology". En: Shore, C. y Wright, S. (eds.) *Anthropology of Policy*. Routledge. London. 1997, pp.3-39.
- Simon, E.J.; Hiller, J.M.; Edelman, I. Stereospecific binding of the potent narcotic analgesic [³H]etorphine to rat-brain homogenate. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1973; 70:1947-1949.
- Simpson, D.S.; Friend, H.J. "Legal Status and Long-Term Outcomes for Addicts in the DARP Followup Project". En: Leukefeld, C. G. y Tims, F.M. (eds.) *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD. 1988, pp. 81-96.
- Singer, M. *Toward a bio-cultural and political economic integration of alcohol, tobacco and drug studies in the coming century*. *Social Science and Medicine*. 2001; 53:199-213.
- *Something Dangerous: Emergent and Changing Illicit Drug Use and Community Health*. Waveland Press. Long Grove, IL. 2005.
- (ed.) *New Drugs on the Street: Changing Patterns of Illicit Consumptions*. Haworth Press. Nueva York. 2005.
- *The Face of Social Suffering: Life History of a Street Drug Addict*. Waveland Press. Long Grove, IL. 2006.

- *Drugging the Poor: Legal and Illegal Drugs and Social Inequality*. Waveland Press. Long Grove, IL. 2008.
- (a) *Drugs and Development: The Global Impact on Sustainable Growth and Human Rights*. Waveland Press. Long Grove, IL. 2008.
- Singer, M. y Baer, H. *Critical Medical Anthropology*. Baywood Publishing Co. Amityville, Nueva York. 1995.
- Singer, M. y Easton, D. "Ethnographic Research on Drugs and HIV/AIDS in Ethnocultural Communities". En: Trimble, J.E. y Fisher, C.B. (eds.) *The Handbook of Ethical Research with Ethnocultural Populations and Communities*. Sage Publications. London. 2006, pp. 257-278.
- Singer, M.; Juvalis, J.A.; Weeks, M. High on illy: Monitoring an emergent drug problem in Hartford, CT. *Medical Anthropology*. 2000;18(4):365-388.
- Small, D. y Drucker, E.; Editorial for *Harm Reduction Journal*. Policy makers ignoring science and scientists ignoring policy: the medical ethical challenges of heroin treatment. *Harm Reduction Journal*. 2006; 3:16.
- Smith, B.R.C. Socio-spatial stigmatization and the contested space of addiction treatment: Remapping strategies of opposition to the disorder of drugs. *Social Science & Medicine*. 2010; 70(6):859-866.
- A Users' Guide to 'Juice Bars' and 'Liquid Handcuffs': Fluid Negotiations of Subjectivity, Space and the Substance of Methadone Treatment. *Space and Culture*. 2011; 14(3) 291-309.
- Snyder, S.H. y Parternak, G.V. Historical review: Opioid receptors. *Trends in Pharmacological Sciences*. 2003; 24(4):198-205.
- Spooner, C.; Hall, W. D.; Mattick, R. P. An Overview of Diversion Strategies for Australian Drug-Related Offenders. *Drug and Alcohol Review*. 2001; 3:281-94.
- Sprumont, D. Ethical evaluation of heroin-prescription research: an insider's view. *Am J Bioeth*. 2002; 2(2):63-64.
- Stahl, R.W. y Baumohl, J. How Clients and Staff Assess and Conceptualize Heroin-Assisted Treatment: A Qualitative Analysis. Comunicación oral. Annual Conference of the Society for Social Work and Research: "Bridging Disciplinary Boundaries". Society for Social Work and Research. San Francisco, CA. 11-14 de enero de 2007.
- Steffen, T.; Blättler, R.; Gutzwiller, F.; Zwahlen, M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health*. 2001;11(4):425-430.
- Steffen, T.; Christen, S.; Blättler, R.; Gutzwiller, F.; PROVE Team. Infectious diseases and public health: Risk-taking behavior during participation in the Swiss program for a medical prescription of narcotics (PROVE). *Subst Use Misuse*. 2001; 36(1-2):71-89.
- Sterk, C. Outreach among drug users: combining the role of ethnographic field assistant and health educator. *Human Organisation*. 1993; 52:162-168.

- Stimson, G.V. y Donoghoe, M.C. "Health promotion and individual change: the cases of syringe distribution and Exchange". En: Rhodes, T.; Hartnoll, R. (eds.). *AIDS, drugs and prevention: perspectives on individual and community action*. Routledge. London. 1996.
- Stimson, G.V. y Metrebian, N. *Prescribing heroin: What is the evidence?* Joseph Rowntree Foundation. York Publishing Services Ltd. York. 2003.
- Stone, E. *Medicine Among the American Indians*. *Clio Medica: A series of Primers on the History of Medicine*, Vol. 7. Paul D. Hoeber. New York. 1932.
- Strang, J. "Prescribing Heroin and Other Injectable Drugs". En: Strang, J. y Gossop, M. (eds.) *Heroin Addiction and Drug Policy: The British System*. Oxford University Press. Nueva York. 2004, pp. 192–206.
- Strang, J.; Babor, T.; Caulkins, J.; Fischer, B.; Foxcroft, D.; Humphreys, K. *Drug policy and the public good: evidence for effective interventions*. *The Lancet*. 2012; 379: 71–83.
- Strang, J. y Gossop, M. *Heroin Prescription in the British System: Historical Review*. *European Addiction Research*. 1996; 2:185–193.
- (eds.) *Heroin Addiction and 'The British System': Understanding the Problem (vol 1). Treatment and other responses (vol 2.)* Routledge. Oxon. 2005.
- Strang, J.; Metrebian, N.; Lintzeris, N.; Potts, L.; Carnwath, T.; Mayet, S.; Williams, H.; Zador, D.; Evers, R.; Groshkova, T.; Charles, V.; Martin, A.; Forzisi, L. *Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): A randomised trial*. *The Lancet*. 2010; 375:1885–1895.
- Strang, J. y Sheridan, J. *Heroin and methadone prescriptions from a London drug clinic over the first 15 years of operation (1968–1983): Old records examined*. *Subst Use Misuse*. 2006; 41(9):1227–1238.
- Strauss, A.L. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press. New York. 1987
- Strauss, A.L. y Corbin, J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. CA: Sage. Newbury Park. 1990.
- Szasz, T. [1974] *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Syracuse University Press. Syracuse, New York. 2003. Traducción al castellano: *Drogas y ritual: la persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. Fondo de Cultura Económica. México. 1990.
- [1992] *Nuestro derecho a las drogas*. Anagrama. Barcelona. 2001.
- *The Medicalization of Everyday Life*. Syracuse University Press. Nueva York. 2007.
- Taussig, M. *Shamanism, Colonialism and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*. University of Chicago Press. Chicago. 1987.

- Taylor, S.J. y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós. Barcelona. 2000.
- Tedlock, D. The Spoken Word and the Work of Interpretation. University of Pennsylvania Press. Philadelphia. 1983.
- Tempalski, B.; Friedman, R.; Keem, M., Cooper, H.; Friedman, S.R. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum*. 2007; 38(6):1250–1263.
- Terenius, L. Stereospecific interaction between narcotic analgesics and a synaptic plasma membrane fraction of rat cerebral cortex. *Acta Pharmacol Toxicol*. 1973; 32, 317–320.
- The British Medical Journal. “Dangerous Drugs Regulations. Protest by the British Medical Association”. Supplement Feb 12th, 1921, pp. 37–38.
- Torrens, M.; San, L.; Martinez, A.; Castillo, C.; Domingo-Salvany, A.; Alonso, J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*. 1997; 92(6): 707–716.
- Trotter R.T. Drug use, AIDS, and ethnography: advanced ethnographic research methods exploring the HIV epidemic. NIDA Research Monograph. 1995;157:38–64.
- Trujols, J. e Iraurgi, I. “Políticas basadas en evidencias o evidencias basadas en políticas: El desarrollo de los programas de reducción de daños dirigidos a personas usuarias de drogas por vía parenteral”. En: Laespada, M. T. y Iraurgi, I. (eds.) Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína. Universidad de Deusto. Bilbao. 2009.
- Turner, B.S. El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1989.
- Turner, V.W. [1969]. El proceso ritual. Estructura y antiestructura. Taurus. Madrid. 1988.
- Tyler, S. The Unspeakable. Discourse, Dialogue, and Rhetoric in the Postmodern World. University of Wisconsin Press. Madison. 1987.
- Uchtenhagen, A. “Essais de prescription médicale de stupéfiants”. En: Uchtenhagen, A.; Gutzwiller, F. y Dobler-Mikola, A. (eds.) Rapport de synthèse. Rapport final de mandataires de la recherche. Zurich. 1997.
- Uchtenhagen, A.A. Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction*. 2009; 105:29–37.
- Heroin maintenance treatment: From idea to research to practice. *Drug and Alcohol Review*. 2011; 30(2):130–137.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F.; Dobler-Mikola, A. Programme for a medical prescription of narcotics: Final report of the research representatives. Universidad de Zurich. 1997.
- Uchtenhagen, A.; Dobler-Mikola, A.; Steffen, T.; Gutzwiller, F.; Blattler, R.; Pfeiffer, S. Prescription of Narcotics for Heroin Addicts: Main Results of

- the Swiss National Cohort Study. *Medical Prescription of Narcotics*, vol. 1. Basel: Karger; 1999.
- Urquía, M.; March-Cerdà, J.C.; Romero-Vallecillos, M. Intervención bucodental en pacientes acogidos al Programa de Heroína PSP-PEPSA. 19º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Cádiz, 18–20 de junio de 2009.
- Usó, J.C. *Drogas y cultura de masas. (España 1855–1995)*. Taurus. Madrid. 1996.
- Valle-Inclán, J. y Valle-Inclán, J. (eds.) *Ramón María del Valle-Inclán. Entrevistas, conferencias y cartas. Pre-Textos*. Valencia. 1994.
- Valle-Inclán, R.M. [1912] *La lámpara maravillosa*. Espasa Calpe. Madrid. 1960.
--- [1924]. *Luces de bohemia*. Esperpento. Espasa Calpe. Madrid. 2007.
- valentine, k. *Methadone Maintenance Treatment and Making Up People*. *Sociology*. 2007; 41(3):497–514.
- Valverde, J. *Vivir con la Droga: Experiencia de Intervención sobre pobreza, droga y SIDA*. Pirámide. Madrid. 1996.
- van Dam, T.; van der Gouwe, D.; Linssen, L. *Gratis Heroïne. Medische Verstrekking Vanuit Gebruikersperspectief [Free Heroin. Medical Prescription as Seen by Users]*. De Wijk: Landelijk Steunpunt Druggebruikers. 2002.
- van den Brink, W.; Hendriks, V.M.; Blanken, P.; Huijsman, I.A.; van Ree, J.M. *Prescripción conjunta de heroína. Dos ensayos clínicos aleatorizados*. Comité Central para el Tratamiento de Adictos a la Heroína (CCBH). Utrecht. 2002.
- van den Brink, W.; Hendriks, V.; Blanken, P.; Koeter, M.; van Zwieten, B.; van Ree, J. *Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials*. *BMJ*. 2003; 327(7410):310–315.
- van den Brink, W.; Hendriks, V.; Van Ree, J. *Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands*. *J Drug Issues*. 1999; 29(3):587–608.
- van der Eijk, P. “Les principes, les méthodes et la pratique de la thérapie médicale”. En: Boulhol, P.; Gaide, F.; Loubet, M. (eds.) *Guérisons du corps et de l’âme: approches pluridisciplinaires. Actes du Colloque International organisé du 23 au 25 septembre 2004 par l’UMR 6125 (Textes et Documents de la Méditerranée Antique et Médiévale)*. Centre Paul-Albert Février, MMSH. Publications de l’Université de Provence. Aix-en-Provence. 2006.
- van Gennep, A. [1969]. *Los ritos de paso*. Alianza Editorial. Madrid. 2008.
- Vega, A. “Los medios de comunicación social y las drogas”. En: Arana, X. y Del Olmo, R. (comps.) *Normas y culturas en la construcción de la “Cuestión droga”*. Editorial Hacer. Barcelona. 1996, pp. 153–170.

- Velasco, H. *Cuerpo y espacio. Símbolos y metáforas, representación y expresividad en las culturas*. Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid. 2007.
- Velasco, H. y Díaz de Rada, A. *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Trotta. Madrid. 2006.
- Velasco, H.; Díaz de Rada, A.; Cruces, F.; Fernández, R.; Jiménez, C.; Sánchez, R. *La sonrisa de la institución. Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid. 2006.
- Velho, G. *Nobres y Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Fundação Getulio Vargas Editora. Río de Janeiro. 1998.
- Verthein, U.; Bonorden-Kleij, K.; Degkwitz, P.; Dilg, C.; Köhler, W.K.; Passie, T.; Soyka, M.; Tanger, S.; Vogel, M.; Haasen, C. Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction*. 2008; 103(6):960–966.
- Vitellone, N. The Rush: Needle Fixation or Technical Materialization? *Journal for Cultural Research*. 2003; 7(2):165–177.
- (a) The Syringe as a Prosthetic. *Body & Society*. 2003;9:37–52.
- Habitus and social suffering: Culture, addiction and the syringe. (Special Issue: “Feminism After Bourdieu”). *The Sociological Review*. 2004; 52: 129–147.
- The science of the syringe. *Feminist Theory*. 2011; 12(2):201–207.
- The Syringe is NOT an Object: Harm Reduction, Needle Sharing, and Morality. ARCSHS Seminar. Melbourne. Junio 2012.
- Vontobel, U. “Psycho-Social Assistance in one of the Swiss Heroin Trials”. En: Bammer, G. (ed.) *International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia*. National Centre for Epidemiology and Population Health. The Australian National University. Australian Institute of Criminology. Canberra. 1997, pp.26–29.
- VV.AA. *Medios de comunicación, el problema drogas y la percepción de soluciones*. Revista Comunidad y Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Monográfico nº 14, 1991.
- VV.AA. *De la coerción a la cohesión. Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Nueva York. 2010.
- Wagner, K.D.; Davidson, P.J.; Pollini, R.A.; Strathdee, S.A.; Washburn, R.; Palinkas, L.A. Reconciling incongruous qualitative and quantitative findings in mixed methods research: Exemplars from research with drug using populations. *International Journal of Drug Policy*. 2012; 23(1):54–61.
- Waldorf, D. *Careers in Dope*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs. 1973.

- Wall, R.; Rehm, J.; Fischer, B.; Brands, B.; Gliksman, L.; Stewart, J.; Medved, W.; Blake, J. The social cost of untreated opiate use. *J Urban Health* 2001;77(4):688–722.
- Wasson, R.G. [1980]. El hongo maravilloso Teonanácatl. Micolatría en Mesoamérica. FCE. México DF. 1983.
- Watters, J.K. y Biernacki, P. Targeted Sampling: Options for the Study of Hidden Populations. *Social Problems*. 1989; 36(4):416–430.
- Weinberg, D. On the Embodiment of Addiction. *Body & Society*. 2002; 8(4):1–19.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirtieth report. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1998, pp. 23–24.
- Wiebel, W. “Combining ethnographic and epidemiologic methods in targeted AIDS interventions: The Chicago model”. En: Battjes, R.J. y Pickens, R.W. (eds.) *Needle-Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. NIDA Research Monograph 80, 1988.
- “Identifying and gaining access to hidden populations”. En: Lambert, E. (ed.) *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. National Institute on Drug Abuse. Washington, DC. 1990.
- Wild, T.C.; Roberts, A.B.; Cooper, E.L. Compulsory Substance Abuse Treatment: An Overview of Recent Findings and Issues. *European Addiction Research*. 2002; 2:84–93.
- Wodak, A. Public health and politics: the demise of the ACT heroin trial. Where is the commitment to evidence-based medicine? *Med J Aust*. 1997; 167(7): 348–349.
- Wodak, A.D.; Ritter, A.J.; Watson, C.R. Separating politics and scientific research on heroin prescription. *Med J Aust*. 2002; 176(9):449.
- Wood, E.; Mckinnon, M.; Strang, R.; Kendall, P. Improving community health and safety in Canada through evidence-based policies on illegal drugs. *Open Medicine, North America*. 2012; 6(1). Disponible en: <http://www.openmedicine.ca/article/view/501/455>. Visitado el 28/02/2013.
- Wood, E.; Montaner, J.S.; Kerr, T. Illicit drug addiction, infectious disease spread, and the need for an evidence-based response. *The Lancet Infectious Diseases*. 2008; 8(3): 142–143.
- Wood, E.; Werb, D.; Kazatchkine, M.; Kerr, T.; Hankins, C.; Gorna, R.; Nutt, D.; Des Jarlais, D.; Barré-Sinoussi, F.; Montaner, J. Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *The Lancet*. 2010; 376(9738):310–312.
- World Health Organisation. Harm reduction approaches to injecting drug use. 2003. <http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction>.
- Yates, K. Objects-in-use, thing-power materialism, and prosthetic identity. Cultural Studies Association of Australasia Annual Conference (CSAAO). 04-06/12/2012. Abstract disponible en: <https://docs.google.com/viewer?>

url=http%3A%2F%2Fwww.csaa2012.org%2Fdraftprogramme.pdf.
Visitado el 18/06/2013.

- Young, A. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*. Princeton University Press. Princeton. 1995.
- Young, J. "Deviance and Drugs: Absolutism, Relativism and Realism". En: Worsley, P. (ed.) *The New Introductory Sociology*. Penguin. Londres. 1988.
- Young, R. *From War to Work: Drugs Treatment, Social Inclusion and Enterprise*. The Foreign Policy Centre. Londres. 2002.
- Yvarel, J.-J. *Les Poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIX^e siècle*. Quai Voltaire. Paris. 1991.
- Zamora, A. Prólogo de: Valle-Inclán, R. *Luces de Bohemia*. Esperpento. Espasa Calpe. Madrid. 2007.
- Zavala, I.M. "Modernity, Heterochronity of Gender and Libidinal Economy: A Dialogic Reading". En: Maier, C. y Salper, R.L. (eds.) *Ramón María del Valle Inclán: Questions of Gender*. Buknell University Press. Lewisburg. 1994.
- *La musa funambulesca de Valle-Inclán. Poética de la carnavalización*. Editorial Orígenes. Madrid. 1990.
- Zinberg, N.E. *Drug, Set and Setting, the Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press. New Haven y Londres. 1984.
- Zino, J. *El drogodependent empresonat a la Model de Barcelona, narratives de la identitat fragmentada i expectatives de futur*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. Barcelona. 2006.
- Zola, I.K. *Medicine as an institution of social control*. *Sociological Review*. 1972; 20:487-504.
- Zunzunegui, M.V. y Equipo PEPSA. ¿Es la prescripción médica de la heroína una opción de tratamiento para la adicción a la heroína? *Med Clin*. 1999; 113(6): 219-221.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

«UN ALEPH EN EL CALLEJÓN DEL GATO. ESPACIO, CUERPO Y RITUAL: UNA ANTROPOLOGÍA DE LOS TRATAMIENTOS DE HEROÍNA
PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN LA BIOPOLÍTICA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS».

Paloma Massó Guijarro

Dipòsit Legal: T 147-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

«UN ALEPH EN EL CALLEJÓN DEL GATO. ESPACIO, CUERPO Y RITUAL: UNA ANTROPOLOGÍA DE LOS TRATAMIENTOS DE HEROÍNA
PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN LA BIOPOLÍTICA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS».

Paloma Massó Guijarro

Dipòsit Legal: T 147-2015