



## "EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN. UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

**Antoni Llord Suàrez**

**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.

## **TESIS DOCTORAL**

Antoni Llorca Suárez

**“El pájaro está en el nido”**

**Cocaína, cultura y salud:**

**Más allá del modelo de adicción**

**Una etnografía del consumo de cocaína en Reus**



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez

Antoni Llorca Suárez

**“El pájaro está en el nido”**

**Cocaína, cultura y salud:**

**Más allá del modelo de adicción**

**Una etnografía del consumo de cocaína en Reus**

**TESIS DOCTORAL**

Dirigida por el Dr. Oriol Romaní Alfonso

Tarragona, 2016



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado **"El Pájaro está en el nido"** **Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción. Una etnografía sobre el uso de la cocaína en Reus**", que presenta Antoni Llorca Suárez para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departament d' Antropologia, Filosofia i Treball Social de esta universidad.

Tarragona, a 20 de enero de 2016

A handwritten signature in blue ink, reading "Oriol Romani Alfonso".

Dr. Oriol Romani Alfonso  
Director de la tesis doctoral

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez

*Agradecimientos:*

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

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

*A mis amig@s y compañer@s de batallas por facilitarme el trabajo de campo y compartir los momentos culturales más interesantes.*

*A tod@s l@s informantes que han hecho posible esta etnografía.*

*A tod@s mis compañer@s de trabajo y sobre todo a Tre por facilitarme siempre el aprendizaje y la motivación.*

*A Oriol, por la confianza depositada y a todos los miembros del DAFITS por tantos años de aprendizaje. Finalmente a GRUP IGIA, ARSU, ARSUFESTA y EPISTEME.*

*GRACIAS.*



*“Asimismo vemos volar el mismo pájaro a pesar de nuestras diferentes posiciones en el espacio, de nuestras diferencias de sexo, de edad y del hecho de que mientras usted tiene intención de cazarlo, yo sólo quiero admirarlo”.* A. SCHUTZ: *Collected papers*, 1962:316

## ÍNDICE

<b>Notas del autor sobre la elección del tema (I), (II).....</b>	<b>p.13</b>
<b>1. ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y CONSUMO DE DROGAS.....</b>	<b>p.19</b>
<b>1.1    Concepciones críticas sobre el concepto y           surgimiento del Modelo Médico Hegemónico .....</b>	<b>p.20</b>
<b>1.2    Abordaje teórico desde la Antropología Médica.....</b>	<b>p.22</b>
<b>1.3    Autoatención y automedicación: perspectivas           desde la antropología médica para comprender           el consumo de drogas.....</b>	<b>p.27</b>
<b>1.4    La construcción sociocultural del concepto           de adicción como enfermedad.....</b>	<b>p.33</b>
<b>1.5    Propuestas desde la fenomenología y la           significación de la experiencia vivida como objeto de estudio.....</b>	<b>p.36</b>
<b>2. ETNOGRAFÍA Y CONSUMO DE DROGAS.....</b>	<b>p.41</b>
<b>2.1.    Etnografía y consumo de drogas en España.....</b>	<b>p.56</b>
<b>2.2.    Los años 90 y los estudios sobre la cocaína.....</b>	<b>p.59</b>

<b>3. EL PARADIGMA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS.....</b>	<b>p.67</b>
3.1. <b>Introducción. Del riesgo y la vulnerabilidad.....</b>	<b>p.68</b>
3.2. <b>Los inicios del paradigma de reducción de daños y riesgos.....</b>	<b>p.75</b>
3.3. <b>Principios básicos de la reducción de daños y riesgos.....</b>	<b>p.79</b>
3.4. <b>Antecedentes y aportaciones del movimiento</b> <b>social de consumidores.....</b>	<b>p.84</b>
<b>4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....</b>	<b>p.97</b>
4.1. <b>Objetivos.....</b>	<b>p.97</b>
4.2. <b>Introducción y nota del autor sobre el trabajo de campo.....</b>	<b>p.98</b>
4.3. <b>Método etnográfico.....</b>	<b>p.109</b>
4.4. <b>El trabajo de campo. Presentación de los informantes.....</b>	<b>p.121</b>
4.5. <b>El trabajo de campo y el encuentro con los informantes.....</b>	<b>p.142</b>
<b>5. LA GESTIÓN COTIDIANA DE LA COCAÍNA: TÉCNICAS, USOS, EFECTOS,</b> <b>PERCEPCIONES, RELACIONES, MERCADO Y CONTROLES. ANÁLISIS</b> <b>PRELIMINARES.....</b>	<b>p.149</b>
5.1. <b>La transición entre diferentes vías de consumo.....</b>	<b>p.149</b>
5.2. <b>La inyección de cocaína y el miedo de los años 80.....</b>	<b>p.157</b>
5.3. <b>La cocina de la cocaína: Amoniaco o Bicarbonato.....</b>	<b>p.172</b>
5.4. <b>¿Crack o Vasuco?.....</b>	<b>p.174</b>

5.5.	El crack en España.....	p.176
5.6.	Efectos de la cocaína base.....	p.183
5.7.	Cocaína en polvo.....	p.189
5.8.	La máquina de la verdad.....	p.196
5.9.	Una cuestión de ¿género?.....	p.208
5.10.	Cocaína, erotismo y sexo.....	p.216
5.11.	El “potlacht” blanco, el consumo como ritual.....	p.220
5.12.	Iniciación.....	p.228
5.13.	La búsqueda de los efectos deseados, la disponibilidad y la accesibilidad.....	p.233
5.14.	Control-descontrol. Las prácticas de regulación y autorregulación grupal.....	p.240
5.15.	La in-corporación del discurso de la adicción como enfermedad.....	p.251
6.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	p.263
6.1.	“Dime dónde consumes y te diré quién eres.....	p.263
6.2.	Efectividad versus riesgo.....	p.270
6.3.	¿Todo es cuestión de química?.....	p.273
6.4.	La normalización del consumo.....	p.275
6.5.	Propuestas desde un modelo de Salud Colectiva.....	p.281
	BIBLIOGRAFÍA.....	p.287

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez

*Notas del autor sobre la elección del tema (I)*

*La primera vez que vi un arbusto de coca - y la única hasta el momento - fue en el verano de 2010. Aprendí dos cosas sobre ella que nunca antes había imaginado: la primera es que había coca en el Amazonas colombiano, y la segunda es que se consumía en forma de polvo verde, el cual se almacenaba en pequeños botes de plástico -en cuyo pasado hubo medicamentos - y se llevaba a la boca con una cuchara sopera metálica, rota y sin mango.*

*Llegué a Colombia para participar en un seminario sobre estrategias de mitigación de los daños relacionados con el uso de la heroína al mismo tiempo que pretendía, una vez terminado el simposio, emprender mi primera expedición de antropología visual. Mi idea consistía en montar una productora audiovisual con el objetivo de producir material etnográfico, recorrer el país con la compañía de unos biólogos colombianos que había conocido en Barcelona y, por último, participar en una expedición en busca de diferentes especies de mariposas y su hábitat. Evidentemente, las mariposas no me servían de mucho para lograr mis objetivos, pero sí - y mucho - la oportunidad de conocer grupos étnicos indígenas con los cuales nunca antes había establecido contacto; hablo de los arhuacos, los kogis, y los uitotos.*

*Desgraciadamente, el esfuerzo de inversión económica en el material audiovisual, así como los costes del viaje y del alojamiento, no sirvieron de nada, pues el equipo de expedición entró en crisis debido tanto a la mala planificación de la misma por parte del equipo colombiano como a las diferencias de intereses que reinaban en el grupo, y se disolvió. Además, yo tuve que regresar a casa antes que el resto de mis compañeros y nunca pude recuperar el equipo audiovisual; solamente conseguí obtener —con mucho esfuerzo y no pocos problemas— parte del material filmado: se trata de unas grabaciones que realicé en el último tramo de la expedición, cuando tuve la oportunidad de filmar la elaboración del polvo de hoja de coca, el mambe, en el sur de Colombia, en un resguardo indígena llamado Tikuna-Uitoto, cerca de la localidad de Leticia, en el Amazonas colombiano, frontera con Brasil y Perú.*

*La oportunidad surgió justo cuando más deteriorado estaba nuestro equipo de expedición, pues las relaciones entre nosotros estaban ya muy tensas y las condiciones de humedad extrema, el calor sofocante, la falta de agua y comida y la abundancia de insectos endurecieron la situación. Así fue como, en este contexto tan hostil, convivimos 12 días con una familia uitoto y pude sacar suficientes imágenes para grabar un pequeño vídeo para etnografiar la elaboración del mambe<sup>1</sup>.*

*Esta primera experiencia fue tan frustrante como reveladora, pues me ayudó a entender no sólo las complejidades del trabajo de campo, sino también las del trabajo en equipo, y me sirvió para empezar a trazar una intuida línea hacia el contenido de mi trabajo de tesis doctoral, pues a partir de ahí supe que, de una manera u otra, estaría relacionado con los derivados de la planta de la coca.*



Cuenco con hojas de coca tostadas y molidas a punto de ser mezcladas con cenizas de hojas de Yarumo para facilitar la extracción de sus alcaloides psicoactivos.



Uitotos, recolectando hojas de coca

---

<sup>1</sup> <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pla-daccions-sobre-drogues-de-reus/> (video 1)

## *Notas del autor sobre la elección del tema (II)*

*Reus, 29 de octubre de 2011.*

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

*La ambulancia llegó pronto y nos trasladó sin demora a urgencias del Hospital de Reus. Allí le realizaron pruebas, TACs, radiografías... El tiempo pasó lento y condensado hasta que, por fin, una doctora me comunicó que lo que había sufrido mi hermano era, sin lugar a dudas, un ataque epiléptico, aseveración anormal en su caso por no tener antecedentes, de modo que rápidamente preguntó si había consumido drogas, a lo que mi hermano respondió: «sólo alcohol y porros», así que la doctora se marchó, diciéndonos que volvería más tarde con los resultados del TAC y de una radiografía que le habían realizado para detectar posibles fracturas o lesiones. Aproximadamente una hora después, la doctora volvió a entrar en el box, pero esta vez se leía un enfado declarado en sus facciones, pues en las analíticas de sangre delataban presencia de cocaína. La bronca fue tan grande como inesperada, impropia del ambiente de un box de urgencias. La doctora acusó de mentiroso a mi hermano por no haber reconocido el consumo de esa sustancia y le espetó que «les había hecho perder el tiempo a los médicos sólo porque a él le daba la gana de tomar cocaína, ¡y que encima no lo reconocía!». Él confesó que sí la*



*había tomado unos días antes, pero que no le pareció significativo en relación a lo acontecido.*

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

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

*empezó a bailar como siempre solía hacer para hacer reír a los demás cuando una situación incómoda acontecía, y dijo algo así como «bueno, ya me lo pensaba, no te preocupes». Pero a mí me quedaba todavía lo más difícil: llamar a mi padre y contarle todo lo ocurrido.*

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

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

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

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez

## 1. ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y CONSUMO DE DROGAS

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

Al mismo tiempo, se pretende ofrecer un paradigma explicativo de las distintas formas en que las sociedades humanas resuelven los procesos de salud, enfermedad, atención-prevención, (atendiendo especialmente el consumo de sustancias psicoactivas). En consecuencia, el sistema de atención a la salud biomédico, alopático u occidental, será considerado como un objeto de estudio más para la antropología. Otra cosa es que desde occidente y desde instancias etnocéntricas podamos pensar erróneamente que ésta mantiene un estatus de legitimada superioridad o exclusividad respecto a otras formas de atención como la tradicional, la profesional (medicina china, ayurvédica, islámica, amazónica...) o de autoatención, como veremos más adelante. Evidentemente desde un punto de vista histórico-cultural esto no es así.

La enfermedad y su atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad: expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico, sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (Menéndez, 2005:10). Obviamente, podemos trasladar este concepto al fenómeno social del uso de sustancias psicoactivas. La manera en que los individuos, grupos sociales y sociedades las consumen y experimentan

sus efectos y consecuencias, sean legales o no, expresan también las condiciones socioestructurales en las que están contextualizadas.

### **1.1. Concepciones críticas sobre el concepto y surgimiento del Modelo Médico Hegemónico**

Desde posiciones críticas marxistas y gramscianas, autores como Menéndez definen el modelo de medicina occidental en términos de relaciones de poder denominándolo Modelo Médico Hegemónico o Biomédico, perspectiva que va a fundamentar la tesis que en este texto se defiende. Debemos tener en cuenta que el saber médico, tal y como lo conocemos, se desarrolló dentro de tres instituciones básicas durante los siglos XIX y XX; la universidad, el consultorio privado y el hospital público, expresándose en todas ellas las condiciones de dominación y subalternidad entre estamentos sociales en cada sociedad. Sabemos que los médicos fueron aprendiendo algunas de las principales prácticas de su profesión en los hospitales a través de ejercicios terapéuticos aplicados sobre todo a pacientes de estratos bajos (Menéndez 2005:22). El modelo médico instituido durante el siglo XIX en países europeos y americanos no es sólo un producto del desarrollo científico y profesional de la biomedicina, ya que sobre todo en la política de su institucionalización y en la legitimación cultural de la misma intervienen sectores sociales hegemónicos.

El proyecto de Modelo Biomédico en Europa, de sustrato hipocrático-galénico, se forma a partir de la evolución de anteriores modelos estructurados de atención a la salud: uno es el del Antiguo Régimen, caracterizado por el desarrollo de un complejo sistema de atención benéfica al enfermo, al pobre y al necesitado<sup>2</sup>, de carácter providencial y basado en la solidaridad de la comunidad y los conocimientos tradicionales; y otro modelo es el denominado Modelo Clásico, vinculado a la caída del viejo Régimen y al desarrollo de los estados modernos que «no definirán la salud como un objeto político hasta finales del siglo XVII. Este modelo va a requerir por primera vez de peritos, cuyos saberes deberán emanar del conocimiento empírico, sistemático y

---

<sup>2</sup> Ver: Juan Luis Vives (2007) y Francesc Eiximenis (2009), "El Socorro de los pobres/La comunicación de bienes y Regimient de la cosa Pública, respectivamente.

contrastable, individualizando la enfermedad y la muerte mediante criterios técnicos y racionales de diagnóstico totalmente opuestos a los saberes tradicionales» (Comelles, 1992:143).

El modelo médico es fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y, a finales del siglo XIX, abandonó el discurso político social sobre la salud y la enfermedad (Rosen 1974; Menéndez 1978). En Francia, Gran Bretaña y Alemania, y algo más tarde en Estados Unidos, su hegemonía reforzó el proceso de medicalización (Foucault 1974); esto es, la penetración de la mirada o perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares (Comelles y Martínez Hernández, 1993:7-8).

Este fue un proyecto desarrollado entorno a la medicalización de las familias y de la infancia, la importancia de la higiene en el diseño de las políticas públicas (higienismo), la definición de un nuevo modelo de hospital y el control y clasificación de los medicamentos. Estos cuatro fundamentos «conducirán a sentar las bases de un pacto entre el Estado, los médicos y los farmacéuticos, quienes adquirirán un gran poder y control sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad de la población a cambio de legitimar científicamente la política del Estado» (Comelles, 1992:143-144). Lenta y progresivamente el modelo de medicina clásico, debido a las tecnificación y especialización de los instrumentos (diagnóstico, tratamiento) y de sus profesionales y el desarrollo del capitalismo, dará paso al modelo actual de biomedicina o medicina moderna:

Este proyecto de desarrollo corporativo de la medicina moderna partía sin embargo de una posición muy marginal (XVII, XVIII) con muy pocos profesionales e instituciones. Este monopolio corporativo era un proyecto muy a largo plazo y en cierta medida utópico, pues tras 200 años, sólo 1 de cada 10 problemas son tratados por los médicos. El proceso de automedicación se ha engendrado de tal propósito (desviadamente) con medicamentos lícitos e ilícitos y el de las sustancias a las que se les ha

desmedicalizado como el alcohol, el tabaco o el café<sup>3</sup>" (Comelles, 1992:142).

Gordon (1988), Menéndez (1981), Seppilli (1996), Kirmayer (1988), citados en Martínez Hernández (2008:44), apuntan la siguiente caracterización etno-epistemológica del modelo de construcción de conocimiento de la biomedicina, en la cual existe una dicotomía mente/cuerpo; autonomía de la biología de la conciencia humana; atomismo anatómico; independencia de lo natural frente a lo social; individualismo epistemológico; biologicismo; mecanicismo; mercantilismo; a-socialidad, a-historicidad y eficacia pragmática.

Esta disección del modelo de conocimiento biomédico permite establecer a partir de un juego de oposiciones los fundamentos teóricos de la antropología médica:

Visión cultural y social de la enfermedad, sensibilidad de la visión histórica, independencia del mundo social con respecto a la realidad natural, análisis particularista de las enfermedades, noción de multicausalidad etiológica, sospecha de las vinculaciones entre normalidad biológica y normatividad social y negación de la neutralidad de la teoría y práctica biomédicas, entre otros principios posibles. (*Ibídem*).

## 1.2. Abordaje teórico desde la antropología médica

Arthur Kleinman (1978), uno de los primeros antropólogos médicos, estableció la teoría de los llamados **sistemas de atención a la salud** interpretando los diferentes sistemas médicos como sistemas culturales, inspirándose en la teoría de sistema cultural de Clifford Geertz, quien propone que los sistemas religiosos, ideológicos, artísticos, de parentesco, etc. de cualquier sociedad están gobernados por estructuras culturales, y éstas

---

<sup>3</sup> Podríamos añadir aquí también la cocaína, la heroína o el cannabis.

organizadas por símbolos significativos, que condensan las creencias, valores y emociones de los diferentes grupos humanos. Para Kleinman (1978:86) la mayoría de sistemas de salud se configuran en tres sectores o áreas sociales: (1) Popular: contexto familiar, redes sociales y la comunidad; (2) Profesional: cientifismo profesional (medicina occidental, ayurvédica, china...) y (3) Folk: especialistas no profesionales. La estructura interna de cada área o sector se estructura a partir de sus respectivas creencias sobre la salud y la enfermedad, las distintas opciones y decisiones que se toman al respecto, los distintos roles adoptados desde la enfermedad o los distintos actores e instituciones que intervienen, el contexto en que ocurren y sus interacciones.

El antropólogo Horacio Fabrega<sup>4</sup> realizó en 1972 una de las aportaciones teóricas en relación a la noción de enfermedad que luego Kleinman desarrolló para establecer su teoría de sistemas de atención a la salud:

*Disease*, que podríamos traducir por patología, hace referencia según Fabrega a aquellas disfunciones y desequilibrios biológicos valorados desde los criterios de la medicina occidental (1972:213). Por otro lado, *illness*, que podríamos traducir por aflicción o malestar, designan la dimensión folk y cultural de la enfermedad y alude a criterios de tipo social y psicológico (1972:213). Obsérvese la manera tan evidente de segmentar biomedicina de cultura (Martínez Hernández, 2008:36).

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

---

<sup>4</sup>En 1970 se publicaron en el *Annual Review of Anthropology* los artículos de Horacio Fabrega y Colson Selby conmemorando los 50 años de la publicación de RIVERS, W. H: *Medicina, Magia y Religión*, 1924. Puede considerarse uno de los hitos del comienzo de la antropología médica tal y como la conocemos hoy (Young 1982, Singer y Baer 2011). Destacar la reedición de la obra de Rivers traducción catalana, *Medicina, màgia i religió por el Servei de Publicacions de la URV*.



En este sentido, Kleinman (1978) resignificará los conceptos de *disease* e *illness* que Fabrega presentó como objetos o entidades observables y estáticas conceptualmente. Para Kleinman, *disease* e *illness* no son entidades derivadas de la observación empírica, sino diferentes maneras de explicar la enfermedad, diferentes construcciones sociales de la realidad, reusando las nociones de objeto y entidad de la propuesta de Fabrega. De ahí surge la idea de los *Explanatory Models* (modelos explicativos) o formas discursivas para explicar un mismo fenómeno. En cada sector o área social del sistema de atención a la salud los diferentes modelos explicativos pueden emanar de médicos, pacientes o la familia para explicar cada episodio particular de enfermedad o fenómenos relacionados con la salud. Los modelos explicativos contienen argumentos y descripciones de cualquier de los siguientes temas, o de todos ellos: etiología de la enfermedad, inicio de los síntomas, patología física, curso de la enfermedad y tratamiento.

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

Es lo que Kleinman (1995) citado en Martínez Hernández (2008) llamará *mundo moral local*, esto es, pensar la enfermedad como un texto o narrativa desde el punto de vista del afectado, ver la enfermedad como un símbolo incluyendo también la experiencia intersubjetiva. Los máximos exponentes de este paradigma llamado hermenéutico o interpretativo son Byron Good y Kleinman, quienes llamaron a este enfoque *meaning-centered approach* o aproximación centrada en el significado (*ibídem*). Así como Kleinman se inspiró en la teoría de sistema de símbolos de Geertz, Good, tomará de Víctor Turner la idea de símbolos rituales dominantes para establecer su teoría de las redes

semánticas de enfermedad, *semantic illness network* (Comelles y Martínez Hernández, 1993). El mismo Good puntualiza que «la sensación de que la enfermedad en sí misma es un ámbito cultural es fuertemente antiintuitiva» (2003:22) ya que el concepto de enfermedad responde básicamente a nociones biológicas. Desnaturalizar la enfermedad y considerarla algo cultural plantea uno de los retos principales de la antropología médica.

Para otros antropólogos como Allan Young (1982) no sólo es importante investigar las discursivas de la enfermedad, sino también la dimensión social donde todas estas significaciones cobran realidad, profundizar en los procesos de socialización en donde aparecen *illness* y *disease*, permitiéndonos adentrar en otro concepto, *sickness* o las dimensiones sociales de la enfermedad. Según Martínez Hernández (2008), Young critica el enfoque de Good y Kleinman por asemejarse demasiado al modelo biomédico en su enfoque y aproximación metodológica al objeto de estudio. El modelo de Young profundiza más en los aspectos o dimensiones sociales de la enfermedad y se conoce como *Clinically Applied Model* o Antropología Aplicada a la Clínica.

Otros autores como Merryl Singer o Hans Baer defienden otro tipo de modelo o corriente que se caracteriza por enfatizar en los aspectos económico-políticos que influyen en la enfermedad y la atención médica, inspirándose en las corrientes marxistas y neomarxistas que fijarán su atención en el impacto de las desigualdades sociales y económicas en la salud de la población. Este modelo será el llamado *Critical Medical Anthropology* o Antropología Médica Crítica.

Esta comprensión crítica implica prestar atención a los llamados vínculos verticales que conectan el grupo social con una visión más amplia que tiene en consideración las condiciones materiales, políticas y estructurales a nivel regional, nacional y global que configuran los patrones de comportamiento humano, creencias, actitudes y emociones (Singer y Baer 1995 en Singer y Baer 2011:49).

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

Los antropólogos médicos críticos argumentan que la experiencia y la «agencia», es decir, la toma de decisiones individuales, de grupo y la acción, son «construidos y reconstruidos en el terreno de la acción entre las categorías socialmente constituidas del significado y las fuerzas político-económicas que configuran el contexto y la textura de la vida cotidiana» (Baer et al., 2003: 44 en Singer y Baer, 2011:50). En otras palabras, las personas desarrollan su propio entendimiento y crean respuestas individuales y colectivas a las enfermedades y a otras amenazas de su bienestar, pero lo hacen en un mundo que no es de su propia creación, un mundo en el que la desigualdad de acceso a la salud, los medios de comunicación, los recursos productivos y los estatus sociales valorados juegan un papel importante en sus opciones diarias. En esta línea podemos inscribir el consumo de drogas ilegales, que estará fuertemente influenciado por la estructura de poder creada por las políticas prohibicionistas (Martínez Oró, 2014).

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

### **1.3. Autoatención y automedicación: perspectivas desde la Antropología Médica para comprender el consumo de drogas**

En ningún momento a lo largo de este trabajo voy a considerar el consumo de cocaína per se cómo una enfermedad o comportamiento desviado-patológico, sino como una biotecnología o «práctica del sí», traducción aproximada de *practices of the self*<sup>5</sup>, de Foucault (1985:10-11) en Duff (2004). Esta conceptualización se inscribe en diferentes contextos y estructuras sociales para dar respuesta a cuestiones físicas, psicológicas y socio-culturales relacionadas con el uso de drogas (ilegales y legales), y éstas dentro de la categoría analítica de salud, enfermedad y atención-prevención como un proceso de autoatención y más concretamente dentro de los procesos de automedicación.

Las diferentes formas de atención a la enfermedad, que son muchas y muy variadas (pluralismo médico), utilizan diversas técnicas de diagnóstico, detección y tratamiento que, a su vez, están relacionadas con distintas características religiosas, étnicas, económico-políticas, técnicas y científicas, configurando así diferentes formas de atención que, a menudo, no se manifiestan aisladamente, sino que se solapan unas con las otras. La biomedicina y otras medicinas profesionales se caracterizan por considerar subalternas la mayoría de estas formas diferenciales, sobre todo y especialmente las actividades denominadas como autoatención, configurando una visión antagónica y excluyente entre estas formas de atención (Menéndez, 1981, 1990<sup>a</sup> en Menéndez (2005:34-35). Se desprende de aquí que el uso de toda sustancia —en cualesquiera de sus múltiples facetas— fuera de la legalidad o del control médico farmacéutico se considerará un uso desviado, patológico o, como veremos a continuación, un saber o práctica a modificar.

Según Haro (2000:103), consideramos autoatención, cuidados legos o *health lay care* a una dimensión estructural que se da en todas las sociedades y que se materializa en actividades que «abarcen una amplia gama de matices

---

<sup>5</sup>En la versión traducida al castellano Foucault (2009:9) también hace referencia a “artes de existencia” para referirse al mismo concepto.

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

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

De este modo podemos introducir la noción de carrera o trayectoria del enfermo, proceso asistencial o itinerarios terapéuticos (Comelles, 1997), siendo de gran utilidad para distinguir entre los diferentes procesos asistenciales que pueden darse aisladamente o simultáneamente en la atención individualizada, en la familiar o en la de grupo doméstico, en el seno de las redes sociales de atención o en los dispositivos asistenciales profesionalizados. Esta categorización permite visibilizar lo estructural de la autoatención y la complementariedad entre sistemas. Los procesos asistenciales son itinerarios nacidos en complejos asistenciales y contruidos a partir de recursos intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los

microgrupos implicados en una enfermedad. La noción de proceso asistencial remite a un hecho universal: el que en todas las sociedades es posible distinguir prácticas de gestión de la crisis, y al hecho constatable según el cual su observación empírica pone de manifiesto su extrema variabilidad cultural y su condición de particularismo cultural (ibídem).

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

Los procesos de automedicación deben inscribirse en el contexto de la autoatención en salud «precisamente porque también es otro elemento estructural, universal, del comportamiento humano» (Romaní, 2004:54). El mismo autor define la automedicación como: «tratamiento autónomo a base de emplastos, yerbas, brebajes y medicinas de distintos tipos (entre los cuales están los fármacos), que encontramos también en cualquier sociedad. Así que nos referimos a algo más amplio que el fenómeno contemporáneo de la automedicación con sustancias industriales». En este sentido, tomar drogas para conseguir un determinado estado de ánimo e interaccionar en contextos grupales o aislados podrá considerarse, también, una práctica de autoatención. De hecho, de entre todas las personas que usan drogas ilícitas, se cree que sólo una pequeña proporción encaja y usa los servicios de tratamiento (Treloar y Holt, 2006) principalmente por saber de antemano que sus prácticas relacionadas con sustancias ilícitas va a ser desaprobada. Esto no ocurre del mismo modo en los programas de reducción de daños y riesgos, como veremos en el capítulo dedicado a esta filosofía de trabajo, debido a que uno

de sus pilares teóricos fundamentales es la aceptación del consumo de sustancias ilícitas por la población, reconociendo así su capacidad de autorregulación.

El uso y el consumo de drogas y medicamentos no pueden ser entendidos como dos fenómenos distintos desde el punto de vista de su historia cultural, ya que desde hace dos siglos se conocen como proceso de automedicación en la denominada *drug oriented society* (Comelles, 1992:139), donde corporaciones profesionales (médicos y farmacéuticos) y la expansión del medicamento (proceso de medicalización) juegan un papel decisivo y legitimador en el desarrollo del Estado Moderno (Romaní y Comelles, 1999).

El control realizado por los poderes públicos se ha encaminado siempre a garantizar la capacitación de quienes aspiraban a ejercer el arte o la profesión de boticario, o cualquier otra actividad relacionada con la enfermedad, en beneficio de la salud pública. (...) Esta licencia, título o privilegio, podía obtenerse por dos vías. La primera era la concedida por los gremios o colegios, los cuales tenían delegadas funciones por los poderes públicos, a cambio de la obtención de privilegios colegiales de carácter general para asegurar el correcto ejercicio del arte. La segunda vía era el sometimiento del aspirante a exámenes realizados por el protomédico o sus delegados representantes de los poderes reales. (...) Es conocido el peso del Colegio de Boticarios de Barcelona, nacido en 1445. La unión entre sus componentes, de carácter gremial, era muy consistente. Encajado fuertemente éste en el contexto municipal, individuos del estamento de los boticarios formaban parte del gobierno de la ciudad, desempeñando cargos en el Consell de Cent, siendo su influencia mayor o menor según el momento político-económico. Bajo estas condiciones, el Colegio se mantendría arropado por sus colegiados hasta finales del siglo XVIII, cuando se desintegró la estructura gremial (Jordi i González, 2003:14-15).

En una primera fase, el uso de medicamentos no prescritos —fueran ilegales o no lo fueran— desplazó a los remedios caseros o medicinas folk convirtiéndose, después, en una práctica hegemónica al margen del control de los profesionales y del Estado. Ambos han pretendido limitar su difusión controlándolos mediante su criminalización o imponiendo la prescripción médica y la dispensación farmacéutica, pero estos esfuerzos no han impedido en ningún momento el proceso de automedicación (Comelles, 1992).

El desarrollo del mercado farmacéutico del siglo XIX se basó en el tratamiento sintomático del dolor y la debilidad. Su función era terminar con el sistema social de protección del Antiguo Régimen que se basaba en un modelo de solidaridad social en el grupo doméstico o en instituciones comunales. Una vez rota esta solidaridad, el proletariado urbano encontró algo peor que la enfermedad o el accidente: la posibilidad de perder el empleo. Para soportar la larga jornada y las duras condiciones de trabajo una solución fácil consistía en tomar sedativos o estimulantes obtenidos en la taberna o en la botica. Este uso lejos de percibirse como una forma de desintegración social, representó un instrumento de integración en un contexto donde aún no existía ninguna forma institucional de asistencia (Romaní y Comelles, 1999:13).

A principios del siglo XIX en España se registra la presión del medicamento tipificado o fabricado en serie, con sus secuelas de intrusismo, ilegales y comercializadoras. Aun así, durante muchos años en las oficinas de farmacia se seguirán elaborando fórmulas magistrales sujetas a prescripción médica, observándose, al mismo tiempo, un incremento de la automedicación, consecuencia de la publicidad (Jordi i González, 2003:19).

Hasta principios del siglo XX, el consumo de sustancias psicoactivas como la cocaína formaban parte del arsenal psicoactivo presente y disponible para la población en farmacias y otros establecimientos.



La legislación española permitía que a principios del siglo XX los anaqueles de las farmacias y droguerías estuvieran bien surtidos de drogas, así como de una copiosa gama de remedios secretos, específicos o medicamentos, algunos de cuyos componentes —y en porcentajes nada despreciables— eran poderosas sustancias psicoactivas. Todo ello se encontraba al libre acceso de los usuarios que, en la práctica, aún no estaban sujetos al requisito de poseer una receta (Usó, 1996:28).

El surgimiento del problema de las drogas, basado en la prohibición de consumo y venta de algunos productos, tuvo lugar en un contexto complejo caracterizado por el desarrollo de las sociedades industriales, las migraciones relacionadas con él, la progresiva individualización y secularización de la sociedad y la necesidad de desarrollar por parte del Estado mecanismos de control que se adaptasen a los nuevos tiempos. Todo esto ocurrió para poder gestionar el nuevo mosaico social que se estaba configurando a razón de los cambios económicos, tecnológicos, políticos y poblacionales.

Algunas prácticas como la automedicación y el consumo sanitario no sólo se relacionan con la dificultad de acceso a los médicos profesionales, sino que son fomentadas por la dinámica propia de la industria sanitaria, ante la insuficiencia del Estado y la profesión médica para cubrir el espectro de necesidades de una población que ha sido intensamente medicalizada a través de los medios de comunicación. Parte importante de este proceso deriva de los avatares de la vida moderna con su ideología de alivio y gratificación inmediatas, con la anomia y alienación que se desprenden de la pérdida de sentido y del desenraizamiento de las culturas de origen y que se manifiesta en altos índices de consumo de psicofármacos y también en muchos otros aspectos, como el alcoholismo, el abuso de drogas y la violencia (Haro, 2000:145).

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

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas para formular definiciones y clasificaciones apropiadas para lo que conocemos como adicción, no se ha conseguido llegar a un nivel de consenso suficiente. **«El concepto de adicción se presenta generalmente como un comportamiento individual aislado. Además, esta conceptualización no reconoce el impacto de los «conceptos culturales básicos de motivación y de comportamiento» que varían según las culturas y que afectan al comportamiento del consumo de drogas»** (Peele, 1985; 1987).

Peele (2010) arguye que, a pesar de que Charles O'Brien —líder del grupo para los trastornos relacionados con las sustancias para el nuevo DSM-V—, es un gran defensor de la noción de la adicción como enfermedad, nada de lo propuesto en el DSM-V apoya la idea de que tal síndrome se pueda explicar mejor si se entiende como una enfermedad crónica del cerebro. **El retorno al uso de la terminología «adicción» y «trastornos adictivos», reemplazando la de «dependencia» para referirse a los problemas relacionados con las sustancias, apela inmediatamente al clásico modelo bioquímico de la adicción, el cual fue aplicado a la heroína y a otros derivados y, después, se expandió al ser aplicado también a la cocaína y a la marihuana (se introduce el síndrome de abstinencia al cannabis no existente en el DSM-IV).** Estas sustancias tienen un perfil químico y farmacológico totalmente distinto. «Categorizar la realidad clínica, la de los trastornos mentales y del comportamiento, no es tarea fácil. Más difícil aún lo es en un trastorno con tan alta carga social (ej., disponibilidad y precio de la sustancia, alto nivel de prevalencia) y psicológica (ej., expectativas, percepción de riesgo de cada sustancia, procesos de aprendizaje). Sin negar el claro peso biológico de este trastorno, una mera explicación biológica es insuficiente para explicar esta compleja conducta, y menos tal como se han propuesto los

criterios del trastorno relacionado con las sustancias y trastornos adictivos<sup>6</sup>» (Becoña, 2014:61).

La adicción es un evocador término psicológico y médico cuyo significado ha cambiado notoriamente con el tiempo. Durante la mayor parte del siglo XX se relacionó con los términos de síndrome de abstinencia (dependencia y abstinencia) y se asoció con el consumo de heroína. A finales de la década de 1980 y principios de los 90, sin embargo, la cocaína sustituyó a la heroína en el papel de droga prototipo de abuso, ya que nunca antes se había considerado que la cocaína pudiera producir «dependencia física». Sin embargo, tanto para la cocaína como para la heroína, los modelos actuales de la adicción —modelos ampliamente propagados por los medios de comunicación— reducen los patrones de consumo de drogas a sus propiedades químicas y las características biológicas del usuario. En la creación de este modelo, los debates científicos y clínicos junto con los debates públicos se basan en los resultados supuestamente típicos, inevitablemente adictivos, del consumo de cocaína repetido y compulsivo.

No tan sólo no se consideraba una sustancia que producía dependencia física o fisiológica sino que se hablaba de que únicamente producía dependencia psicológica. Por eso motivo se consideró en un primer momento menos nociva, pero con la progresiva equiparación al uso de heroína se forzó a que existiera sintomatología fisiológica o física en la deprivación. Este aspecto no se justifica por la falta de sustancia en el organismo sino por el desencadenamiento de síntomas secundarios asociados al *craving* o deseo de consumir, que se expresan de formas muy parecidas a los de un cuadro de

---

<sup>6</sup>Becoña (2014) sintetiza los principales cambios en el DSM-V respecto al IV de la siguiente manera: «Los principales cambios que el DSM-5 introduce son los siguientes (American Psychiatric Association, 2000, 2013; Compton, Sawson, Goldstein y Grant, 2013; Hasin *et al.*, 2013): 1) Se elimina el abuso y dependencia del DSMIV y solo queda el Trastornos Relacionados con las Sustancias (TRS) como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses.2) Aparece el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos. Se ha sugerido que la categoría de baja equivale al abuso del DSMIV, y las de moderado y severo a las de dependencia del DSM-IV. 3) Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones: a) se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales (aduciendo que apenas se utilizaba), y b) se añade el ítem de *craving*.4) Los TRS se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, y b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación). Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV (ej., depresión inducida por consumo de sustancias) y se amplían a otros (ej., trastorno bipolar inducido por el consumo de sustancias). 5) Aparece por primera vez en el DSM-5 el trastorno de juego dentro de la categoría de trastorno por consumo de sustancias».

ansiedad provocado por las ganas intensas de repetir determinadas sensaciones o efectos y que debido a su gran intensidad vivida por la persona como irreprimible, pueden llegar a tener – y cada vez se observa con mayor frecuencia- una expresión corporal. Es a partir de esta lenta y sutil transformación de la representación social y cultural de la relación de la cocaína con el sujeto que se produce la modificación en el DSM-V.

Continúa predominando el discurso basado en el consumo inducido de drogas por los animales en el laboratorio en lugar de reforzar la imagen de que el uso de toda sustancia depende del entorno del usuario<sup>7</sup>. De hecho, incluso los más graves ejemplos de uso compulsivo de drogas pueden revertirse cuando se modifican elementos clave en la configuración contextual. Estos resultados deberían desempeñar actualmente un papel fundamental en ambas concepciones científicas y públicas de la adicción, pero no lo hacen (Peele, 1998). Continúan manteniendo un papel subsidiario dentro de lo que hemos denominado Modelo Médico Hegemónico, que ha creado el «modelo de adicción como enfermedad» a favor de sus intereses y el de las clases dominantes en una sociedad neoliberal que busca establecer mecanismos de control social para perpetuarse. La adicción como enfermedad no surgió de la acumulación natural de descubrimientos científicos (Reinarman, 2005), sino que fue inventado histórica y culturalmente bajo condiciones específicas, promulgada por actores e instituciones particulares y se reprodujo por medio de ciertas prácticas discursivas.

El poder del grupo para animar a moderar el consumo es, quizás, el hallazgo más consistente en el estudio de la conducta adictiva, como veremos en las siguientes páginas. Incluso los más ardientes defensores de la teoría de la enfermedad del alcoholismo indican claramente que los patrones culturales son los principales determinantes de la conducta de beber (Ibídem). Aunque el planteamiento aquí expuesto no soluciona el problema, «nos vemos obligados

---

<sup>7</sup>Uno de los ejemplos más paradigmáticos de reconstrucción del modelo de adicción como enfermedad fue el experimento denominado *Rat Park* fue un estudio sobre la adicción realizado a finales de 1970 (y publicado en 1980) por el psicólogo canadiense Bruce K. Alexander y sus colegas en la Universidad Simon Fraser en la Columbia Británica, Canadá. La hipótesis de Alexander era que las drogas no causan adicción, y que la aparente adicción a drogas opiáceas comúnmente observados en ratas de laboratorio expuestas a ella es atribuible a sus condiciones de vida, y no a cualquier propiedad adictiva de la droga en sí.

a buscar y a entender qué tipo de articulaciones se dan entre producto, individuo y contexto» (Romaní, 2004:69).

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

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

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

La sociedad también interviene directamente en el funcionamiento del organismo, sobre todo con respecto a la sexualidad y a la nutrición<sup>8</sup>. Si bien ambas se apoyan en impulsos biológicos, estos impulsos son

---

<sup>8</sup>Podemos considerar el consumo de drogas (legales o ilegales) dentro de estas actividades.

sumamente plásticos en el animal humano. El hombre es impulsado por su constitución biológica a buscar desahogo sexual y alimento. Pero dicha constitución no le indica dónde buscar satisfacción sexual ni qué debe comer. (...) La sociedad también determina la manera en que se usa el organismo en actividad; la expresividad, el porte y los gestos se estructuran socialmente. No nos concierne aquí la posibilidad de una sociología del cuerpo surgida a causa de lo que acabamos de afirmar. La cuestión es que la sociedad pone limitaciones al organismo, así como éste pone limitaciones a la sociedad (Berger y Luckmann, 1968:225-226).

La filosofía fenomenológica había explorado una comprensión dinámica del ser humano como algo inseparable de una corporalidad humana universal existente en campos complejos de influencia. Csordas (1990) presenta los precedentes de este enfoque metodológico en Mauss (1938), Hallowell (1955), Merleau-Ponty (1962) y Bourdieu (1977). Las tradiciones filosóficas relacionadas con el vitalismo y el pragmatismo también intentaron entender la vida material más allá de las dualidades de la mente y el cuerpo, y algunas de las obras clave de estas orientaciones están siendo productivamente releídas (Farquhar y Lock, 2007). Estas últimas investigaciones ampliaron la preocupación de la ciencia social clásica hacia un nuevo terreno híbrido —el del cuerpo vivido— y éste ha comenzado a ser comprendido como conjuntos de prácticas, discursos, imágenes, prácticas institucionales, lugares específicos y proyectos (ibídem).

Scheper-Hughes y Lock (1987) afirman que las culturas son disciplinas que proporcionan códigos y pautas sociales para la domesticación del cuerpo individual de acuerdo a las necesidades de la política y del orden social. Douglas (1973:173) que la cultura y los ritos “actúan sobre el cuerpo político mediante el instrumento simbólico del cuerpo físico”. De esta manera proponen el debate teórico de cariz fenomenológico sobre una concepción triple del cuerpo como objeto de estudio, el cuerpo individual, social y político. El enfoque teórico del *embodiment* debe considerarse desde la postulación metodológica que entiende el cuerpo no como un objeto a ser estudiado en relación a la cultura, sino que debe ser considerado como el sujeto de la

cultura, es decir, el sustrato existencial de la cultura (Csordas, 1990). En nuestra sociedad la idea de cuerpo (política y culturalmente correcto) es el de belleza, representado por un cuerpo fuerte, sano y autodisciplinado en consonancia con los valores culturales dominantes de autonomía, tenacidad, competitividad, eterna juventud y autocontrol (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Bajo esta idea política y cultural el consumo de sustancias psicoactivas para alcanzar estados de placer, como instrumento para conseguir determinados estados mentales o adaptarse al ritmo de vida de la sociedad actual no siempre se considera una conducta desviada y fuera de control. En la cultura consumista se reivindica cada vez más el derecho al placer como incentivo o recompensa incluso si esto implica el uso de cualquier tipo de sustancia legal o ilegal (O'Malley y Valverde, 2011:39).

Las autoetnografías<sup>9</sup> son un buen ejemplo para entender fácilmente a qué se refiere el paradigma de *embodiment* o encarnación-corporeización.

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

---

<sup>9</sup> Véase por ejemplo el gran trabajo de auto etnografía sobre alcohol y alcoholismo de Esteve (2013) DAFITS/URV en su tesis doctoral. En el caso de las auto etnografías relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas, el relato del autor puede quedar comprometido por la estigmatización que representa el hecho de reconocer determinados consumos. Me parece por lo menos un debate muy interesante a tener en cuenta para el desarrollo de investigaciones en el campo ya mencionado.

Esteban (2004) plantea un interesante concepto para conceptualizar el fenómeno del consumo de drogas en la sociedad denominada «del riesgo»: el miedo al posible descontrol que caracteriza nuestra cultura. Las etnografías realizadas desde la ruptura de la dicotomía mente-cuerpo, objeto-sujeto, tienen la fuerza y la capacidad de mirar más allá y de transformar al mismo tiempo la realidad estudiada a medida que ésta se hace consciente para los investigadores. El cuerpo es sometido en nuestra sociedad a una gran variedad de fuerzas, presiones y cambios, pero todas ellas se naturalizan casi siempre sintonizando con la idea de progreso positivista y los avances tanto sociales como tecnológicos (biotecnología aplicada a la alimentación, estrés, sometimiento a riesgos como conducir, ciertos tipos de trabajos o deportes...); en cambio, se estigmatiza y se tiene una mayor percepción de riesgos en determinadas prácticas como pueden ser el consumo de drogas o determinadas prácticas sexuales, donde el cuerpo aparece como un dispositivo que asume riesgos innecesarios.

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

Etorre (2004), en sus estudios sobre género, *embodiment* y uso de drogas, define el cuerpo como el medio para la expresión personal, parte esencial de nuestra identidad social. El cuerpo es concebido como el vehículo para construir estilos de vida en la cultura de consumo. Pero el ideal de cuerpo es también una construcción sociocultural determinada por la historia, la ciencia, la medicina y los intereses de los propios consumidores. Terry y Urla (1995:2 en Etorre, 2004:330) definen otro interesante concepto para esta tesis, el de «desviación encarnada», como la afirmación científica —y también



profana— de que los cuerpos de las personas clasificadas como «desviadas» están marcados de alguna manera reconocible. Sostienen que la conducta social desviada siempre se manifiesta en la sustancia del cuerpo de los «desviados». Como forma de desviación encarnada, las marcas en los cuerpos de los usuarios de drogas determinarían, bajo la mirada de los estamentos de control social, su estatus social marginal y su supuesto déficit de agencia o capacidades morales. El cuerpo de las personas que usan drogas es un vehículo para solucionar una serie de problemas que todos, especialmente los jóvenes, deben solventar. Por otro lado, estos problemas se magnifican porque el consumo de drogas implica a los cuerpos en determinadas culturas del riesgo (Monaghan, 1999; Patton, 1995 en Etorre 2004).

Las teorías de la antropología médica hasta aquí expuestas permitirán trazar paralelismos y adaptaciones para elaborar elementos conceptuales específicos sobre el fenómeno de uso de cocaína, los cuales sustentaran gran parte del análisis de los datos etnográficos obtenidos para la elaboración de esta tesis. También permitirán contextualizar los consumos de cocaína a diferentes niveles: en el de una sociedad medicalizada -que en general conceptualiza el sistema biomédico como referente asistencial- y el que considera al mismo tiempo los consumos, sean problemáticos o no, como un elemento simbólico que responde a necesidades y coyunturas resultado de un determinado estilo de vida marcado por una lógica capitalista y prohibicionista.

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

## 2. ETNOGRAFÍA Y CONSUMO DE DROGAS

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

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

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

Para esta escuela sociológica, la mejor manera de estudiar las nuevas formas de vida de la creciente América industrial era la observación directa en los numerosos y diferentes contextos sociales que proliferaban rápidamente (barrios, guetos, condiciones y lugares de trabajo, vivienda...) así como el estudio de los subgrupos recién formados tales como bandas juveniles callejeras, delincuentes o músicos. Su metodología se basaba en «estar in situ» y comprender los fenómenos desde la perspectiva del actor. Tanto Dai como

Parker opinaban que las nuevas condiciones de vida urbana llevaban hacia la desorganización social, el aislamiento de individuos y la despersonalización de las relaciones, y que el consumo de drogas podía interpretarse como una respuesta a estas condiciones.

En el libro *Opium Addiction in Chicago* (1937), Dai estudió dos tipos de población: la que era adicta al opio por tratamiento iatrogénico con morfina y, por otro lado, la que desarrollaba su adicción en la calle junto a otros grupos de consumidores de drogas. Este hecho es importante según remarcan Page y Merrill (2010) por la época en la que acontecían los hechos: los años posteriores a la Guerra Civil Americana, en la segunda mitad del siglo XIX, periodo caracterizado por el uso masivo de morfina en el frente durante la guerra, y también después de ella, para gestionar los cuidados a los soldados que sobrevivieron:

The drug addict was viewed as a helpless victim, an unfortunate sick person in need of medical attention... But by the 1920's the public image of the addict had become that of a criminal, a willful degenerate, a hedonistic thrill-seeker in need of imprisonment and stiff punishment. (Goode, 1984: 217-218) citado en (Page y Singer, 2010).

Después de la aprobación de la *Harrison Act* en el Parlamento estadounidense en 1914, la cual prohibía la venta de sustancias psicoactivas fuera de una estricta prescripción médica, la opinión pública contra las drogas se vio reforzada. Otro factor importante que influyó en la opinión pública sobre el fenómeno del uso de drogas fue el alto incremento de población afroamericana sin trabajo y usuaria de drogas que se produjo durante los años 30. Chicago fue una de las ciudades más segregacionistas de América y en los barrios donde aquella población habitaba proliferaron los clubes de jazz, los prostíbulos, las casas de apuestas y la venta de droga, convirtiéndose en un fuerte punto de atracción para los blancos que querían olvidar las calamidades de la gran crisis económica, preparando así un terreno idóneo para situar el nido de las perversiones para una sociedad con valores muy conservadores. Es lo que posteriormente Fernández (2000:57) denominará "territorios psicotrópicos", definidos como "lugar de concentración espontánea de actores

sociales de las drogas; o como lugar donde hay una alta probabilidad de que ocurra una interacción a propósito de las drogas, aunque ello no forme parte de la intención previa de los sujetos”.

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

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

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

El cuarto ejemplo de texto fundacional lo propició Robert Lowie de manera fortuita. Nunca se consideró un investigador sobre drogas, pero en su trabajo de campo con los *Crow* (Montana) no pudo eludir ciertos aspectos que

para esta tribu indígena eran trascendentales y que tenían que ver con el uso ritual del tabaco. Desde 1907 y hasta 25 años después, Lowie pasó largas temporadas con los *Crow*, y su trabajo fue publicado en 1983 bajo el nombre de *The Crow Indians*.

*The place of tobacco among Crow drew Lowie's attention because, as he noted, it "was one of the three holiest objects of worship, hence all children wore a small packet of it as an amulet necklace"<sup>10</sup> (1983, XVI) citado en (Page y Singer, 2010:41).*

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

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

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

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

---

<sup>10</sup> La importancia que los *Crow* conferían al tabaco llamó la atención de Lowie porque, como él mismo señaló, «era uno de los tres objetos más sagrados de culto, por lo tanto, todos los niños llevaban un pequeño paquete de tabaco en un collar a modo de amuleto».

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

En 1979 se celebró un simposio interdisciplinar en Chicago, *Ethnography: a research tool for policymakers in the drug and alcohol fields*, subvencionado por el NIDA<sup>11</sup> —quien, progresivamente y desde 1975, iba transfiriendo las competencias en materia de política de drogas a los estados federados—, al cual asistieron más de 30 etnógrafos y otros tantos representantes de las agencias responsables de las políticas de drogas de los EEUU, agentes del NIDA, representantes del gobierno local y de otras agencias relacionadas. El mismo NIDA publicó una monografía bajo el mismo título del simposio, la cual fue considerada de relevante importancia para todo aquel que quisiera acercarse al mundo de la etnografía del uso de drogas. Siguiendo la citada publicación resumiré brevemente algunos de los aspectos y acontecimientos científicos relacionados con la investigación etnográfica que tuvo lugar en EEUU después de la segunda gran contienda internacional.

---

<sup>11</sup> *National Institute of Drugs and Abuse*. En 2007, el NIDA cambió el significado de la letra A de *Abuse* por *Addiction*, reafirmando el cambio de paradigma hacia el *disease model* o modelo de la adicción como enfermedad.

Alfred Lindesmith, discípulo de Blumer y Sutherland<sup>12</sup>, realizó el segundo estudio de la Escuela de Chicago, después de Dai (1937)<sup>13</sup>, sobre el consumo de drogas en 1947 con la publicación *Opiate addiction*. En realidad, su primera intención fue la de llevar a cabo una gran encuesta en el Hospital de Lexington, pero su petición fue denegada por los Servicios de Salud Pública de la ciudad y así fue como Lindesmith decidió tomar la calle como escenario de investigación. Su primera expedición la realizó con uno de los grandes personajes de la investigación sociológica, Broadway Jones. Jones era Chic Conwell (el ladrón profesional) en el libro con el mismo nombre que Edwin Sutherland publicó en 1937. Jones fue adicto a la heroína durante un largo periodo de tiempo antes de conocer a Lindesmith, por eso pudo facilitarle a un gran número de adictos que se irguieron como informantes para su investigación.

Lindesmith entrevistó a 62 consumidores de heroína durante 2 años, creó un singular estilo de investigación invitando siempre a sus informantes a comer o a beber en cafeterías o locales, y muchas otras veces era él el que era invitado a la casa de los propios informantes para realizar las entrevistas. Su foco de interés era el proceso cognitivo de la adicción a los opiáceos; esta idea afloraba al observar en la literatura existente gran número de personas que consumían opiáceos bajo tratamiento y prescripción médica que no desarrollaban patrones de adicción. Una de las hipótesis que pudo confirmar fue que las personas que consumían opiáceos desarrollaban una adicción gradual cuando su consumo se focalizaba y tenía el objetivo de mitigar los síntomas de abstinencia. Tal consideración resultó una importante y significativa ruptura con la comprensión psico-social en relación a la adicción existente hasta ese momento.

*In the early stages of drug use before the withdrawal symptoms become a dominant element in the user's motivations, the reasons for using the drug are extremely varied and quite different from what they become when addiction is established. Initial use may be for the purpose of*

---

<sup>12</sup>Sociólogos de la Escuela de Chicago influenciados por la obra de George Herbert Mead y la teoría del interaccionismo simbólico.

<sup>13</sup> Ver pg. 38

*alleviating pain, experiencing kicks or simply to conform with what others in a specific group are doing. In their long history, opiate drugs have been used for the alleviation or treatment of most of the physical and mental ailments known to mankind and have been recommended by folks cultures as well as by the medical profession. Addiction may follow regardless of the specific nature of the original motivations for the use and, as has been indicated, even when the first experience of the drug's effects occur in connection with their being administered by a physician. With continued regular use, initial motivations or their absence become irrelevant. An addict I interviewed told me that before he himself started to use drugs he regarded addicts with disgust and thought of opium smokers as creatures from another world. The account of how he became addicted was as follows:*

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

La segunda etnografía la protagonizó Howard Becker, nacido en 1928, pupilo de Everett Hughes y pianista de música jazz. Becker tenía la intención de replicar el estudio de Lindesmith, estudiando a consumidores de marihuana en lugar de heroína, pero utilizando su misma metodología. Trabajó previamente en un proyecto llamado *Chicago Area Project* sobre consumo de drogas en el ámbito juvenil. Su proyecto etnográfico sobre el uso de la marihuana tenía el objetivo de entrevistar a músicos de jazz que usasen marihuana y describir así las características de su uso, las secuencias de



consumo, los efectos percibidos, etc. Realizó 50 entrevistas y pudo hacer observaciones participantes en condiciones óptimas debido a su doble condición de etnógrafo y músico. Al terminar sus pesquisas publicó *Becoming a marijuana user (1953)*, convirtiéndose también en un estudio paradigmático e innovador en relación a los estudios sobre los usuarios de drogas.

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

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

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

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

Durante la investigación entrevistó a la mujer del batería de su conjunto de jazz bajo el pseudónimo de Jane Clarck. Becker se percató rápidamente de la locuacidad e inteligencia de la informante, así que decidió realizar más entrevistas con ella para articular lo que sería su historia de vida como adicta a

la heroína. Realizó una docena de entrevistas con ella y acabó publicando junto a Helen McHill Hughes *The fantastic Lodge: the autobiography of a drug addict*, (Hughes, 1961). Esta fue la primera autobiografía de un/a consumidor/a de drogas y una de las mejores hasta el momento. Jane Clarck nunca vio la publicación ya que murió de una sobredosis de heroína y barbitúricos.

El tercer estudio derivó del antes mencionado *Chicago Area Project*, y vio la luz gracias a Harold Finestone, quien estudió el uso de las drogas en un gueto afro americano en *Cats, kicks and color*, (1957). Sus tesis describían a los usuarios en base a un doble fracaso —el personal y el social—; se centraba en personas incapaces de tener éxito en cualquier ámbito de la vida y que «se habían retirado del mundo» entregándose por completo al consumo de la heroína. Según Waldorf (1980), esta teoría fue rechazada posteriormente por muchos autores y considera que no merecía la atención que recibió en los años 60.

En 1950 Ed Preble realizó un estudio sobre consumidores de heroína en Nueva Cork (Yorkville) realizando incursiones en *East Harlem* durante 11 años. Instalaba siempre su oficina de trabajo en viejos edificios, en las mismas zonas de investigación. Preble destacó por su creatividad en los títulos de sus investigaciones, entre las que destacan especialmente dos: *Taking care of business, the heroine user's live in the streets*, (Preble y Cassey, 1969) y *Methadone, Wine and Welfare*, (Preble y Miller, 1977). Con sus resultados rompió estereotipos clásicos de la psicología y la sociología al describir a los usuarios de heroína como personas hábiles, inteligentes y escapistas, alejándose de conceptos tales como marginados, delincuentes e inhábiles para la vida social en las descripciones emanadas de los estudios sobre usuarios de drogas. Preble escribió también la historia de la heroína en New York desde la primera guerra mundial hasta 1968.

Otro investigador destacado fue Harvey Feldman por sus estudios centrados en el consumo de drogas entre la clase obrera en la interzona de Brooklyn y Manhattan. Era un hombre entregado al trabajo de calle, cuya obra escrita no fue muy extensa pero sí interesante. Su tesis doctoral, *Ideological supports to becoming and remaining a heroin addict (1968)*, relató cómo las

bandas juveniles de delincuentes —a quienes definió como «*stand-up cats*»—, tenían una organización jerárquica compleja en la que el consumo de drogas —heroína específicamente—, no tenía el rol de «escapar de la realidad», sino que marcaba un determinado estatus dentro de las mismas. Realizó el mismo esquema de investigación con bandas juveniles italianas, a quienes denominó “*Coastal neighborhood*”.

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

En la costa Oeste de Estados Unidos, y al mismo tiempo que Preble y Cassey, Herbert Blumer realizó sus etnografías en San Francisco. Estudió a jóvenes ex heroínómanos abstinentes para ayudar posteriormente a consumidores en activo a controlar su consumo. Vio que no podía dirigir a los jóvenes hacia la abstinencia porque estaban muy anclados en sus consumos y creían fuertemente en la idea de que podían afrontar todos los peligros o riesgos relacionados con ellos. Alan Sutter, quien colaboró con Blumer mientras todavía estudiaba, hizo una de las aportaciones más importantes al su estudio. Realizó una crónica de cómo los jóvenes se iniciaban al consumo de heroína. Concluyó que la adicción no era tanto el resultado de una condición patológica, sino de un complejo proceso social que para los participantes era natural. También resaltó que el consumo de drogas no llevaba inevitablemente hacia un estilo de vida centrado en la adicción, sino que existían un gran número de alternativas.

Durante los 70, Waldorf (1980) enumeró las siguientes etnografías del uso de distintas drogas: *Cronic marijuana user's in Jamaica* (Rubin y Comitas, 1975), *English drug user's in Cheltenham* (Plant, 1974, 1975), *East Los Angeles barrio's addicts* (Bullington 1977, More et al., 1974), *Haight Ashbury hippies*

(Cavan, 1972), *New Heaven drug user's and treatment system* (Gould et al. 1974), *Speed user's* (Carey y Mandel, 1968), *Cocaine user's* (Cleckner 1976 a, b, 1977, Waldorf et al., 1977), *Long term heroin chippers* (Sackman, 1976), *Addict prostitutes* (James 1976, 1977).

Durante la década de los años 70, M. Rosenbaum realizó el primer estudio etnográfico focalizado en cuestiones de género, estudiando a mujeres que presentaban adicción a la heroína. Los estudios de género continuaron siendo minoritarios e insuficientes, —a excepción de *The fantastic lodge*— hasta finales de los 80 y principios de los 90, años en los que tímidamente empezaron a aumentar y, progresivamente, se han tenido en cuenta para la elaboración de programas y políticas relacionadas.

Oretti y Gregory (2005) apuntan que la literatura relacionada con mujeres que se inyectan drogas ha sido y continúa siendo muy limitada. Antes de finales de 1970 fue un tema totalmente ignorado por los gobiernos, y no fue hasta 1976 cuando el NIDA encargó estudiar este fenómeno (Rosenbaum, 1973; Murphy, 1990, en Oretti; Gregory, 2005). Estos autores señalan que las mujeres, por lo general, presentan un mayor riesgo para la salud al inyectarse que los hombres: una mayor prevalencia de infecciones de VIH, un alto índice de embarazos debido a pocas medidas anticonceptivas, numerosas complicaciones en los embarazos y partos, bajas tasas de accesibilidad a los recursos sociales y de salud. Rosenbaum publicó dos estudios pioneros en este campo que, incluso hoy en día, continúan siendo referentes en el campo de los estudios de género y drogas: *The World and Career of the woman heroine addict*, (1973) y *Women in heroine*, (1981). También fueron relevantes los estudios británicos de Taylor (1993) y Etorre (1992, 1985, 2004).

En los años 80 continuaron apareciendo estudios etnográficos sobre consumidores de drogas, pero a partir de la segunda mitad de la década se vieron condicionados por los estudios sobre la irrupción del VIH entre ellos (Page y Singer, 2010). S. Friedman y D. C. Des Jarlais fueron los principales investigadores en materia de VIH y consumo de drogas, publicando centenares de artículos y desarrollando metodologías de prevención participativas desde

los años 80 hasta hoy en día<sup>14</sup>. Antes de este remarcable acontecimiento cabría mencionar otros estudios como la etnografía multi situada de Hanson *et al.*, (1985), quienes impulsaron el *The Heroin Lifestyle Study* (HLS), llevada a cabo de manera simultánea en distintas ciudades, a saber, Washington D.C., New York, Philadelphia y Chicago, estudiando a 124 hombres afro americanos, la mayoría de los cuales no habían recibido ningún tipo de tratamiento en relación a su consumo de heroína. El estudio destaca que la mayoría de los consumidores de heroína eran capaces de llevar un estilo de vida de consumo compatible con tareas cotidianas tales como el trabajo o la familia, y también destaca que este patrón de estilo de vida no encajaba con otros patrones anteriormente descritos sobre usuarios de heroína que eran incapaces de compatibilizar su vida con el consumo de esta droga.

Otra investigación similar fue el estudio de Biernacki (1986), *Pathways from Heroin Addiction, Recovery Without Treatment*. Esta investigación tenía dos objetivos: el primero era describir, desde la perspectiva de los usuarios, cómo los adictos podían dejar el consumo por iniciativa propia, sin ayuda profesional ni de algún programa terapéutico; el segundo consistía en analizar este proceso. Según Biernacki, la adicción a los opiáceos consiste en algo más que una dependencia física, ya que para él confluyen también factores psicológicos y sociales. Según este autor, muchos de los estudios se realizaban en el marco de instituciones, ya fueran penitenciarias o de tratamiento, y se perdía la oportunidad de estudiar en estado natural el proceso de adicción.

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

1. Por algún tiempo, muchos de los informantes han permanecido inmersos en un estilo de vida totalmente focalizado en el consumo, llevándoles a situaciones extremas de ruptura con la vida social convencional y sus

---

<sup>14</sup>Pueden consultarse todas sus publicaciones en la página web del NDRI (*National Development and Research Institutes, Inc.*) <http://www.ndri.org/> (consultado por última vez el 1/4/2015).

relaciones. Este es el estereotipo que ha permanecido en el imaginario popular y científico de los usuarios de heroína.

2. Otros simplemente han pasado a través de un proceso severo de adicción y no se identifican como adictos por el hecho de haber experimentado una etapa de similares características.

3. Los que han sabido combinar un consumo sostenido en el tiempo con todas las otras actividades principales de la vida, relaciones familiares, trabajo, amistades, tiempo libre...

4. Los que simplemente no han estado involucrados de manera intensa ni con la adicción a la heroína ni tampoco con una vida social normalizada. Esta tipología mantiene una relación periférica con las drogas estrechamente vinculada con alguna persona del círculo íntimo como amantes o parejas sentimentales.

El hecho de «tocar fondo» es uno de los principales motivos para abandonar el consumo de droga entre los consumidores con patrones más duros y que mantienen un estilo de vida totalmente focalizado en la sustancia y en sus efectos según algunos autores (Bess *et al.*, 1972; Brill 1972; Coleman 1978; en Biernacki, 1986:183). Se trata de una base indispensable para poder dejarlo. Biernacki sólo suscribirá parcialmente estas consideraciones en su estudio.

Las conclusiones del estudio de Biernacki (1986) describen diferentes maneras de dejar la adicción según la tipología del patrón de consumo. Una primera consideración es que las personas que pueden dejar su hábito sin recurrir a ayuda profesional ni a ningún régimen terapéutico pueden experimentar situaciones traumáticas y otras, en cambio, no. Aquellos que han tocado fondo o han sufrido crisis severas comúnmente son personas que han llevado su adicción al extremo, desde la exclusión social y la no participación en una vida social normalizada, incapaces al mismo tiempo de rescatar ninguna relación anterior que pueda dar sentido o valor a sus vidas. Estos

desarrollan lo que el autor ha llamado una «identidad emergente», muchas veces relacionada con la identificación en grupos religiosos o políticos que les ha permitido encontrar la aceptación y el apoyo social necesario. Otro subtipo es el que engloba a los que durante su adicción han continuado participando de una vida social convencional, haciendo constantes malabares para sobrellevar su adicción. Estos han llegado a una solución dejando de usar narcóticos sin alterar significativamente sus vidas bajo circunstancias mucho menos traumáticas que los primeros.

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

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

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

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

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

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



El interés por estudiar y comprender la lógica de la vida cotidiana de los usuarios de droga, así como el de descubrir cómo eran capaces de sobrellevar o superar su adicción sin necesidad de acudir a los centros y programas de tratamiento fue una de las preocupaciones principales de los estudios socioculturales sobre usos de drogas, y continúa siéndolo en la actualidad. La antropología médica —junto a otras disciplinas entre lo sociocultural y la salud— tiene un papel destacado en la configuración de un nuevo horizonte más comprensivo y coherente con la realidad de este fenómeno. Las etnografías descritas hasta el momento son sólo algunas de las más significativas del período anterior a la aparición de la epidemia del VIH, que castigó duramente al colectivo de usuarios de drogas tanto por vía parenteral como por vía sexual. No hay duda de que estos estudios consolidaron la metodología etnográfica para los estudios sociales y específicamente sobre drogas, sino que también alumbraron el camino para los nuevos etnógrafos que intentarían comprender los micro mecanismos socioculturales que influían tanto en la propagación del virus como en la protección del mismo.

## 2.1. Etnografía y consumo de drogas en España

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

*La línea más importante de la investigación en antropología médica desde el punto de vista de sus impactos sociales y su influencia sobre las políticas públicas en España, e incluso en América Latina, han sido los estudios sobre drogas<sup>15</sup> y conductas adictivas. Se han desarrollado a*

---

<sup>15</sup>Nota de los autores: «FUNES, JAIME/ ROMANÍ, ORIOL: Dejar la heroína. Madrid 1985. – GAMELLA, JUAN F.: La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia. Madrid 1990. – PALLARÉS, JOAN: La dolça punxada de l'escorpí. Antropologia dels ionquis i de l'heroína a Catalunya. Lleida 1995. – ROMANÍ, 1982 (cf. fn. 41). – Cf. for a general work on addiction: DÍAZ, MIGUEL/ ROMANÍ, ORIOL: Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Barcelona 1999. – COMAS, DOMINGO: El uso de las drogas en la juventud. Madrid 1985. – COMAS, DOMINGO: Tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas. Madrid 1988. – COMAS, DOMINGO/ ESPÍN, MANUEL/ RAMÍREZ, EUGENIA (eds.): Fundamentos teóricos en prevención. Madrid 1992. – DÍAZ, AURELIO/ BARRUTI, MILA/ DONCEL, CONCHA: Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaína a Barcelona. Barcelona 1992. – GAMELLA, JUAN F./ ÁLVAREZ-ROLDÁN, ARTURO: Drogas de síntesis en

*partir de estudios sobre trayectorias de vida entre consumidores de heroína, estudios sobre las comunidades terapéuticas, jóvenes durante la década de 1980, y estudios sobre la cocaína y las drogas sintéticas, que son transdisciplinarios y más cerca del modelo médico. En general, parece que hay una creciente tensión entre los enfoques teóricos críticos asociados con la sociología de la desviación y con el marxismo, y los enfoques neo-positivistas más de acuerdo con el discurso dominante en la literatura internacional (Perdigueró, Comelles y Martínez-Hernández (2014:226-227).*

Cabe destacar, sin lugar a dudas, el primer trabajo etnográfico sobre uso de drogas en España, *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota* (1983), publicado por Oriol Romaní, quién inauguró brillantemente la escena etnográfica de drogas con un minucioso relato sobre un personaje de la Barcelona del franquismo tardío. Su etnografía simbolizaba y simboliza todavía el tránsito de una sociedad tradicional hacia una sociedad moderna, mostraba la aparición de la contracultura y de la cultura del cannabis (de la prehistoria de la cultura del cannabis, según el mismo autor) y ofrecía el retrato de un contexto en el que la lucha social por la consecución de los derechos arrebatados por la dictadura se entremezclaba con los nuevos estilos y hábitos de vida, relacionados en muchos casos con el rol que jugaba el uso de drogas. Esta obra forma parte de la tesis doctoral del mismo autor, *Droga y subcultura: una historia cultural del 'haix' a Barcelona, 1960-1980*, publicada en 1982<sup>16</sup>.

Posteriormente, la irrupción de la heroína en España y la epidemia de VIH que se le asoció acucieron la emergente necesidad de estudiar los colectivos de usuarios de heroína para intentar comprender la naturaleza del fenómeno y poder diseñar intervenciones efectivas para frenar los daños relacionados. Las dificultades que las ciencias de la salud evidenciaron durante la década de los setenta para obtener información confiable y estratégica respecto a varios problemas de salud relacionados, en particular, con las

---

España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid 1997. – GAMELLA, JUAN F./ ÁLVAREZ-ROLDÁN, ARTURO: Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. Barcelona 1999.»

<sup>16</sup>Anteriormente, el mismo autor había publicado su primer trabajo académico sobre el tema, *Droga y consensus social* (1978), que era su tesis de licenciatura. Tenía una primera parte donde se hacía un análisis etno-histórico de los usos de la coca en la zona del Perú, y una segunda sobre el cannabis, en la que había ya el estudio etnográfico de un grupo de consumidores de cannabis.

adicciones, los homicidios, los suicidios, el sida y la violencia, evidenciaron la crisis de eficacia del saber biomédico (Menéndez, 2005). En cambio, la antropología se consideró una ciencia efectiva para ello, especialmente para el estudio de poblaciones ocultas, y confirmó el fracaso y la ineficiencia de otras ciencias respecto a este campo de intervención.

En esta línea podemos destacar los estudios de Funes y Romaní (1985); Comas (1985), Rodríguez Cabrero (1988), Romaní *et al.*, (1989), Gamella (1990), Romaní *et al.*, (1992), Gamella y Meneses (1993), Gamella (1994) y Pallarès (1996) sobre la heroína en la España de los años 80. Estos estudios marcaron una decidida tendencia en la cual la etnografía, basada sobre todo en el estudio de historias de vida, desveló algunas de las teorías sobre la drogodependencia más allá de los postulados biologicistas, de la adicción como enfermedad.

Desde Grup Igia (1984-2014) —sin duda una de las organizaciones no gubernamentales que más ha influenciado e incidido en España sobre el fenómeno de las drogas desde posiciones transdisciplinares y crítico constructivas—, Romaní *et al.*, (1995) publicaron *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*, exhaustiva obra que profundiza sobre los distintos enfoques metodológicos de aproximación al fenómeno de uso de drogas, a la vez que reconstruye la historia de la respuesta institucional y científica delante de un fenómeno que se situaba como una de las primeras preocupaciones sociales de la época. Otra obra clave de esta organización fue *Repensar las drogas*<sup>17</sup> (1989), dónde se realizan análisis críticos de las políticas de drogas actuales y se muestran innovadoras propuestas de despenalización del sistema drogas.

Siguiendo a Romaní (2004), podemos destacar también los estudios etnográficos sobre consumidores de drogas de Fernandes (1990; 1998) en Portugal, o los estudios mexicanos sobre alcoholismo de Menéndez (1990;

---

<sup>17</sup> Disponible en: [http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar\\_las\\_drogas.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar_las_drogas.pdf)

1991) y Menéndez y Di Pardo (1996)<sup>18</sup>. Desde la perspectiva de drogas y género destacan los estudios de Meneses (2001; 2002) y Romo (2001; 2010; 2011).

## 2.2. Los 90 y los estudios sobre cocaína

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

Chitwood, D.D. and Morningstar, P.C. (1985) publicaron *Factors with differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users*, un estudio realizado mediante entrevistas estructuradas durante 1980 y 1081 en Miami a 95 personas que acababan de entrar en tratamiento por uso de cocaína como sustancia principal, y a otras 75 personas que utilizaban cocaína y no eran usuarios de servicios especializados. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, ni por cuestiones de género, etnia ni nivel ocupacional.

Erickson, P.G. *et al.*, (1994) realizaron en Toronto dos investigaciones diferentes bajo el mismo nombre: *The steel Drug. Cocaine and crack in perspective*. El trabajo de campo de la primera se llevó a cabo en 1983, y el de la segunda en 1989-90. El primer estudio se caracterizó por contener entrevistas realizadas en profundidad a 111 personas que bien hubiesen presentado demanda de tratamiento o bien que hubiesen tenido problemas con la justicia. En la segunda fase el equipo de Erickson centró su atención en los consumidores de cocaína activos que hubiesen transitado del consumo experimental a un uso más regular, entrevistando en profundidad a 100

---

<sup>18</sup>La enumeración de estudios de otros países de lenguas y culturas latinas (Brasil, Francia, Italia...) con tradición etnográfica del estudio del uso de drogas sería interminable, por este motivo me ciño, para este tema, a las citas que Romaní (2004) elabora en su trabajo.

personas que respondiesen a estas características. La investigación de Erickson cuestionó seriamente los estereotipos difundidos por los medios de comunicación y del discurso oficial sobre drogas, el cual afirmaba que la cocaína era inevitablemente adictiva y que una vez se había establecido contacto con ella era imposible desligarse sin ayuda terapéutica o profesional.

Mugford y Cohen (1989, 1994) publicaron *Recreational cocaine use in three Australian cities (1994)* y *Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sydney, Canberra and Melbourne (1989)*. Ambos estudios buscaban describir las características distintivas de consumidores de cocaína que no tenían demanda de tratamiento ni problemas con la justicia con una muestra de 73 personas, utilizando entrevistas en profundidad y cuestionarios de auto administración.

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

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

*Cocaine is an alluring drug. It has many uses. It has become widely available. For all of these reasons users often escalate their doses. But approximately half of our subjects sustained a controlled use pattern for periods ranging from a year or two to a decade. Our definition of "controlled use" is a pattern in which users do not ingest more than they want to and which does not result in any dysfunction in the roles and responsibilities of daily life. (Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991:265) en (Page y Singer, 2010:63).*

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

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

El *Scottish Cocaine Research Group* (1993) realizó en 1989-90 una investigación denominada *A very greedy sort of drug: portraits of Scottish cocaine users*, realizando una búsqueda de diferentes patrones de consumo: por un lado, el consumo más impulsivo caracterizado por los consumidores de crack norteamericanos, y por otro lado el de los consumidores de baja intensidad, esnifadores holandeses, en una muestra de 133 personas, utilizando una versión del cuestionario semiestructurado de Cohen (1989).

Bieleman, B., Díaz, A., Merlo, G. y Kaplan, Ch.D. (1993) compilaron una serie de estudios paralelos y comparativos entre tres ciudades europeas financiados por la Unión Europea; fue una investigación sobre la naturaleza y la extensión del uso de cocaína en Europa, *Lines across Europe*, entre tres ciudades europeas, a saber, Turín, Barcelona y Róterdam. Este estudio de grandes dimensiones combinaba la metodología cualitativa (entrevistas

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

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

Cohen, P. y Sas, A. (1993) publican *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*. Partiendo de su primera investigación realizada en 1987, contactaron en 1991 con 64 de los consumidores que habían sido entrevistados anteriormente. La intención era estudiar los distintos patrones de uso y su desarrollo para detectar si habían desarrollado problemas relacionados con el consumo. Los mismos autores publican en 1995 *Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986*. Partiendo también de su estudio inicial en 1987, el objetivo principal de éste fue averiguar si la cocaína había mantenido su atractivo para el mismo tipo de personas o sí, por el contrario, la información y la publicidad habían modificado tanto el tipo de usuarios y como sus patrones de uso. Veamos un ejemplo de los resultados obtenidos:

*In 1987 we found that the most important settings for cocaine use were going out, going to parties and social gatherings with friends. We asked about settings again in 1991 to see if there had been any shift in the overwhelmingly social functions of cocaine for our follow-up respondents. We found none. The same three settings were reported as by far the most important. (As we also found in 1987, over half the respondents who mentioned these settings as the most important reported that being part of such a setting may trigger the appetite for cocaine.) The fourth most important category of setting mentioned in 1987 was one including situations in which one had to continue - e.g., to work, to party, or to have sex. By the 1991 follow-up, however, this type of setting was no longer important (mentioned only twice in 79 responses). The fifth most important setting of cocaine use in 1987, alone at home, was still mentioned seven times by our 1991 follow-up respondents, but this was reported proportionally much less than four years earlier. Sexual situations constituted 6% of the answers in 1987 but almost disappeared in 1991 (only 1% of the answers). In 1987 work was mentioned only as a setting in which not to use cocaine. In the follow-up investigation, four respondents (5% of all answers) mentioned work as a situation fit for cocaine use. Aside from these few respondents, however, the main settings for cocaine use have remained the same; it appears that cocaine continues to serve primarily social functions. The more rare settings for cocaine use mentioned in 1987 almost disappeared in 1991, although we must note that there is some chance this was an artifact of the smaller sample of whom we asked this question (Cohen y Sas, 1993:38).*

En 1995, bajo la presión de muchos países de la ONU y debido a la creciente alarma generada por el incremento y la expansión del consumo de cocaína en el mundo, se llevó a cabo el mayor estudio cualitativo sobre uso de cocaína hasta el momento, pero sus resultados fueron negados y desterrados por la ONU por no ofrecer una contundente respuesta que confirmase la



necesidad de continuar tratando este fenómeno desde la perspectiva prohibicionista y fiscalizadora:

*El «WHO/ UNICRI Cocaine Project» representa el más claro ejemplo de investigación censurada por intereses políticos y estratégicos. El «Cocaine Project» representó un conjunto de proyectos para el estudio de las características y consecuencias del consumo de los derivados de la coca, «desarrollado por el Programa sobre Sustancias de Abuso (PSA) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y financiado por el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para la investigación del Crimen y la Justicia (UNICRI), con sede en Roma» (Díaz, 1995: 1). El programa se presentó en 1992 y el 3 de marzo de 1995 se difundió el dossier informativo a través de una nota prensa, donde se aseveraba que el proyecto «constituye el mayor estudio sobre cocaína realizados hasta la fecha» y se «recogió información de 22 ciudades en 19 países sobre el uso de la cocaína y de otros productos de la coca, sobre sus usuarios, sobre los efectos [...] y sobre la respuesta de los gobiernos ante el problema de la cocaína» (Cocaine Project, 1995). Cuando los resultados de la investigación fueron conocidos en la ONU los funcionarios de los EUA presionaron para impedir la publicación del estudio (Jelsma, 2003: 15). El 9 de mayo de 1995 en la Comisión B de la Cuadragésima Octava Asamblea General de la Salud, Neil Boyer representante de los EUA, mostró su alarma a tenor de los resultados expuestos en el texto «los cuales parecen defender los usos positivos de la cocaína, aseverando que el consumo de la hoja de coca no implica daños notables para la salud mental y física» (TNI, 2003: 3). Alegó que el PSA estaba «encaminado en la dirección equivocada» y finalmente se amenazó con «si las actividades de la OMS en materia de drogas no consiguen reafirmar los enfoques probados para la fiscalización de drogas, se recortaran los fondos asignados a los programas correspondientes» (Jelsma, 2003: 15). Un análisis de esta controversia revela que era el orden moral prohibicionista, el que se ponía en entredicho si se publicaba el informe porque se desmotaban «las verdades científicas» sobre las cuales se sustenta el prohibicionismo y*

*mostraba la estrecha relación entre la «lucha contra las drogas» y los intereses geopolíticos de los EUA. (...) El «Cocaine Project» representó un análisis crítico que mediante la rigurosidad metodológica permitió obtener resultados sólidos y contrastados sobre la realidad del consumo de cocaína. Tales resultados se entendieron como una herejía porque contravenían los «mandamientos» prohibicionistas. Los resultados eran incómodos en diversos sentidos, a destacar: la multiplicidad de perfiles de usuarios de los derivados de la coca, desmonta la imagen sustentada por el prohibicionismo que todos los consumidores son homogéneos y responden al perfil de problemático y adicto. Entre las consecuencias se señala que una gran parte de consumidores no desarrollan problemas ni se relacionan en contextos marginales ni violentos. Esto desmonta la teoría de la escalada tan divulgada por los expertos anti-drogas con la finalidad de inocular miedo. Además gran parte de los consumos problemáticos de los derivados de la coca son protagonizados por poblaciones empobrecidas, siendo el contexto el elemento que delimita la expresión de los consumos, sean controlados o problemáticos (Llorca y Martínez Oró, 2015).*

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

La presente investigación pretende inscribirse en las líneas metodológicas expuestas en este capítulo, en la posible aplicación de sus resultados con propuestas sólidas y consistentes, para proporcionar elementos de intervención efectiva para la Salud Pública y apoyar un cambio de rumbo en las políticas prohibicionistas sobre las drogas y, en este caso particular, sobre el uso de cocaína.



Foto evocadora del libro de Tom Decorte: *Taming the Cocaine*, 2001.

### 3. EL PARADIGMA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

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

*En las últimas décadas, en plena expansión hegemónica del liberalismo avanzado, o neoliberalismo, la cuestión del riesgo ha ido adquiriendo de forma progresiva una presencia prominente, tanto en el habla experta como profana, instituyendo significados y formas de enunciación que involucran el conocimiento y gestión de fenómenos tan diversos entre sí, como el cuidado de la salud, la preservación de la naturaleza o el control*

*de ciertas conductas desviadas (los llamados comportamientos de riesgo). (...) Tras una segunda lectura se observará como estos distintos fenómenos confluyen y se relacionan entre sí con tal intensidad que llegan a cristalizar en un tipo singular de formación discursiva inscrita en la genealogía del biopoder (Sepúlveda, 2011:251).*

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

El tipo de sociedad en la que estamos inmersos ha sido denominada como post industrial, globalizada, post moderna e incluso (post)-post moderna. Aproximaciones de tipo sociológico basadas en sustanciales y complejas observaciones también la han denominado sociedad del riesgo (Giddens 1995; Beck, 2006; Nichter 2006; Lupton, 2013). Estas conforman una parte importante del bloque teórico dedicado al paradigma de la reducción de daños y riesgos, y especialmente a los conceptos de vulnerabilidad, riesgo y responsabilidad. Nichter (2006:120) define la sociedad del riesgo como «la que emerge en la modernidad tardía y suplanta a la sociedad industrial de clases, se caracteriza por una respuesta individualista al riesgo, al mismo tiempo que disminuye la confianza en el Estado, el futuro aparece incierto y en la que va creciendo la desconfianza en la ciencia como una actividad cada vez más empresarial, privatizada y con fines comerciales».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La primera, conocida como «sociedad del riesgo» (Beck, 1998; Giddens, 1997), considera que la construcción del riesgo tiene que ver con los efectos negativos de la modernización y de la industrialización, centrándose para ello en los aspectos macroestructurales de la organización política y económica de las sociedades modernas.

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

La tercera, que parte del concepto de «gubernamentalidad» de Foucault (1977, 1984), define el riesgo como un fenómeno políticamente construido para dirigir y controlar a la población (representado, por ejemplo, a través de términos como biopolítica o biopoder).

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

El mismo autor distingue diferentes tipos de vulnerabilidad:

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



Lupton (2013) habla sobre la subjetividad del riesgo, entendiéndola como las formas en que las personas construyen sus conocimientos sobre el riesgo en el contexto de sus vidas cotidianas. Como los individuos negocian estos riesgos vividos, incluyendo las prácticas que inician en reacción a sus propias percepciones en términos de evitar el riesgo y reducir los daños. En consecuencia, para entender mejor las intervenciones de reducción de daños y riesgos de los individuos, necesitaremos conocer y comprender mejor las relaciones sociales que suceden alrededor del riesgo y de la vulnerabilidad, es decir, los riesgos que amenazan a la identidad social y a las relaciones sociales existentes o potenciales. Cuando la salud se considera una responsabilidad individual, se reducen las posibilidades de que se emprendan acciones colectivas, y éstas deberían considerarse como uno de los pilares de la salud pública, tanto por su efectividad como por su potencialidad preventiva.

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

El consumo de drogas está sujeto de manera especial a los mecanismos de control social, tanto a nivel formal como informal. Los usuarios menos visibles para el sistema (los que no están en tratamiento o no han sido nunca penalizados) se ven más influenciados por el control informal, incluyendo conocimientos, creencias y consejos asequibles a su red social; sus percepciones pueden contribuir, pues, al desarrollo de una propuesta de minimización de daños que se base en la realidad del ambiente en el que se consumen drogas (Erickson, Watson y Weber, 1995). Los usuarios que han

sido institucionalizados, ya sea desde el nivel salud como en el nivel jurídico, permanecen sujetos a los controles de tipo formal por el simple hecho de haber sido etiquetados como «enfermos», o bien por haber tenido pleitos legales.

Al mismo tiempo, el uso de psicoactivos continúa siendo un tema tabú, cercano y asociado a conductas de riesgo. Douglas (1973) reivindica en su libro *Pureza y Peligro* la racionalidad del comportamiento de las sociedades primitivas en relación al tabú, interpretándolo como un mecanismo para proteger la sociedad contra las conductas que pueden ser peligrosas o que representan amenazas, y no como un hecho incomprensible o irracional. El tabú está estrechamente relacionado con el riesgo, el miedo a la contaminación, a la pérdida de control o al miedo al descontrol. Un peligro compartido es la mejor amenaza de que toda la sociedad se contamine, es un arma para controlarse recíprocamente (Douglas, 1973:16). De esta manera se ha construido socioculturalmente la percepción hacia el consumo de drogas y sus usuarios, y de ahí se fundamentan, también, las políticas prohibicionistas.

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

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

La significación hegemónica del riesgo devela en su trayectoria un triple proceso de colonización caracterizada por: en primer lugar, la colonización de su campo semántico, al cual quedará fijado por los conceptos de peligro y amenaza que actuarán no solo como pivotes en el proceso de su significación, sino que además actuarán como «suplementos», imponiendo un juego de

equivalencias, como si en el proceso de su significación pudiesen intercambiarse uno con otro sin llegar a alterar su significado final; en segundo lugar, un proceso de colonización caracterizado por la institucionalización del riesgo, en tanto que la modernidad institucionaliza el principio de la duda radical, recalcando de este modo que todo conocimiento adopta siempre la forma de hipótesis. Y en tercer lugar, en tanto su significado apunta al despliegue de la voluntad individual, los resultados imprevistos (es decir, el riesgo) serán consecuencia —en gran medida— de nuestras propias actividades o decisiones, en lugar de ser una expresión de ocultos significados de la naturaleza o de las inciertas intenciones de una divinidad (Giddens, 1994 en Sepúlveda, 2011:253).

En el contexto actual de la globalización, según Arana (2003), las drogas se han convertido en una especie de comodín que está presente en la mayoría de conflictos sociales de carácter global, por eso también se lo denomina —utilizando la terminología de Marcel Mauss— un fenómeno total. Este protagonismo se puede ejemplificar con el mayor control policial de los espacios, terrorismo, militarización, inmigración ilegal, blanqueo de capitales, tráfico de armas... Estos fenómenos inciden directamente e indirectamente «en la restricción de derechos y libertades de los ciudadanos y en la limitación de la soberanía de los Estados. Estados tildados de democráticos actúan de una manera muy poco democrática en otros países y en sus propios territorios teniendo como telón de fondo el fenómeno social de las drogas» (Arana, 2003:118).

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

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

Desde mediados de los 80 en Europa y EEUU y principios de los 90 en nuestro país se inician las políticas de reducción de daños y riesgos frente a los postulados y posiciones abstencionistas y prohibicionistas; tienen el objetivo de proteger la salud de los consumidores de drogas desde la eficiencia y el pragmatismo de sus intervenciones a partir de un enfoque social que, al mismo tiempo, realiza tareas de promoción de la salud, ocupándose de todas las problemáticas asociadas al consumo. Estas políticas se basan estrictamente en los principios de comprensión y aceptación de los consumos de drogas y sus consecuencias frente al idealismo moral. Las políticas de reducción del daño han sido apoyadas y desarrolladas por un rango muy amplio de actores de diferentes perfiles, profesionales de la salud, usuarios de drogas, investigadores y activistas de derechos humanos. Si partimos de la idea de que anteriores planteamientos frente al consumo de drogas fueron los abstencionistas —todavía vigentes en muchos países y sectores— no resulta extraño que los posicionamientos de reducción de daños y riesgos planteen y alumbren realidades incómodas o desmonten estructuras doble moralistas alrededor de un fenómeno social como es el consumo de drogas, ya sea legal o ilegal.

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

En occidente, el fenómeno protagonizado por los consumidores de heroína en los años 70, 80 y principios de los 90, asociado a la infección por el VIH, la Hepatitis, las sobredosis y un determinado estilo de vida forjado por las desigualdades existentes en la estructura social, moldearon la imaginaria relacionada con el concepto de droga y su asociación a términos como problema, delincuencia, enfermedad y desviación del comportamiento. La progresiva secularización de la sociedad no ha permitido que nos libremos del juicio moral aplicado al concepto de placer inducido por el consumo de

sustancias psicoactivas —que, por otra parte, ha formado parte de la cultura de la humanidad en muchos de sus aspectos, desde la perspectiva cultural, religiosa, lúdica y de atención a la salud—, ni tampoco denunciar desde qué instancias se constituyen las bases para determinar los límites de los comportamientos desviados.

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

El sistema legal internacional sobre consumo de sustancias psicoactivas, regido por la Convención Única sobre estupefacientes celebrada en 1961 por la ONU en Viena, es el marco jurídico de referencia para todos los países adscritos, pero con la particularidad de que cada país interpreta la intensidad con la que aplicarlo, según su tradición histórico cultural o político religiosa, o

simplemente por las características medioambientales que permiten el cultivo de determinadas plantas u otras. Cabe señalar aquí que el propio texto de la Convención Única, en su preámbulo, alude a términos tan etéreos como el de la moral o el mal sin reparar en detalles ni explicaciones<sup>19</sup>:

*Las partes,*

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

Este marco referencial hace posible que, por ejemplo en Indonesia, Tailandia, China, Rusia, Arabia Saudita o La India —por citar sólo algunos países—, dispongan de leyes que permitan ir a la cárcel bajo cadena perpetua o incluso aplicar la pena capital por pequeñas posesiones o consumo de drogas ilegales o, simplemente, por llevar encima utensilios destinados a ese fin, y ya no digamos si la intención era la de comerciar con ellas. Recientemente, algunos países como Italia, que mantenían políticas represivas muy duras contra el consumo de cannabis, han modificado su legislación y han reconsiderado la cuestión despenalizando el consumo y el porte de pequeñas sustancias para el uso personal. Diferente es el caso de Francia, que no ha reconsiderado sus leyes, pero que aplica con menos dureza y menos frecuencia las penas por posesión y consumo. Otro caso es el de Uruguay, que legalizó en 2013 el consumo lúdico y terapéutico de marihuana y permitió su comercio bajo control estatal, caso similar al de Portugal, que despenalizó en 2001 el consumo personal de esta droga y la tenencia para los mismos efectos. Existen también los casos de Alaska, Oregón, Colorado y Washington, que han legalizado el uso recreativo y terapéutico de la misma planta.

---

<sup>19</sup> El término "salud moral" no se encuentra en el texto original en inglés el cual hace referencia únicamente a: "la salud y el bienestar de la humanidad".

Otro aspecto a destacar, fruto de las disparidades acontecidas a merced de las actuales políticas de drogas, podemos observarlo en lo que denominamos cuarto mundo o zonas deprimidas en grandes y medianas zonas urbanas. La pobreza, la marginación y las desigualdades de acceso a la educación, al trabajo, a los servicios básicos de salud y a la vivienda llevan al hacinamiento de miles de personas subsistiendo en condiciones de miseria y en donde el micro mercadeo de sustancias de subsistencia, como el *crack* o la heroína, aparecen como único remedio al sufrimiento (Bourgois, 2004).

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

Por otro lado, los mercados internacionales de drogas ilegales configuran uno de los más lucrativos después del de las armas, y los enormes costes generados por la denominada guerra contra las drogas no han conseguido sus objetivos (Rolles *et al.*, 2012). ¿Qué está pasando en nuestro mundo con las políticas de drogas? ¿Quién debería poner orden y promover democracia cuando hablamos de consumo y mercado de drogas? Obviamente, los mismos gobiernos, pero de momento, y digo de momento porque difícilmente parece que puedan darse algunos cambios en la próxima revisión de los Convenios Internacionales en la reunión de la UNGASS 2016 (*Special Session of the Union Nations General Assembly on the World Drug Problem*), los mismos consumidores (ocasionales, recreacionales, instrumentales, dependientes), usuarios de servicios, afectados por las políticas de drogas y también profesionales del ámbito que han tomado la iniciativa para promover el cambio. Veremos en las siguientes páginas parte de la historia de la formación

de los grupos organizados de consumidores de drogas ilegales y algunos ejemplos para ilustrar las aportaciones realizadas.

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

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

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

1. Es una alternativa de Salud Pública a los modelos de enfermedad y criminalización, basados en una concepción moral determinada.

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



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

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

El modelo de enfermedad y el moral han compartido y comparten también otra gran premisa: la abstinencia es el único objetivo aceptable, ya sea mediante el tratamiento o la encarcelación de los individuos. Por lo tanto, no son ni el gran número de reincidentes entre la población presa liberada, ni la enorme cifra de recaídas entre personas que han realizado tratamiento para la deshabituación. Siempre, en todo caso, el objetivo de abstinencia continúa siendo la gran meta a conseguir: tolerancia cero y alta exigencia como modelo a seguir. Pat O'Hare pionero del fenómeno de la reducción de daños y riesgos, junto al Dr. John Marks promotor desde 1982 de programas de dispensación de heroína inyectada también en Merseyside (Liverpool), (Grup Igia, 1996), hace referencia al pensamiento de Gerry Stimson, que ha sido asesor para la *World Health Organization*, la UNAIDS, UNODC y World Bank en materia de drogas, y también es un referente internacional en materia de reducción de daños, dice que:

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

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

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

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

En el contexto de reducción de daños, un par es una persona que ha vivido situaciones similares a las que se enfrentan los usuarios que un dispositivo asistencial atiende. Esto significa que un trabajador o interventor de pares puede participar en los distintos programas posibles por su presente o pasada vinculación en contextos de calle, la edad, la identidad sexual, la situación vital, incluso tipos específicos de uso de sustancias, por nombrar algunos. En general, un par tiene algún tipo de conocimiento a través de su experiencia que puede ofrecer resultados positivos en la prestación de servicios a un grupo en particular. Además del conocimiento experiencial, las intervenciones de pares pueden aportar credibilidad y confianza a un proyecto

o intervención en el que los proveedores de servicios regulares pueden encontrar dificultades, ya que los usuarios pueden desconfiar y evitar el contacto con el tipo de ayuda oficial (*Reducción de Daños, Toronto, Grupo de Trabajo, Manual Peer, 2003*).

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

Los programas basados en el acercamiento a usuarios de drogas en los lugares en los que estos las consumen es el ejemplo paradigmático de esta premisa, eliminando las barreras ideológicas y prácticas que los dispositivos de atención han mantenido tradicionalmente. Reducir el estigma que supone acceder a los centros de atención por problemas relacionados con las drogas continúa siendo un obstáculo importante, y también sigue siendo dificultoso el proceso de normalización de las intervenciones con poblaciones que realizan consumos o prácticas de alto riesgo. «La discriminación en el ámbito laboral, por ejemplo, es una consecuencia de este estigma, por lo tanto presentarse a un servicio puede, además, ocasionar daños relacionados con la droga por la pérdida del empleo, que intrínsecamente no se derivan del consumo de drogas, sino que son un producto de la reacción social» (O'Hare, 1995:20).

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

La irrupción de este tipo de intervenciones supuso una ampliación en el cambio de actitudes hacia el fenómeno, facilitando la aceptación —poco reflexiva si se quiere— de que los modelos asistenciales orientados en exclusiva a la abstinencia eran insuficientes. No procedía continuar con actuaciones más centradas en la sustancia que en el sujeto y sus relaciones.

Dichas respuestas parciales eran poco efectivas y las actuaciones ya no podían tener aquel grado de rigidez propio de la improvisación inicial, a pesar de las buenas intenciones de aquellos que se atrevieron a actuar en un contexto de rechazo y negación, tanto hacia los usuarios como hacia los profesionales, especialmente en los contextos sanitarios y psiquiátricos más formales, desplazando las respuestas al contexto de unos servicios sociales que también estaban buscando nuevas identidades (Romaní, 1999; Romaní, Baulenas, Borràs, Fernández & Sanchez, 1993, en Borràs & Trujols, 2013).

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

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

### 3.4. Antecedentes y aportaciones del movimiento social de consumidores

Debemos situar la génesis de los movimientos sociales de consumidores de sustancias en los primeros grupos de autoayuda en los años 50 en EEUU. Estaban formados por personas afectadas por la misma situación y que se reunían para conseguir unos mismos objetivos, ya fuera por supervivencia reactiva —hacia enfermedades, duelos por pérdidas traumáticas o lucha contra injusticias sociales— o por supervivencia proactiva, la cual configuró el paradigma de acciones orientadas al cambio social (Grup Igia, 1996). Este tipo de prácticas proporcionan alternativas o complementariedades a determinadas problemáticas que no pueden ser solventadas plenamente en el ámbito de la medicina convencional. Será, pues, en este espacio entre la autoatención y los recursos asistenciales propiamente dichos donde situaremos, desde la óptica de la antropología médica, el ámbito de trabajo de este tipo de movimientos sociales<sup>20</sup>.

Samuel Friedman introdujo en la Conferencia Internacional del SIDA en Washington (1987) el primer intento de clasificación de los grupos organizados de consumidores, según su orientación inicial (consumo de menos riesgo, políticas de drogas, tratamiento...) y según su naturaleza de liderazgo: consumidores en activo, ex consumidores, en tratamiento o en combinación de todos ellos. De los primeros grupos de autoayuda y de las primeras investigaciones en los años 70 en este campo, en EEUU surgió el denominado «modelo americano» de grupos relacionados con el consumo de drogas, concretamente conocidos como Grupos de Prevención de Recaídas (*After Care/Relapse Prevention*), entre los cuales podemos destacar RTSH (*Recovery Training and Self-Help*), CGSH (*Clinically Guided Self-Help*) o ADAPT (*Association for drug Abuse Prevention and Treatment*) formado en 1985 por ex usuarios neoyorkinos (Borràs *et al.*, 2000:24).

Friedman y Des Jarlais investigaron y publicaron, a lo largo de los años 80, numerosos artículos relacionados con el tipo de conocimiento surgido de la

---

<sup>20</sup>Para un buen análisis crítico sobre el papel de los grupos de autoayuda en salud ver: Canals (2002).

propia experiencia de los consumidores en EEUU, y veían en las prácticas rituales, en las técnicas y en las pautas de relación entre iguales, con la sustancia y el entorno, las capacidades necesarias para generar desde dentro respuestas basadas en la autoorganización. Esta estrategia permitió evitar inicialmente la propagación del VIH entre estos grupos y propiciar los mecanismos efectivos de promoción de ayuda mutua necesarios para conseguir sus objetivos.

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

Estos dos modelos, ya desde sus inicios, esquematizan bien los dos subtipos, con sus múltiples variantes, que caracterizarán las asociaciones de consumidores según su composición. En relación a sus objetivos, Southwell (2010) conceptualiza las organizaciones de usuarios en: *Grassroots activisms* (activismo de base), el objetivo de los cuales es el desarrollo de intervenciones de fomento de la salud, compartiendo creencias comunes, valores y patrones de comportamiento en los mismos escenarios de consumo de drogas ilícitas, y los *Treatment consumerism* (usuarios en tratamiento), quienes tienen por objetivo la abogacía para un tratamiento eficaz, incluyendo los tratamientos sustitutivos con opiáceos y la defensa de las personas beneficiarias de los sistemas de tratamiento.

En 1980 ya existían quince asociaciones en relación a la defensa de los consumidores de drogas en los Países Bajos y, posteriormente, grupos de consumidores empezaron a organizarse por toda Europa: en Alemania, la JES

(*Junkies, ex-user People in Opiate Substitution Treatment*), en Francia, la ASUD (*Self-Support for Drug Users*), y en Dinamarca, la *Danish Drug Users Union*. Luego, durante la década de los 90, se crearon otras organizaciones de consumidores por toda Europa: en España, la Asociación somos útiles (ASUT), con el apoyo de *Auto-Support des Usagers de Drogues* (ASUD); en Suecia apareció la *Swedish Drug User Union*, gracias al soporte de los grupos organizados de Dinamarca. Lo mismo pasó en Eslovenia o Croacia de la mano de grupos Holandeses.

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

Durante este período los programas y la filosofía de trabajo de la reducción de daños emergían progresiva y diversificadamente en distintos países, demostrando ser más eficaces que los programas libres de drogas (abstencionistas) en muchos aspectos, teniéndose que adaptar a las particularidades que cada realidad local ofrecía. Así fue como, por ejemplo, el primer programa de intercambio de jeringuillas fue iniciado por la *Junkiebond* de Róterdam en 1981 para ofrecer soluciones a la hepatitis B (Borràs *et al.*, 2000). Otra innovación en este campo, surgida dentro del colectivo de consumidores de drogas a mediados de los 90, fue la invención de unas pipas para fumar crack que evitaban la inhalación de ceniza y otros productos tóxicos muy dañinos para los pulmones de los consumidores. Desgraciadamente, las medidas de mejora de la salud para este tipo de consumidores no han conseguido ni el alcance ni la consolidación que sí han tenido los programas de intercambio de jeringuillas (Southwell, 2010).

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

En 1990 se creó la primera red europea de grupos de consumidores, el EIGDU (*European Interest Group of Drug Users*) con el objetivo principal de sensibilizar a los responsables políticos, ejercer presión y animarles a acelerar el establecimiento de programas de reducción de daños. Esta red cesó su trabajo en 1994 por falta de fondos. Como una alternativa para la red internacional, el LSD (*Dutch National Interest Group of Drug Users*) decidió instaurar el IDUD (*International Drug User Day*), que se celebró durante el período de 1995-2003. Los consumidores de drogas y sus organizaciones podrían satisfacer así sus necesidades formativas e inspirar al mismo tiempo a los demás con sus proyectos y acciones. La idea de la organización del IDUD era práctica y sencilla: debería ser un punto de encuentro para los usuarios de drogas con el fin de aprender unos de otros los usos más seguros de las sustancias psicoactivas, cómo tener sexo más seguro y qué estrategias o formas de influir se podían aplicar sobre los responsables políticos (Van Dam, 2008: 61).

En 1996 se crearon las *International Harm Reduction Association Conferences* (IHRAC) como una evolución de las *International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*, la primera de las cuales se celebró en Liverpool en 1990. Esta ciudad fue una de las primeras en implantar los programas de intercambio de jeringuillas y ha sido considerada un modelo de



actuación: el *Mersey Harm Reduction Model*, como ya se ha reseñado anteriormente. Esta plataforma internacional fue creciendo progresivamente en popularidad y se convirtió en un punto de encuentro anual para los activistas y consumidores de todo el mundo. La IHRA ha sido un gran apoyo para la concesión de becas a muchos activistas de la comunidad de grupos organizados de consumidores, especialmente de los países menos desarrollados económicamente. Por tanto, las conferencias de IHRA han consolidado una etapa muy importante para los defensores de los consumidores y activistas para elevar sus voces y difundir sus opiniones en el ámbito internacional.

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

*La Declaración de Vancouver (fragmento inicial)*

*Somos gente de todo el mundo que utiliza drogas. Somos personas que han sido marginadas y discriminadas; se nos ha matado, herido innecesariamente, encarcelado, representadas como el mal, y estereotipadas como peligrosas y desechables.*

*Ahora es el momento de levantar la voz como ciudadanos, establecer nuestros derechos y reclamar el derecho a ser nuestros propios portavoces que se esfuerzan para la auto-representación y auto-empoderamiento (...)*

Actualmente, la INPUD tiene alrededor de unos cuatrocientos miembros individuales y muestra representación en Australia, India, Birmania, Malasia, Rusia, Indonesia, Canadá, Europa, Estados Unidos, Nueva Zelanda y América

Latina, creando grupos regionales como el ANPUD (*Asian Network of People who Use Drugs*), el EuroNPUD (*European network of people who use drugs*) y el objetivo de seguir creando grupos regionales en América Latina, Oriente Medio y África del Norte. En Afganistán, Georgia, China, Pakistán y Nepal se han implementado programas para la promoción de intervenciones entre iguales y la formación para promover acciones de abogacía en comunidades locales.

Otras redes y plataformas destacables se crearon durante el final de la década de los 90 y los primeros años del 2000, como por ejemplo la CEEHRN (*Central and Eastern European Harm Reduction Network*) creada en 2003/4 para la evaluación de las necesidades de las organizaciones de consumidores de drogas en países como Armenia, Bielorrusia, Bulgaria, Croacia, Estonia, Georgia, Kazajstán, Lituania, la antigua República Yugoslava, Moldavia, Polonia, Rumania y Ucrania. ENCOD (*The European Coalition for Just and Effective Drug Policies*), creada en 1994 como una red europea formada por 175 organizaciones y ciudadanos afectados por las actuales políticas de drogas, entre las cuales se incluían grupos de consumidores de drogas ilegales, organizaciones de reducción de daños, grupos de investigación, grupos de activistas y miembros individuales (Hunt *et al.*, 2010). Actualmente las acciones del ENCOD se centran en el desarrollo de estructuras y debates para la legalización de los CSC (*Cannabis Social Clubs*).

Para terminar y como última instancia hablaré de las CLAT (*Conferencias Latinas sobre Reducción de Daños*). Estas conferencias fueron diseñadas desde el trabajo de una red de equipos junto con asociaciones de diversos países de habla latina —Portugal, España, Francia, Italia, Suiza y algunos países de América Latina— y coordinadas por Grup Igia; se realizaron en Barcelona (CLAT 1, 2001), Perpignan (CLAT 2, 2003), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona (CLAT 3, 2005) Milán (CLAT 4, 2007) y Porto (CLAT 5, 2009). Desde sus orígenes, las CLAT's trataron de promover la reflexión y el debate transnacional sobre la reducción de daños en tanto que políticas e intervenciones, conceptos y prácticas asociadas, y el intercambio de conocimientos y experiencias muy directamente relacionadas con las

experiencias de los grupos consolidados de consumidores de drogas ilegales del ámbito latino. La necesidad de reivindicar la identidad y cultura latina frente a la hegemonía ejercida por los países anglosajones en relación a la reducción de daños y riesgos, fue uno de los principales motivos de la realización de las CLAT.

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

En España, las personas que usan cannabis y/o las personas que consumen drogas ilegales a modo instrumental recreacional en espacios de ocio nocturno, o simplemente por placer, han encontrado al menos desde los años 90 espacios de socialización no marginalizados en los cuales se han creado identidades no conflictivas. Esta circunstancia ha permitido crear actividades no estigmatizadas e incluso de normalización y regulación del uso de sustancias psicoactivas vinculadas directamente a determinados estilos de vida, a consumir en el tiempo libre del fin de semana o a decidir incluir en la vida cotidiana el uso de las mismas. Las evidencias empíricas según Martínez Oro (2014) muestran cómo los consumidores utilizan las drogas para obtener beneficios e intentan evitar la aparición de los daños además de constatar que, en el actual escenario de normalización, la capacidad de gestión de los riesgos de los consumidores, la institucionalización y eficacia simbólica del discurso de la regulación restringe la aparición de problemas.

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

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

Las organizaciones de reducción de riesgos (diferenciadas de las de reducción del daño<sup>21</sup>, asociadas al consumo de cocaína y heroína por vía inyectada o fumada, principalmente) surgen de la necesidad de acudir a los espacios de ocio nocturno en los que se suponía una alta incidencia de consumos de drogas de tipo recreativo. Esta práctica permitió la creación y la difusión de mensajes apropiados para los consumidores, el desarrollo de técnicas de laboratorio para el análisis de sustancias previos al consumo, el conocimiento ampliado de las características de sus protagonistas y la extensión de este conocimiento fuera del terreno festivo y del ocio nocturno (Parés, 2013). Estos grupos organizados en relación a la promoción de la reducción del riesgo en los espacios de ocio no pueden describirse en su totalidad como consumidores de sustancias ilícitas, puesto que gran parte de ellos son configurados por profesionales del ámbito de la educación y la psicología, y también por personas afines al fenómeno, pero han ejercido y ejercen la misma función de garantizar unos mínimos informativos y de seguridad para sus usuarios, reivindicar el derecho a la libertad individual y presionar a los estamentos políticos para que reconozcan su práctica y el éxito de sus resultados. Podemos destacar en este campo a la pionera *Safe House* en Ámsterdam (1991) (Grup Igia, 1996), *Techno +* creada en Francia en 1995, y a *Energy Control* en España, creada en 1997.

---

<sup>21</sup> Aunque existen tendencias a diferenciar claramente las intervenciones de reducción de riesgos y las de reducción de daños, desde mi punto de vista no debemos separar ambos conceptos y deberíamos apostar siempre por una concepción amplia e integrada de reducción de daños y riesgos.

A nivel europeo, la red de organizaciones NEWIP (*Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project*) actúa en los espacios de ocio nocturno con los profesionales de este sector, con las autoridades y los organismos locales y regionales, y también con los profesionales de atención a las drogodependencias e investigadores científicos.

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

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

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

Sintéticamente, las principales aportaciones de los consumidores de drogas a las políticas de drogas que se desprenden de lo hasta ahora planteado son las siguientes<sup>22</sup>:

- Las reivindicaciones en contra del prohibicionismo, desde posiciones honestas y valientes, de defensa de las libertades individuales y de reconocimiento del consumo responsable o de los derechos más fundamentales desde el consumo problemático.
- El cuestionamiento del discurso social e institucional hegemónico derivado del paradigma médico y jurídico clásico. La llamada a la ciudadanía a salir del armario del consumo de psicoactivos, sin complejos, podría aportar gran potencia y efectividad a las reivindicaciones de los grupos organizados hacia los estamentos prohibicionistas.
- La lucha contra la marginación, la estigmatización social, la vulnerabilidad (enfermedad, muerte, reclusión), la criminalización y la deslegitimación del estatus social del consumidor de drogas ilegales.
- El principio de igualdad en las organizaciones de apoyo entre consumidores de drogas ha puesto en relieve la importancia de las diferentes alternativas al modelo tradicional de las intervenciones sociales y de salud entre usuario y profesional, ofreciendo un enfoque y una metodología de promoción de la salud diferente, basados en la reciprocidad, proporcionando una oportunidad para centrar los servicios a las necesidades reales de los ciudadanos.
- Desde el punto de vista de los dispositivos de atención, se han aportado mejoras en la flexibilización de los mismos y se ha optimizado el trabajo de campo, sobre todo el de acercamiento a poblaciones vulnerables y ocultas; también ha habido aportes a la investigación para mejorar los servicios, se han reivindicado mejoras y se han diversificado los

---

<sup>22</sup>Para ampliar el tema del asociacionismo de usuarios de drogas ver: WAAW (*What about and about Who?*) Llorca y Borràs 2009. <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pla-daccions-sobre-drogues-de-reus/> (video 2). Documental autorrealizado por el Pla d'Accions sobre drogues de Reus y Hokusai Films. Consultado por última vez: 29/09/2015.

tratamientos y la formación de profesionales desde el conocimiento del consumo experto.

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

La reducción de daños ya ha motivado un cuestionamiento del papel y la función de las leyes sobre drogas actuales. Ya que el daño más obvio que ocasiona el uso de ciertas drogas es el riesgo por procesamiento o por posesión, debido a su estatus legal, una perspectiva de reducción de daños plantea la cuestión de si las leyes existen para reducir el daño que el uso de drogas causa, o si son una manifestación de los valores dominantes de la sociedad. Estas cuestiones no pueden resolverlas únicamente los médicos u otros expertos, sino que deben estar determinadas mediante una consulta lo más extensa posible (O'Hare 1995:21).

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

se prolonga hacia el ámbito jurídico continuaremos dándole vueltas a cómo reducir los daños causados por el prohibicionismo.

Para finalizar este capítulo me referiré a las ideas de dos autores que están trabajando intensamente en el tema de la reducción de daños y riesgos en Catalunya. Por un lado tenemos a Parés (2013:88), quien refiere que «la teleología de la reducción de riesgos es exorcizar al prohibicionismo y con ello, darse por auto extinguida», genial aportación desde mi opinión, pues comparto con él que mientras las políticas prohibicionistas ejerzan un poder hegemónico sobre las libertades individuales, la reducción de daños y riesgos y el proceso de desmantelamiento del prohibicionismo son las vías de oposición coherentes que los investigadores y los profesionales debemos mantener y defender. Si esto fuera posible, con mucho gusto nos dedicaríamos a otros temas y quehaceres. El segundo autor a reseñar es Martínez Oró (2014:197-198), quien señala en su tesis doctoral que «en definitiva, los consumidores podrán conseguir su plena normalidad cuando se produzca la reforma legal que posibilite la regulación jurídica. El nuevo ordenamiento permitirá velar por sus derechos y deberes, a la vez que se desvanecerán los efectos de la clandestinidad de las sustancias, a la vez que se ahorraran partidas del erario público destinadas a la lucha contra la droga. Si el Estado toma el control de la producción, distribución y venta de las sustancias, la Salud Pública mejorará, las sustancias se convertirán en una fuente de ingresos y los consumidores mejoraran su calidad de vida. Este es el proceso al que debemos dar inicio como sociedad si no queremos reiterar los errores del pasado que tanto mal han producido». Lejos de querer mostrar un discurso subversivo y contestatario con estas líneas finales, pretendía recordar que este discurso, pragmático ante todo, ya fue escrito por muchos expertos implicados en la gestión de los efectos secundarios de las políticas de drogas. *Repensar las drogas*, de Grup Igia (1989), no sólo planteaba lo citado, sino que lo hacía en un momento histórico mucho más complicado social y políticamente en materia de drogas. Por todo lo que significa Grup Igia para mí, dedico este final a reivindicar su esfuerzo y trabajo transdisciplinar y comprometido.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez

## **4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA**

Una vez conocido el marco teórico desde el que trabajo, creo que es hora de conocer qué es lo que quiero conseguir con esta tesis (objetivos) y desde dónde y cómo lo he hecho para llegar a ellos (metodología).

### **4.1. Objetivos**

#### **Objetivo principal**

Conocer la naturaleza del consumo de cocaína – técnicas, usos e implicaciones - para identificar las variables socioculturales que influyen en la salud de los consumidores, su carrera de consumo, su entorno y las variables que influyen en la toma de riesgos o prácticas de protección, poniendo especial atención en cuestionar el “modelo de adicción como enfermedad biológica” y proponer alternativas al mismo.

#### **Objetivos específicos:**

1. Describir los diferentes usos y preparados a partir de la cocaína (clorhidrato).
2. Analizar diferentes contextos, escenarios, controles sociales formales/informales, itinerarios, experiencias y pautas de consumo de cocaína.
3. Describir pautas de organización y reorganización de la vida durante las diferentes etapas de consumo.
4. Analizar los determinantes sociales en salud que implican establecer o no un consumo problemático.
5. Establecer propuestas de intervención (individuales y de salud colectiva) en cuanto a la prevención de aparición de problemas derivados al consumo de cocaína.

## 4.2. Introducción y nota del autor sobre el trabajo de campo

Me parece indispensable empezar este bloque metodológico citando, en primer término, la revisión que una de las publicaciones de la colección de antropología médica de la editorial de la URV ha dedicado a discutir sobre «Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto» (Romaní, ed., 2013). No lo cito sólo por considerarlo un material reciente y actualizado, hijo de una institución cercana a la que considero pionera y experta en esta materia, sino por las profundas críticas y autocríticas realizadas hacia la práctica antropológica y etnográfica. Todo esto, ubicado en un escenario científico en el que el uso de técnicas cualitativas en el campo de la salud está experimentando un auge importante y que, a la vez, está generando una gran variedad de productos híbridos —muchas veces mal calificados como resultados derivados de métodos etnográficos— para resolver problemas y situaciones relacionadas con la salud. Al mismo tiempo, estos estudios son protagonizados por diferentes profesionales no exclusivamente antropólogos y, a veces, si se da el caso, no en las condiciones necesarias para realizar una buena etnografía.

Existe un gran número de informes, artículos y libros —correspondientes en su mayoría a trabajos de consultorías— que se refieren al uso o al deseo de utilizar la etnografía como método de abordaje de la realidad, que se expresan en los siguientes términos: Se ha realizado «acercamiento etnográfico», «enfoque etnográfico», «orientación etnográfica», etc. Estos términos suelen ser utilizados por antropólogos que no han convivido con el grupo de estudio, sino que, en la mayoría de los casos, simplemente han utilizado una metodología cualitativa a través de la técnica de entrevista, grupo focal y, a veces, la observación. No obstante, dejan entrever que han realizado etnografía. Estas prácticas se encuentran plasmadas en estudios para proyectos de organizaciones no gubernamentales (ONG), agencias de desarrollo y en el propio ámbito académico. También es común encontrar estudios en los que se menciona la utilización de la observación participante, aunque en realidad sea una indagación corta en el interior de alguna institución

sanitaria o la utilización de la técnica de entrevista «dentro» de una unidad doméstica o en un servicio de salud. Existe una confusión que, si bien es entendible en las ciencias de la salud, no se justifica dentro de las ciencias sociales (Ramírez, 2013:51).

En este sentido es importante situar minuciosamente mi posición como investigador y bajo qué condiciones y características se ha realizado el trabajo de campo. Muchos autores resuelven el bloque metodológico simplemente describiendo los procesos interpretativos de la fenomenología como método o teoría de investigación e interpretación de los discursos y las prácticas que ofrece, sin invertir tiempo ni esfuerzos en reflexionar sobre cómo se han obtenido los datos, y mucho menos en contrastar la información obtenida con los datos de campo, que muchas veces pueden contradecir o enriquecer realidades obviadas, olvidadas o inintencionadamente veladas.

Desde 2005 desarrollo mi actividad profesional en un servicio hospitalario de tratamiento y apoyo a personas con problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (Servei d'Addiccions i Salut Mental, Hospital Universitari Sant Joan de Reus/Pla d'accions sobre drogues) SASM, provincia de Tarragona, realizando tareas de desarrollo de proyectos de Salud Colectiva<sup>23</sup> y reducción de daños y riesgos entre la población consumidora y policonsumidora de drogas de todo tipo. Gran parte de los proyectos a los que me he dedicado se han dirigido a personas que realizan consumos de riesgo y que, en consecuencia, han sufrido daños relacionados con ellos: infecciones víricas como hepatitis y VIH; problemáticas sociales como por ejemplo el encarcelamiento, desestructuración de las relaciones personales y sociales y, por último, falta de trabajo, problemas familiares, de relación con los recursos o dificultades para organizar aspectos importantes de la vida. No todos estos problemas son derivados del consumo de sustancias psicoactivas, ni mucho menos, pero en la práctica -y a veces de manera contradictoria- la dimensión consumo se convierte en puerta de entrada a los recursos asistenciales.

---

<sup>23</sup>Aunque inevitablemente el concepto de Salud Pública ha sido usado en este trabajo repetidas veces, debo aclarar aquí que el de Salud Colectiva se adapta mejor a las necesidades y realidades actuales. Éste último, "radica en mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad de manera distinta, o sea, ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad. Se requiere además, cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico ante el compromiso de alcanzar logros prácticos". Granda, (2004).

Para la atención específica a este perfil de personas se creó en 1998 el espacio de acogida y de actividades de reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas (La Illeta),<sup>24</sup> el cual ofrece servicios básicos como; duchas, lavadoras, alimentación y actividades de formación, relación y de promoción de la salud y de inclusión social. Vinculada a estos recursos se estableció en 1999 la asociación ARSU<sup>25</sup> (Associació Reus Som Útils) formada por consumidores en activo, ex consumidores y personas afines. Desde un primer momento la posibilidad de colaborar activamente con esta asociación fue una de las opciones que se me plantearon y que, por suerte, no dejé escapar. Durante los primeros meses de actividad en este conglomerado de instituciones y proyectos experimenté y tomé conciencia de los prejuicios y desconocimiento hacia el colectivo que yo mismo protagonizaba. Por ejemplo más de una vez, algún usuario del servicio me había confundido como un usuario del servicio más, y se me había acercado a pedirme “trankimazines” o información para pillar heroína o lo que sea. Después de la inicial sorpresa, esa confusión tuvo un efecto positivo en todo este proceso de inmersión y reconceptualización del fenómeno, ¿quién era o es entonces “el otro”? pensaba yo. Con los años este tipo de confusiones no se repiten tanto, pero continuó haciéndome la misma pregunta muchas veces.

Debo confesar que no fue cómodo ni fácil empezar a trabajar con un colectivo de personas, la mayoría policonsumidoras: inyectores, fumadores de heroína y cocaína base, benzodiazepinas, alcohol...). Aunque había realizado las prácticas de Trabajo Social en un Centro de Atención y Seguimiento (CAS) a las drogodependencias en Lleida, puedo asegurar, y esto no es ningún secreto, que uno sale de la Universidad sin apenas conocer la realidad a la que se va a enfrentar. Me costó muchos meses deshacerme de todos los estereotipos y preconcepciones hacia el mundo marginal del uso de drogas, pues, el miedo y el desconocimiento pueden paralizar y distorsionar cualquier aprendizaje o inicio de relación. Voy a poner otro ejemplo, la primera reunión de ARSU a la que acudí, uno de los miembros acabó estampando un cenicero de barro en la cabeza de otro, después de una disputa sin motivo aparente,

---

<sup>24</sup> [http://www.infodroguesreus.com/?page\\_id=39](http://www.infodroguesreus.com/?page_id=39)

<sup>25</sup> [www.arsu.es](http://www.arsu.es)

abriéndole una considerable brecha en la cabeza. La reunión terminó al instante llamando a la ambulancia y mediando entre los enfrentados mientras mis piernas temblaban. Situaciones de este tipo, después de diez años de convivencia puedo asegurar que son excepcionales y que fue mala suerte empezar con tan mal pie.

En otras ocasiones era y es frecuente observar a miembros de la asociación dormirse bajo los efectos del alcohol y las benzodiazepinas, o simplemente esperar para realizar la reunión semanal y que casi nadie apareciera. Amanecer un día y que te llamen para comunicarte que fulanito ha muerto de sobredosis o permanecer en la puerta de entrada durante más de media hora intentando convencer a uno de los miembros que mejor vuelva otro día en razón de su borrachera casi insostenible, tarea bastante difícil de terminar con éxito.

Realmente muchas veces me había planteado, ¿qué hacía yo en un lugar como ese?, pero poco a poco acabas derribando barreras y aprendiendo que la función social de este tipo de grupos y asociaciones es absolutamente indispensable en las estrategias para combatir las desigualdades que el tipo de sociedad capitalista en la que vivimos genera irremediablemente. Sentarte en una misma mesa, hablar, discutir, reír, compartir experiencias, comidas y problemas con las personas por las cuales cruzarías la calle para no coincidir en una misma acera en una noche de invierno, es una experiencia de lo más enriquecedora, que permite reflexionar sobre la complejidad de las relaciones humanas más cotidianas.

Con el tiempo aprendí cual podía ser mi posición tanto ideológica como profesional. Tardé algunos años en comprender que la relación con los usuarios de la Illeta y los miembros de ARSU, en realidad, serían un puntal estratégico (y de revelación ideológica fundamental) para instalarme en el paradigma de reducción de daños y riesgos como técnico y activista. El conocimiento de los primeros movimientos activistas de usuarios de drogas en

España y Cataluña<sup>26</sup>, facilitaron la tarea, pero muchas veces su posición pasiva y su identificación como pacientes, enfermos o usuarios de servicios perpetúan, a mi entender, una posición de subalternidad, clientelismo, paternalismo y de continuación del estigma. Pocas de estas entidades trabajan directamente con las personas en un contexto comunitario o de calle. Y en realidad la mayoría se limitan a reuniones de 4 o 5 miembros a lo sumo en busca de subvenciones. He colaborado desde 2007 en la dinamización y soporte técnico en distintas de estas organizaciones, siendo uno de los trabajos más difíciles que he realizado. La precariedad social y económica del colectivo y la precarización del mismo derivada del insuficiente apoyo de las instituciones junto a una baja formación técnica y de cultura organizativa mantienen a este movimiento al margen de la agenda política e institucional. Después de algunos años de esfuerzos e ilusión hacia un proyecto renovado, decidí regresar al contexto local, al comprobar y ver que gran parte de los fondos destinados en teoría a la mejora de la calidad de vida de muchos usuarios se desvanecían con el beneplácito de las administraciones<sup>27</sup> en manos de una pequeña pero astuta élite de avispados representantes de organizaciones fantasma. Fue al conocer el movimiento internacional de usuarios de drogas liderado por la red INPUD, así como otras experiencias europeas a nivel local, como la asociación EGO en París, a las cuales me he referido en capítulos anteriores, que me facilitaron las herramientas y las ideas para intentar promover un discurso de empoderamiento y activismo ciudadano que me permitiría trabajar desde posiciones mucho más igualitarias y efectivas con mi realidad local.

Ya no me sentía un extraño o un intruso o un chiquillo con pocas tablas de calle. Aprendí a ejercer y defender los derechos como un ciudadano más, dispuesto a tender puentes o echar cables para posibilitar la visibilidad de una injusta realidad a la que están sometidas muchas personas que han terminado

---

<sup>26</sup> FAUDAS (Federación Asociaciones de Usuarios de Drogas y Afectadas por el Sida) a nivel estatal, o Plataforma pels drets de les persones consumidores de drogues de Catalunya, formada por APDO (Asociación de Pacientes Dependientes de Opiáceos), AUMO (Asociación de Usuarios en Mantenimiento de Opiáceos), ASUT (Asociació Som Útils), GRDB (Grupo de Reducción de Daños de Barcelona) PIGAD (Projecte Inserció Gestió i Ajuda a la Drogadicció), AUPAM (Associaicó d'Usuaris per l'Autobús de Metadona), Agrupa't y AAA (Associació d'Ajuda Addiccions de Lleida) y ARSU.

<sup>27</sup> Quiero decir con ello que algunas administraciones mantienen el financiamiento de algunas de estas asociaciones por una cuestión de "estética progre", manteniéndolas en una situación que no les permite ni despegar ni morir dignamente.

atravesados por el consumo de drogas como estilo de vida o a las que se les ha etiquetado y marginado injustamente.

Al mismo tiempo también he trabajado en proyectos de prevención de conductas adictivas en el campo de la salud mental y de la población general, así como en espacios de ocio nocturno, escenario este último que ha motivado algunas de las preguntas de esta investigación en relación al uso y al abuso de la cocaína y sus problemáticas relacionadas. En 2007, con la ayuda del dispositivo en el que trabajo, empezamos un proyecto de reducción de riesgos en espacios de ocio nocturno, ARSU FESTA<sup>28</sup>. Un proyecto basado en la intervención de pares, que nos permitiría conocer más de cerca el mundo de los consumos juveniles en nuestra localidad al prestar servicios de información y *testing* de sustancias psicoactivas *in-situ* y ofrecer un espacio de interacción cómodo y fiable para los consumidores. Aprendimos de la mano de Energy Control a analizar muestras de cocaína y a detectar presencia de psicoactivos en muestras de pastillas y polvos, que los propios actores de la noche nos confían. Entre otras de las muchas tareas del equipo de intervención nocturna, realizamos pruebas de alcoholimetría y ofrecemos información y material profiláctico para el sexo seguro.

Con algo más de experiencia, observamos que las personas que se acercaban a vernos y usaban nuestros servicios requerían, muchas veces, de algún lugar tranquilo y seguro para consumir cocaína u otro tipo de material en polvo. Nuestro *chill-out* (zona de descanso) reúne las condiciones antes mencionadas, así que no fue difícil gestionar el doble uso, siempre que la ética y el respeto formaran parte del escenario. Aprender técnicas de *testing* y sobretodo permanecer en los espacios de consumo, permite convertirse en un proyecto referente para consumidores de psicoactivos, al mismo tiempo que estos espacios se convierten en lugares de observación privilegiados. La gran mayoría, por no decir todas las personas que se acercan a analizar cocaína u otras sustancias consideran este tipo de servicio muy útil e indispensable. De cara a la administración continúa siendo una práctica ilegal realizada por unos cuantos colectivos sensibilizados.

---

<sup>28</sup> <http://festa.arsu.es>



Otra de las experiencias clave para la contextualización de esta investigación, ha sido la de poder trabajar, en un servicio público de atención a los problemas relacionados con el consumo de drogas como antropólogo social, desarrollando antropología aplicada e implicada, siendo consciente del privilegio que esto supone. El proceso para llegar hasta ahí fue largo y providencial, y debo agradecer el apoyo recibido por la dirección de este servicio para permitir y ayudar a que esto ocurriera. En 2005 entré a trabajar como educador social en el mencionado servicio -que por aquel entonces pertenecía al Ayuntamiento de Reus-, teniendo ya el título de licenciado en antropología social y cultural. Después de dos años, se convocó una plaza de interino relacionada con la prevención de las drogodependencias para técnicos superiores con perfil social (psicólogos, antropólogos, sociólogos...) la cual pude conseguir.

Un año después aproximadamente, el servicio fue subrogado a la empresa municipal que gestiona el Hospital Universitari Sant Joan de Reus, quedando así reconocida mi plaza como antropólogo dentro de la nueva institución. Mientras todo esto ocurría, empecé y terminé el Master en Antropología Médica y Salud Internacional, hecho que me confrontó con la complejidad y responsabilidad que el encargo institucional y la deuda con la academia representaba. Durante los intensos e interesantes años de estudio del Master, recibí una formación muy crítica con el sistema asistencial biomédico, especialmente agudo frente a la psiquiatría, la psicología, la práctica médica en general y del trabajo social. Esto no fue un impedimento para poder conjugar la formación recibida y formar parte de un equipo interdisciplinar y transdisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, DUI's, educadores, trabajadores sociales, etc. Al contrario se ha convertido en una experiencia formativa excepcional. Nunca hubiera conseguido esto y en realidad todavía estoy en ello, sin la aportación, aceptación y paciencia de todas y todos mis compañeros de trabajo, con los cuales compartimos inquietudes ideológicas, conflictos cotidianos y marcos epistemológicos muy diferentes.

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

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

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

Conociendo en profundidad algunas de las realidades del consumo de cocaína a nivel local mediante la intervención en programas de reducción de daños y riesgos en espacios de ocio nocturno, y mediante mi experiencia etnográfica implicada, me atrevería a considerar que el fenómeno de consumo de cocaína ha incrementado por lo menos en su visibilidad, sobre todo entre la población joven, hecho que, en parte, podría sumarse a los distintos hechos que justifican la elección del tema de esta tesis, sin olvidar, claro está, que los datos epidemiológicos y estadísticos sobre uso de cocaína en España ratifican este dato. Otro aspecto a tener en cuenta es el conocimiento del uso de

cocaína no sólo a través de mi experiencia profesional, sino también desde un prisma personal.

La primera vez que vi una raya de cocaína tenía diecisiete años. Todo ocurrió en un ambiente de lo más normal, en una fiesta de un instituto de secundaria de régimen nocturno, para personas que trabajaban durante el día y estudiaban por la tarde. Las personas con quienes me relacionaba por aquel entonces tendrían 4 ó 5 años más que yo, y conocían el mundo de la cocaína desde hacía ya un par o tres de años. Desde entonces y hasta mis actuales 37 años, nunca he dejado de observar, principalmente en espacios de ocio, los consumos que se producían cerca de mis círculos de relación, y no sólo de cocaína, sino también de otras drogas como el cannabis, el éxtasis, el *speed*, los tripis, la ketamina y otras nuevas sustancias que aparecen constantemente como la mefedrona o la metoxetamina también conocida como "mexi". Los casi 18 años de convivencia con estas drogas —aunque nunca tuve una relación intensa con ellas— me hicieron pensar muchas veces, a la hora de enfocar la tesis, que tenía muy cerca y a la vez muy lejos el campo de estudio etnográfico, es decir, que no podía abstraerme y ver el objeto de estudio con claridad.

Al mismo tiempo, los años trabajados en un dispositivo de atención a los problemas relacionados con las drogas produjeron el mismo efecto en mí: el árbol no me dejaba ver el bosque, hasta que por fin, un día, me di cuenta de que estaba viviendo en el mismo campo de estudio. No podía realizar un ejercicio de abstracción/extrañamiento por estar demasiado imbricado, pero una vez superadas las dificultades epistemológicas de mi ubicación en el campo, di con la certeza de ser un privilegiado pues, como en la antropología clásica, llevaba ya un período extensísimo de mi vida «dentro del meollo», y ahora sólo necesitaba coger distancia y empezar a observar mi alrededor con ojos de antropólogo. Me iba dando cuenta lentamente de la posición estratégica que me otorgaba mi situación laboral, experiencial y vivencial; sólo necesitaba un pequeño empujón para empezar a desatascar el mecanismo que me podía llevar a la descripción densa de todo lo que había observado, visto y vivido durante casi dos décadas.

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

Finalmente, después de un largo período de dudas y reflexión, decidí estudiar el fenómeno de uso de cocaína en mi localidad, mediante el estudio en profundidad de dos redes diferenciadas según mi experiencia: consumidores que han experimentado problemática asociada y que han acudido a un centro de atención y tratamiento especializado, y consumidores que no han experimentado problemática asociada<sup>29</sup>, miembros de mi red personal de relaciones, que son más de 30. Durante el último año y medio he intensificado hasta el límite de mis posibilidades la relación con estas redes, implicándome en el caso de la de «no etiquetados» en todos los procesos de relación con la sustancia, el abastecimiento, la distribución, el consumo, el post consumo, las reflexiones y las opiniones al respecto, los efectos derivados, ya sean positivos o negativos, las estrategias de ocultamiento y las relaciones interpersonales con personas cercanas al consumo pero no consumidoras.

---

<sup>29</sup>He aprendido a no realizar una distinción clara entre “problemáticos” y “no problemáticos” en el desarrollo de la etnografía, pues me parece que contribuiría al estigma y etiquetamiento y porque la realidad es mucho más compleja y ofrece una gran gama de matices. Comparto por otro lado con Rolles (2012), las tres categorías de consumidores de estimulantes que presenta; “\*Funcional/Instrumental: más allá del modelo de automedicación, y tal vez más útil que también es conocido como “uso drogas de estilo de vida”. Por ejemplo, los consumidores podrían estar tratando de evitar el cansancio, o buscando ayuda para la concentración.\* Recreacional: los consumidores que buscan la estimulación y el disfrute de una amplia gama de contextos sociales.\* Problemático: para una pequeña minoría de los usuarios funcionales o recreativos, el uso de estimulantes evoluciona en uso problemático o dependiente. Estas cuestiones son más comúnmente asociadas con los preparados de mayor potencia y / o patrones de consumo de mayor riesgo como es la inyección, en comparación con el uso oral o inhalado”. Creo que es una caracterización muy interesante, he observado que el tipo de consumidor funcional está muy poco representado en el contexto que he estudiado. Pienso que éste es un concepto clave para superar el modelo de adicción, reivindicando el uso de sustancias como “prácticas del sí” o **bio tecnología psicoactiva estructurada socialmente** concepto que propongo para avanzar hacia un modelo de regulación y superación del estado de la cuestión prohibicionista.

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

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

Autores como Haro (2013:30) reivindican disciplinas como la epidemiología sociocultural o la salud colectiva como formas de intervención e investigación antropológica. Ambas intentan recuperar la mirada de los sujetos para la definición y redefinición de los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, y conceptualizan la biomedicina no solamente como un instrumento y dispositivo de atención a la salud, sino como un instrumento de control social. Pienso que la presente investigación debe inscribirse al mismo tiempo y en este sentido en los posicionamientos de la antropología aplicada, o

aún mejor, de la antropología implicada (Romaní, 2006), puesto que una vez terminada sólo acaba de empezar, y un buen número de posibles intervenciones con los resultados y propuestas finales quedan escritas para su posterior aplicación. El objetivo es el de transformar una realidad que, sólo desvelándola a ojos de los lectores, puede convertirse en realidad, puesto que gran parte de ella está encerrada, escondida y disimulada por sus actores en una sociedad que reprime, niega y estigmatiza cualquier relación con el uso de la sustancia que nos ocupa.

### **4.3. Método etnográfico**

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

Insistiré en que, desde el punto de vista metodológico y para realizar un análisis suficientemente fundamentado y sustancial de este fenómeno desde la perspectiva antropológica, según Romaní (1997) es necesario que exista una dialéctica entre el nivel macro y micro social, lo que convierte en científicamente útil tal ejercicio, ya que nos permite explicar de manera concreta y describir densamente los fenómenos o hechos de naturaleza sociocultural al mismo tiempo que, desde la concreción de este análisis, podemos extraer hipótesis, reflexiones genéricas y verificar o contradecir teorías generales desde un marco teórico sólido y coherente con los objetivos de la investigación. La etnografía como metodología de acercamiento a la realidad implica una relación continuada y más o menos intensa con el grupo estudiado en su propio contexto. En este sentido, las técnicas cualitativas y la

etnografía no son necesariamente sinónimas, aunque pueda ser legítimo y útil utilizar estas técnicas fuera del margen de un trabajo etnográfico siempre que se especifiquen las condiciones de realización del mismo (Ibíd.).

La metodología etnográfica ha demostrado que los relatos, los discursos y la interpretación de la realidad por parte de los actores sociales forman parte del mundo que describen y, por lo tanto, comparten el contexto en que suceden (Hammersley y Atkinson 1994). Esta metodología permite comprender los significados compartidos del grupo en cuestión. La recogida etnográfica de datos entre consumidores de cocaína, la observación directa y participante y el posterior análisis de los mismos se inscribe en la llamada perspectiva hermenéutica de los hechos sociales, que busca la comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida cotidiana (fenomenología) y de la perspectiva de los participantes. Es decir, la búsqueda del significado o los significados de las narrativas de los diferentes actores y la posterior confrontación con los datos observacionales. En palabras de Díaz (1998) —uno de los más meticulosos metodólogos en ciencias sociales y antropología de la cocaína—, en su obra de referencia ineludible:

Para realizar el proyecto se diseñó una estrategia de investigación cualitativa cuyos referentes teórico filosóficos se inscriben en la tradición comprensiva e interpretativa de las ciencias sociales (véase especialmente Husserl, 1993; Mead, 1993). Desde esta tradición se considera que lo que caracteriza a los fenómenos sociales es que poseen significado e intencionalidad y en su enfoque se privilegia la comprensión (Weber, 1973; 1984; especialmente las páginas 5-25). Esta estrategia busca la comprensión de los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores sociales tratando de examinar el modo en que se interpreta el mundo y se construye la realidad (como referentes teóricos véase, especialmente, Berger y Luckmann, 1984; Blumer, 1982:1-44; Garfinkel, 1973; Schutz, 1974<sup>a</sup>:35-70; Schutz, 1974<sup>b</sup>:70-91). Díaz (1998:179).

Schutz, que partía de las reflexiones de Max Weber y fue colaborador del filósofo Husserl, padre de la teoría filosófica de la fenomenología, propuso

el estudio de los procedimientos de interpretación que empleamos a diario para dar sentido a nuestras acciones y a las de los demás, es decir, que el conocimiento de los hechos sociales provienen de la experiencia inmediata en las interacciones cotidianas entre personas grupos e instituciones. El mundo social de Schutz es el de la vida cotidiana, vivida por personas que no tienen *a priori* un interés teórico acerca de la constitución de un mundo social intersubjetivo (Coulon, 2005). La intersubjetividad se enlaza con las teorías del interaccionismo simbólico que tienen su origen en la Escuela de Chicago, donde se difundió y popularizó el uso de la observación participante para estudiar la realidad social, contradiciendo de esta manera a los postulados de Durkheim quien «aun reconociendo la capacidad del actor para describir los hechos sociales que le rodean, considera que esas descripciones son demasiado vagas, demasiado ambiguas para que el investigador pueda usarlas científicamente, dado que, además, estas manifestaciones no competen al ámbito de la sociología» (Coulon, 2005:17). Para el interaccionismo simbólico, la construcción que hacen los sujetos sobre el mundo en que viven constituye el objeto central de la investigación social, tanto desde la perspectiva de la fenomenología social como en la etnometodología.

Debo insistir también en que la etnografía es la estrategia principal de investigación de la antropología y, por ende, de la antropología médica, e implica la inmersión del investigador o equipo de investigadores en el espacio social y en el modo de vida de las personas en estudio. Como parte de este esfuerzo, los antropólogos tratamos de participar en diversos grados en la vida social del grupo en estudio. Si bien no todas las investigaciones en antropología médica son etnográficas, hay un acuerdo general compartido de que la etnografía ofrece valiosos y profundos conocimientos sobre la salud y el comportamiento que no se adquieren fácilmente a través de otras metodologías científicas.

En lugar de un enfoque altamente controlado y muy específico para la recogida de datos (método experimental), la etnografía se centra en cuestiones de interés dentro de su contexto social y en términos de la forma en que ven y experimentan los miembros de un determinado grupo social. Con el tiempo, los



investigadores etnográficos somos capaces de vislumbrar detrás de las máscaras públicas, las actuaciones de los actores sociales en los vestuarios y en el escenario, a menudo ocultas en la cotidianidad y la interacción social. De esta manera, se intenta desarrollar una comprensión de las conductas que de otro modo podrían parecer irracionales, sin sentido, y que pasarían desapercibidas. Mientras la literatura actual sobre la adicción tiende a reflejar los intereses de los psicólogos, de la psicopatología y de los sociólogos de la desviación social, los antropólogos indagan mediante la participación en los procesos y con los mismos actores protagonistas, descubriendo una realidad formada por un complejo sistema cultural, rico, robusto y socialmente significativo. Algo muy importante acerca de la denominada adicción a las drogas (*disease model*) se omite en los artículos de revistas y libros de texto en las bibliotecas y repositorios de carácter biomédico y cientísta (Singer y Baer, 2011:70).

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

Centrándonos ya en aspectos concretos de la metodología de investigación, voy a subrayar que un análisis fenomenológico detallado permitirá, en palabras de Berger y Luckmann (1968), revelar las diversas capas de experiencia y las distintas estructuras de significado que intervienen en el proceso de estudio del uso de cocaína en este caso.

Phenomenology is the study of essences; and according to it, all problems amount to finding definitions of essences: the essence of perception, or the essence of consciousness, for example. But phenomenology is also a philosophy which puts essences back into existence, and does not expect to arrive at an understanding of man and the world from any starting point other than that of their "facticity." It is a transcendental philosophy which places in abeyance the assertions

arising out of the natural attitude, the better to understand them; but it is also a philosophy for which the world is always "already there" before reflection begins—as an inalienable presence; and all its efforts are concentrated upon re-achieving a direct and primitive contact with the world, and endowing that contact with a philosophical status (Merleau-Ponty, 2007:133).

Para conseguir este objetivo he intentado entrelazar la teoría y el documento biográfico empírico con el propósito de llegar al *quid* de la cuestión y problematizar, esto es, hacer emerger las «áreas problemáticas»; éstas, expuestas más a menudo en términos de percepción individual, se asocian a consecuencias de los determinantes del contexto histórico-económico-cultural, de forma que evidencian el entrecruzamiento dialéctico —o de «reciprocidad condicionante»— entre individuo, cultura y momento o fase histórica. Lo que significa, teniendo en cuenta las historias de vida y los itinerarios de consumo, el aprehender el nexo entre texto, contexto e intertexto (Ferraroti, 2007).

Hammersley y Atkinson (1994) y Garfinkel (2005) nos hacen reflexionar también sobre un concepto que no podemos pasar por alto en la práctica etnográfica: la reflexividad. Para estos autores, la reflexividad o el proceso de reflexividad que debe realizar el etnógrafo-analista «proporciona la base para una indagación lógica reconstruida que une, más que separa, al positivismo y al naturalismo, pero que va más allá en importantes aspectos. Al incluir nuestro propio papel dentro del enfoque de la investigación, y quizá incluso explotando sistemáticamente nuestra participación en los lugares de estudio como investigadores, podemos producir relatos sobre el mundo social y justificarlo sin recurrir a apelaciones fútiles al empirismo, o bien a variedades positivistas o naturalistas» (Hammersley y Atkinson, 1994:36)

Para Garfinkel, máximo representante de la etnometodología, la reflexividad designa «las prácticas que describen y constituyen a la vez un 'cuadro social'. Es la propiedad de las actividades que presuponen y a la vez hacen observable la misma cosa. En el curso de nuestras actividades ordinarias no solemos prestar atención al hecho de que mientras hablamos y enunciamos estamos construyendo el sentido, el orden y la racionalidad de lo

que estamos haciendo en este momento. Las descripciones de lo social se convierten, en el momento de expresarla, en partes constitutivas de lo que describen» (Coulon, 2005:45). La etnometodología de Garfinkel se convertirá en el estudio de los etnométodos, las herramientas, habilidades, aprendizajes, discursos y prácticas que los actores o sujetos utilizan para posibilitar la vida en común, gestionando y regulando las relaciones sociales que establecen, noción previa a lo que más tarde Bourdieu denominará *habitus*. Para el estudio social de estas manifestaciones, comportamientos y discursos, la etnografía es la metodología que hasta el momento se ha mostrado como la más adecuada y capaz para desarrollar técnicas y esquemas sensibles para su observación y posterior análisis.

Siguiendo a Rockwell (2009) existen cinco características que definen o caracterizan la investigación etnográfica:

1. La primera característica tiene su origen en la historia de la etnografía como una rama antropológica. *Ethnos* (raíz griega de la palabra) significa «los otros», quienes en un principio coincidían con los pueblos considerados ágrafos. Un cambio radical de perspectiva —no sin generar conflicto y debate interno— en ciertas corrientes antropológicas a finales del siglo XIX trasladó la investigación hacia el «nosotros», es decir, hacia las sociedades modernas y postmodernas, hacia aquellos ámbitos cotidianos, como por ejemplo la escuela, en los que se forjan las relaciones sociales y las relaciones de poder en las sociedades letradas. En todo caso, lo que el etnógrafo hace es documentar lo no-documentado de la realidad social. La tarea de ser cronista tiene su propia validez dentro del mundo actual, en el que desaparece la distinción entre sociedades ágrafas y letradas. En las sociedades modernas lo no-documentado es lo familiar, lo cotidiano, lo oculto, lo inconsciente. Los ámbitos de lo no-documentado dentro de las sociedades letradas son amplios y hacia ellos se dirige la mirada del etnógrafo, sumándose a otros esfuerzos (periodísticos y literarios) para dejar testimonio escrito y público de realidades tanto cercanas como lejanas.

2. Como segundo punto esencial, el etnógrafo escribe un determinado tipo de texto; el producto del trabajo analítico es, ante todo, una descripción

(etnografía). Expone los resultados de la investigación de manera descriptiva para conservar la riqueza de las relaciones particulares de la localidad o de la realidad en la que hizo el estudio.

3) Una tercera característica es la centralidad del etnógrafo como sujeto social y su experiencia directa, prolongada, en una localidad. El referente empírico de un estudio etnográfico queda circunscrito por el horizonte de las interacciones cotidianas, personales y posibles entre el investigador y los habitantes de la localidad o actores de una subcultura, durante un tiempo variable, pero siempre lo suficientemente largo para precisar algunos de los interrogantes y construir sus respectivas respuestas (reflexividad). El etnógrafo no puede ni debe renunciar a este trabajo de campo. En la etnografía no debe haber división entre la tarea de recolección de datos y el trabajo de análisis; ambas son partes indisolubles del proceso asumidas por la misma persona.

4) Un cuarto rasgo común a las distintas versiones de la etnografía es la atención a los significados. La búsqueda etnográfica se ha dirigido hacia aspectos de la vida humana tan diversos como las técnicas de construcción de canoas y ritos de iniciación, las relaciones de producción y relaciones de parentesco, la distribución del espacio físico y los usos del lenguaje etc. Sin embargo, cualesquiera que sean los objetos de estudio y la perspectiva teórica, el etnógrafo intenta comprender lo que Malinowski llamaba «la visión de los nativos», y lo que, en la concepción de Geertz, se denomina el «conocimiento local», haciendo extensiva esta idea al carácter local de nuestro propio conocimiento como antropólogos y como sujetos. Para ello, es esencial establecer una colaboración estrecha con los actores sociales implicados, mantener una amplia apertura a sus maneras de comprender el mundo y respetar al valor de sus conocimientos. La integración de los conocimientos locales en la construcción misma de la descripción es un rasgo constante del proceso etnográfico. La interpretación de significados locales no es un momento final, sino un proceso continuo e ineludible. La integración de ese conocimiento local es posible solo mediante una perspectiva teórica que lo reconozca y lo valore como saber válido en el proceso de investigación.

5) Un quinto punto, a pesar de todas las dudas generadas en torno a este problema, es que el antropólogo construye conocimiento. Si bien describe realidades sociales particulares, a su vez propone relaciones relevantes para las inquietudes teóricas y prácticas más generales. Su quehacer, a pesar de sus diferencias con otras tradiciones de investigación y de su afinidad con la literatura y el periodismo, se sitúa dentro de las Ciencias Sociales. Esta ubicación no es garantía de mayor validez y objetividad, sino simplemente un vínculo histórico que distingue la práctica etnográfica de otras prácticas sociales, con todas las complicaciones que ello acarrea, como el cumplimiento con los géneros que la caracterizan, como por ejemplo la tesis, el ensayo y la monografía. Para ser relevante, debería trascender el coto académico. Su ubicación tampoco conduce a un criterio homogéneo, ya que las maneras de asumir ese trabajo, la reflexión sobre el sentido, la orientación de la investigación y las relaciones con las personas que colaboran en el proceso marcan distinciones fuertes entre posturas, incluso dentro del campo antropológico (Rockwell, 2009:20-24).

Una vez discutidos los principales aspectos relacionados con la práctica etnográfica y sus implicaciones en cuanto al autor y al objeto de estudio, pasaremos a plantear algunos de los conceptos operacionales que servirán para el posterior análisis de los datos obtenidos en esta investigación. La obra paradigmática en cuanto al método fenomenológico de Berger y Luckmann (1968), *La construcción social de la realidad*, condensa y ha aportado gran parte de los apoyos y constructos que utilizaré en el citado análisis, así como los conceptos y líneas teórico-analíticas que ya se han apuntado en los capítulos anteriores: antropología médica y drogas; y etnografía y drogas.

Un primer nivel de análisis vendrá condicionado por la estructuración de los roles de los individuos respecto a las distintas instituciones sociales (formales e informales) en relación al consumo de cocaína. Según Berger y Luckmann (1968:121-22) «existe un nivel horizontal de integración y plausibilidad que relaciona el orden institucional en general con varios individuos que participan de él en varios roles, o con varios procesos institucionales parciales en los que puede participar un solo individuo en un

momento dado. (...) Por ejemplo, una estructura de parentesco no se legitima solo por la ética de sus tabúes del incesto en particular; primero debe haber conocimiento de los roles que definen tanto las buenas como las malas acciones dentro de la estructura». Concepto que enlaza con la teoría del etiquetamiento y de la desviación anteriormente citada.

Otro concepto analítico clave vendrá determinado por el universo simbólico de los informantes, el cual ofrecerá el más alto nivel de integración a los significados discrepantes dentro de la vida cotidiana en la sociedad. Para Berger y Luckmann (1968:129-135) «el universo simbólico ordena y por ende legitima los roles cotidianos, las prioridades y los procedimientos operativos colocándolos *sub specie universi*, es decir, en el contexto del marco de referencia más general que pueda concebirse. Dentro del mismo contexto, hasta las transacciones más triviales de la vida cotidiana pueden llegar a imbuirse de significación profunda. (...) El universo simbólico, considerado como construcción cognoscitiva, es teórico. Se origina en procesos de reflexión subjetiva, los que con la objetivación social, llevan al establecimiento de vínculos explícitos entre los temas significativos que arraigan en las diversas instituciones».

Los conceptos de tratamiento, terapia o proceso de curación *versus* desviación que aportan Berger y Luckmann (1968:145-146) también serán considerados elementos de análisis centrales: «comporta la aplicación de mecanismos conceptuales para asegurarse que los desviados, de hecho o en potencia, permanezcan dentro de las definiciones institucionalizadas de la realidad o en otras palabras, para impedir que los habitantes de un universo dado emigren, lo cual se efectúa aplicando el aparato legitimador a los casos individuales. Ya que como hemos visto, toda sociedad enfrenta el peligro de la desviación individual. Podemos suponer que la terapia, tratamiento o proceso de desviación, en cualquier forma que sea, constituye un fenómeno social global. Sus ordenamientos institucionales específicos, desde el exorcismo hasta el psicoanálisis, desde la cura pastoral hasta los programas de asesoramiento personal, corresponden, por supuesto, a la categoría de control social. Lo que sin embargo nos interesa aquí es el aspecto conceptual de la

terapia. Como ésta debe ocuparse de las desviaciones que se apartan de las definiciones oficiales de la realidad, y cómo tiene que desarrollar un mecanismo conceptual que dé cuenta de tales desviaciones y mantenga las realidades cuestionadas. Eso requiere un cuerpo de conocimiento que incluya una teoría de la desviación, un aparato para diagnósticos y un sistema conceptual para la «cura de almas». (...) Por último, debe existir una conceptualización del proceso curativo en sí (un catálogo de técnicas exorcistas con sus respectivos fundamentos teóricos adecuados)».

Otros parámetros operacionales que utilizaré los tomaré de la teoría generada por la disciplina de la antropología médica, ya que pueden aplicarse desde una perspectiva crítica al análisis de los datos obtenidos mediante métodos etnográficos. Aunque ya se han presentado los distintos posicionamientos críticos desde la antropología médica, voy a sintetizar a modo de resumen los principales conceptos que se utilizaran para el análisis y la obtención de resultados.

Considerando otra vez la premisa de que las cuestiones relacionadas con la salud son mucho más que fenómenos estrictamente biológicos, y que los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención son estructuras universales en cualquier grupo humano que permiten desarrollar distintos sistemas de atención a la salud y a la enfermedad, debemos remarcar — en una concepción amplia de la salud— que, por ejemplo, usar una sustancia para conseguir un determinado estado físico o mental adecuado para socializarse en grupo, o maximizar los efectos de la misma mediante un ritual social, es un proceso de autoatención y de fortalecimiento de la salud que puede prevenir estados de carencia. En otras palabras y sin echar mano de eufemismos: salir de fiesta con los amigos y utilizar sustancias psicoactivas puede tener también consecuencias y efectos positivos.

La autoatención, como concepto analítico, va a condensar gran parte de los análisis posteriores relacionados con el uso de cocaína. Van a describirse a través de este concepto todas aquellas prácticas que realizan los individuos o grupos por sí mismos, a nivel formal e informal, para mantener y preservar su

salud al mismo tiempo que tratar y prevenir enfermedades en un determinado contexto sociocultural.

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

Este tipo de enfoque permitirá, al mismo tiempo, construir un modelo de análisis fundamentado en las distintas concepciones teóricas de la antropología médica; *illness-disease-sickness* que no sólo tendrá en cuenta las discursivas de la enfermedad, sino que también tendrá la de la dimensión social en dónde todas estas significaciones cobren realidad. Podremos hablar en este momento del sistema drogas, que tiene en cuenta la relación entre el individuo y la sustancia, y también de todos los factores socio estructurales relacionados tanto a nivel local como global: el contexto de elaboración de la sustancia, su distribución, su manipulación, su valor de mercado; contexto de consumo con sus técnicas, sus creencias, sus efectos, la dosificación, la socialización, el itinerario de consumo a medio y largo plazo, las interacciones con no consumidores y las estructuras formales e informales de control social, la experiencia del consumo y un largo etc.

En los distintos estudios etnográficos presentados sobre el uso de drogas con anterioridad, emergen otros conceptos o estructuras analíticas que serán muy útiles para ordenar y elaborar un marco de referencia para estudiar



los distintos usos y significaciones de la cocaína en este trabajo. Relacionar determinadas prácticas y creencias con una determinada subcultura del uso de drogas permite aprehender de la vida cotidiana de los consumidores en su hábitat natural, su escenario de acción e interacción o espacio no formalmente institucionalizado, y también su interacción con las estructuras formales: familia, trabajo, dispositivos asistenciales, instituciones y espacios públicos... Este posicionamiento permitirá teorizar sobre el uso de drogas lejos del modelo problematizante de la enfermedad o de la desviación social, visibilizando la capacidad de autogestión de los consumidores o la pérdida de control por otro lado. Los estudios que tienen en cuenta la teoría de la desviación social permiten visualizar y contrastar la teoría de los procesos de etiquetación o etiquetamiento que han sido tradicionalmente y sistemáticamente aplicados a consumidores de drogas ilegales.

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

La corporalización de la experiencia *embodiment* o concepción materialista de la experiencia como nuevas formas de aproximación a los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, permiten teorizar sobre la manera en que la sociedad y la cultura intervienen directamente en el funcionamiento del organismo. A veces esta experiencia corporeizada se hace visible mediante lo que hemos denominado anteriormente «desviación encarnada», la afirmación científica y también profana de que los cuerpos de las personas clasificadas como desviadas están marcados de modo reconocible. A veces, las marcas no son sólo físicas y reconocibles, sino que se convierten en un proceso o experiencia invisible, pero que podemos

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



Marcas resultantes de la inyección repetida en un mismo punto. (ALBERT)

#### 4.4. El trabajo de campo. Presentación de los informantes

El periodo de recogida de datos etnográficos destinados a esta investigación empezó en junio de 2013 y se prolongó hasta enero de 2015. El escenario de esta investigación es Reus, una ciudad de poco más de 100.000 habitantes al sur de Tarragona. Tradicionalmente de espíritu burgués, el comercio y las actividades del tercer sector son las predominantes junto a un respetable patrimonio modernista legado de algunos discípulos de Gaudí. Lejos han quedado la fama y el *glamour* del comercio que en los siglos SXVIII-XIX

propició el aguardiente y los frutos secos ("Reus, París y Londres" rezaba un antiguo dicho popular) y los abultados carnavales que nada tenían que envidiar a los de Sitges o Barcelona. Las reordenaciones urbanísticas de los últimos años han reconvertido viejos barrios del centro, en zonas comerciales, perdiendo a mi parecer todo el encanto que las viejas edificaciones, cafeterías y entrañables vecinos regalaban, un buen ejemplo de ello es el viejo barrio del Pallol o los desaparecidos árboles y establecimientos populares de la emblemática plaza Llibertat.

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

Durante un año y medio he buscado buenos informantes tanto en el ámbito asistencial como frecuentando escenarios de ocio nocturno de la ciudad. Interactuando con pequeños traficantes y consumidores, preguntando, justificando mi presencia e insistencia, observando y anotando en el bloc de notas o en la grabadora de voz de mi teléfono consideraciones y conversaciones relevantes para esta investigación. Los establecimientos de ocio nocturno de la ciudad han proliferado considerablemente en los últimos 10 años. Se trata de locales pequeños, de clientela fiel y poco dada a cambiar de costumbres, clase media alta y temperamento cerrado como es característico del Camp de Tarragona. Recuerdo años atrás cuando los jóvenes de Reus teníamos que desplazarnos a Salou, Tarragona o a las fiestas mayores de los pueblos para encontrar algo de vidilla nocturna. Actualmente, por lo menos, y aunque bajo estrictas normas restrictivas en relación a la celebración de espectáculos y estimulación de la cultura y subculturas locales, puedes salir a tomar una copa solitaria un poco más tarde de la una de la mañana.

Acotar temporalmente el periodo de trabajo de campo es muy útil para darte cuenta que el tiempo pasa muy rápido y de qué esta tarea requiere de más de lo que uno dispone, en el caso de tener que compaginar, trabajo, estudios, vida social y familiar. Aun así, creo que la posición y circunstancias desde las cuales he podido investigar el fenómeno de uso de cocaína en Reus, han sido óptimas, por las razones que ya he esgrimido en el apartado de notas introductorias a la metodología.

El primer grupo de informantes a los que pude entrevistar se ha caracterizado por ser personas que acuden, en el propio dispositivo de atención donde trabajo, a tratamiento psicoterapéutico y/o seguimiento sanitario y/o social por problemas con el consumo de cocaína esnifado mayoritariamente, pero también inyectado o fumado; 8 hombres y 1 mujer.

**CARLES. 47 años.** Estudió FP y había trabajado desde los 18 años de mecánico por toda la provincia. Perdió su trabajo dos años antes de su primer contacto con los servicios de atención. Mantuvo una relación sentimental con una persona que ejercía la prostitución durante 4 años, aunque la relación se rompió un año después de empezar el tratamiento. Acudió hace 7 años por primera vez al SASM (Servei d'Addiccions i Salut Mental) por problemas de consumo esnifado y fumado de cocaína, problemas de abuso de alcohol y benzodiacepinas. También había fumado heroína alguna vez pero nunca estuvo en tratamiento por eso. La ruina económica y llegar a una situación familiar insostenible fue el detonante para acudir a recursos especializados, empujado por la familia. Después de un año en una comunidad terapéutica, intenta rehacer su vida, de momento sobreviviendo con una pensión mínima de reinserción. Actualmente no toma cocaína pero continúa teniendo problemas para controlar el consumo de alcohol. *"Los viejos rockeros nunca mueren"*.

"Vivo en Reus de toda la vida, mi padre trabajaba, la madre trabajaba en casa estábamos mi hermano y yo..., mi padre era alcohólico... empecé a salir, a trabajar y me hice independiente, antes no tomaba nada. Los factores son las compañías, los compañeros, empecé con los porros de hachís, de marihuana... el ambiente de casa no me gustaba, no sabía cómo actuar y lo mejor era evitarlo... estaba solo, estás libre y

haces lo que quieres... fui a vivir solo, con 18 años fuera de casa era un reto muy alto, estaba bien, tenía dinero, trabajaba, no como ahora.”

**ROSA. 32 años.** No terminó los estudios de secundaria, empezó a trabajar muy joven al mismo tiempo que consumir cocaína a los 15 años en ambientes de fiesta. Las distintas relaciones sentimentales también con consumidores y un problema de aceptación de su cuerpo acabaron por llevarla a un consumo compulsivo de cocaína esnifada que podía llegar a 5 gramos diarios. Para ello tenía que enlazar varias jornadas laborales. Desde hace un año, una situación de maltrato y depresión la llevaron a ser atendida en recursos de urgencias de salud mental. Al descubrir su consumo, el cual siempre había ocultado, la derivaron al servicio de atención a las adicciones dónde actualmente participa en sesiones de psicoterapia. Actualmente continúa trabajando, ha rehecho su vida sentimental con otra persona y ha reducido el consumo de cocaína a un cuarto de gramo por semana. No sabe si nunca podrá dejar el consumo completamente aunque este es su deseo. Me pareció una persona muy sensible, no podía dejar de llorar recordando algunos aspectos de su vida. Espero que no se me notara la cara de asombro al conocer las cantidades que había llegado a esnifar en secreto.

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

**RICARDO 34 años.** Terminó estudios de primaria y secundaria. Empezó a trabajar en la construcción y otros sectores de la industria como operador, trabajo con el que combina como monitor de gimnasio los fines de semana. Ha mantenido distintas relaciones sentimentales más o menos largas a las cuales siempre ocultó su consumo. Empezó a consumir cocaína esnifada a los 19 años, nunca ha abusado de la sustancia, pero le incomoda mucho continuar manteniendo pequeños consumos asociados a los cubatas o salir de cena. Por ese motivo acudió al servicio de tratamiento dónde continúa realizando sesiones de psicoterapia. Reconoce que poder hablar de sus problemas le

ayuda a mantenerse alejado de los consumos pero que de vez en cuando algo cae. Después de 40 minutos esperando su llegada para realizar la entrevista, desistí en la espera. Mientras caminaba calle arriba, encontré un chico en la esquina, nunca hubiera pensado que fuese Ricardo, pero no sé el qué, me hizo preguntarle, ¿eres Ricardo?, *eureka*, sí, lo era.

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

**DAVID, 42 años.** No acabó los estudios de primaria. A los 16 años, alternaba trabajos de temporada con el pequeño tráfico de drogas basado en la estafa, principalmente a extranjeros, en zonas costeras de Tarragona. A los 17 años se inyectó por primera vez *speed* con heroína, pertenecía a una subcultura del *heavy metal*. Después de un accidente de motocicleta no pudo volver a trabajar más en trabajos pesados y en realidad apenas ha vuelto a trabajar en nada, sólo esporádicamente de repartidor en una empresa de alimentación o realizando con dificultad algunos trabajos de campo para su familia. Actualmente sobrevive con la ayuda de los servicios sociales y la familia, los consumos inyectados de cocaína han remitido alguna vez temporalmente coincidiendo con su estancia en centros de rehabilitación, pero continúa realizándolos siempre que puede. Es socio de ARSU aunque apenas acude a las reuniones y actividades. David se prestó para acompañarlo en una de sus sesiones de consumo inyectado.

“ A los seis meses de salir de la mili....la verdad es que no me encontraba mal, pero el amigo me decía, te tienes que hacer mirar por un médico, se me notaba mucho los ojos amarillos, y fui al médico y me dijo que tenía hepatitis....y me fui a casa. La verdad no le hice mucho caso al médico porque me dijo que tenía que lavar la ropa a parte y con las cucharas y eso tenía que comer a parte, y mi sorpresa fue cuando le pregunte que tenía que hacer si yo pasaba un porro...y me dijo que eso no pasaba nada,.....porque la verdad, me dijo eso de la ropa y de comer a parte y me dijo eso ya del porro, me sorprendí, pero no le hice puñetero caso porque vi que eso era una tontería, el médico ya era muy mayor....pues me fui a casa, y sí, estuve 4 o 5 días que me encontraba mal, flojo en casa, y no sé... y luego me encontré mejor y no volví a ir al médico hasta al cabo de mucho tiempo , al cabo de años, un par de años o algo así...”.

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

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

**ÁLVARO, 42 años.** Oficinista en una agencia de seguros. Vive con su madre, hogar que nunca ha abandonado. Después de años de consumo de fines de semana, trabajo y casa, acaba consumiendo en solitario encerrado en

su habitación y consumiendo películas porno. Acudió al servicio de tratamiento en busca de posibilidades para cambiar su vida hace 8 años. Está satisfecho por haber frenado el consumo, sobretodo porque estaba económicamente arruinado. Aunque lleva largo tiempo sin consumir, no descarta usar la cocaína algún día racionalmente. Continúa con su trabajo de oficinista. Tuve en todo momento la sensación de que no me contó ni la mitad de lo que pasaba por su cabeza, aun así a veces te sorprendes de lo que puede haber detrás de la apariencia de un hombre.

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

**PEP, 44 años.** Terminó los estudios de secundaria y consiguió rápidamente un buen trabajo en una gran empresa local de transportes en la cual trabajo durante 15 años. Había consumido diferentes drogas en ambientes festivos desde la adolescencia con asiduidad. Al morir su padre con quien vivía, su vida cambió. Empezó una escalada de consumo de cocaína y fiestas que acabó con todo el dinero familiar. Después de frecuentar centros de tratamiento psiquiátrico, comunidades terapéuticas para personas con problemas con las drogas, tratamientos ambulatorios... durante 4 años, percibe actualmente una pensión de reinserción por depresión. En la actualidad continúa consumiendo cocaína siempre que puede y no cree que pueda dejar de hacerlo de momento. Es un claro exponente del que hace de la necesidad virtud.

“Yo espero poder bajar el consumo, consumir menos, porque me da miedo, actualmente me esfuerzo para consumir menos, ahora estoy cobrando la RAI y la PNC y me las han dado por depresión fuerte, además tengo un juicio aún para que me den la absoluta... o sea que ... me solucionaría un poco, es difícil insertar al mercado laboral a una persona despedida con depresión, no me quieren coger... ahora no me veo trabajando, me agobiaría mucho, me iría bien pero bueno, no sé si me iría bien



ganar mucho dinero. Así estoy bien, ganando menos, que no ganando más, es una manera de regularme también”.

**ANTONIO, 45 años.** Aunque empezó a estudiar FP, a los 14 años ya estaba buscándose la vida en la calle para poder consumir drogas y salir de fiesta con sus amigos. Empezó con la heroína inyectada y acabó en una comunidad terapéutica a cambio de no entrar en prisión por pequeños delitos de hurto a los 17 años. Al salir pudo montar una empresa de construcción. Al dejar la heroína inyectada empezó con la cocaína esnifada. Consumía cada día de 3 a 4 gramos para afrontar su vida laboral y social. Después de arruinar la empresa y quedarse sin recursos, acude regularmente a sesiones de psicoterapia e intenta rehacer su vida con una ayuda económica de servicios sociales. Hoy día afirma no consumir nada, bueno, antidepresivos y tranquilizantes. Su relato fue muy claro y estremecedor, a veces te sorprendes de lo que una persona a la que no conoces puede llegar a explicarte de su vida y no pedir nada a cambio.

“Mi padre es una persona bastante rígida, por lo menos lo ha sido, porque después de tantas batallas, porque no sólo soy yo, mis dos hermanos uno de 40 y otro de 42 han tenido problemas serios también con la cocaína, de hecho uno de ellos, el más pequeño tiene problemas serios todavía, tiene problemas serios con eso, y toma metadona, en fin está todavía liado. Entonces mi padre se ha suavizado mucho, pero en sus tiempos cuando yo tenía 11, 12, 13 años, mi padre era un tipo muy rígido de esos que te pegaba en el culo y en la cabeza, por lo tanto mi familia ha sido un poquito estricta conmigo, lo que pasa es que yo nunca he hecho caso de esta disciplina”.

**TITO, 39 años.** Actualmente acaba de terminar los estudios de magisterio musical. Empezó a estudiar con 33 años. Antes había trabajado siempre en la restauración como camarero. A los 18 años probó la cocaína por primera vez y aunque frecuentaba cada fin de semana discotecas y *afters* de ambiente siempre realizó un consumo esporádico. A los 22 años, empezó a consumir a diario, era asiduo a locales de contactos y salir de fiesta tres días seguidos. Al verse arruinado y pillado con el consumo intentó emplearse como trabajador del sexo. La misma noche en que empezó, volvió a su casa y se

puso en tratamiento psicoterapéutico. Después de eso dejó el consumo progresivamente hasta dejarlo completamente en la actualidad. Está claro que el optimismo y capacidad de superación son las mejores herramientas para tirar adelante.

“Siempre he vivido en una familia desestructurada por la falta del padre y que de hecho en un principio no me provocaba problemas evidentes, pero sí que quizás son problemas que han ido surgiendo con el tiempo, temas más internos, ya estaríamos hablando de cosas psicológicas. Una familia bastante humilde por no decir pobre, con recursos muy limitados en bastantes aspectos. Sólo había 2 personas que trabajáramos y éramos 4 en la familia. También a raíz de la separación de mi padre otro miembro de la familia tuvo problemas con las adicciones, tal vez no fue el detonante sino una serie de factores que influyeron, pero porque te puedas hacer una idea de lo que era mi familia”.

El segundo grupo está caracterizado por 9 personas que mayoritariamente se inyectan cocaína o fuman cocaína base, manteniendo un contacto esporádico con el dispositivo asistencial pero sí vinculados a servicios de atención social y a la asociación ARSU; 7 hombres y 1 mujer.

**JOSEP 61 años.** Empezó a trabajar a los 14 años, aprendió el oficio de yesero. Casado durante 30 años y sin hijos, se vio sin ingresos después de la crisis de la construcción. Su matrimonio quebró. Bebedor y fumador de cocaína base desde los 25 años sobrevive con una ayuda económica de servicios sociales. Durante un tiempo trabajó como traficante y distribuidor a pequeña escala de cocaína, hecho que le llevó a la cárcel durante 4 años. Josep desarrolló una gran habilidad para elaborar cocaína base. Sus servicios todavía son requeridos entre pequeños y grandes traficantes de la ciudad, para probar la pureza de su mercancía. Ha colaborado en la elaboración de los vídeos sobre elaboración de coca base en esta investigación.

“Si enganchara la base, ¿cómo estaría yo, Toni? El que se engancha es porque quiere. ¡Es psicológico! Estuve en el talego y los que estaban conmigo, que eran los jefes de donde trapicheaba yo, flipaban. A las dos semanas de estar allí me decían Josep "¿cómo puede ser que no... que ni te acuerdes de la coca? Y yo dije: si no hay, no hay”.

**MARTÍ 42 años.** Terminó los estudios primarios. Empezó a los 17 años a probar la cocaína inyectada y la heroína, amigos suyos volvían de la mili enganchados y él los siguió. Durante un año ingresó en una comunidad terapéutica. Al morir su madre, tuvo que hacerse cargo del negocio familiar, una gran empresa de cárnicas. Se casó y tuvo una hija. Poco tiempo después empezó a fumar base y a inyectarse progresivamente hasta perderlo todo. Protagoniza también episodios graves de abuso de alcohol, peleas, desmadre, detenciones y accidentes... Intentó recuperar su familia y casa, ingresó varias veces en distintos centros. No lo ha conseguido de momento. Actualmente vive en una masía abandonada a las afueras de Reus, la vida en la calle está empeorando progresivamente su situación, continúa abusando del alcohol y cuando tiene dinero se inyecta cocaína. Mantiene contactos intermitentes con el servicio de tratamiento. Martí me brindó uno de los relatos más sinceros y tristes a la vez, estuve un tiempo largo sin poder dejar de pensar en su relato de vida.

“Yo sé que todo esto está en el mundo... puedo estar mucho tiempo sin consumir... y aprendí a darme mensajes positivos, que era una cosa que no sabía. Antes me decían ¡Cuidate! y yo pensaba ¿Cuidate? Pensaba que quería decir, comer bien y estas cosas. Pero sin embargo la última vez, en uno de mis procesos en comunidades terapéuticas aprendí todas estas cosas, a cuidarte. Tuve un monitor que le decían Josep, y él me ayudó mucho porque por tonterías siempre nos discutíamos, pues un día me enseñó lo que era la salud mental... esto es evitar cosas malas, una de ellas evitar tonterías, evitarlas, comentarios... porque así no te discutes con el otro y evita ponerte nervioso, pues eso no lo sabía y lo aprendí, es muy importante la salud mental. Y lo que puedo decir, que cuanto más tiempo estés sin consumir, ¡olé tus huevos! ¿Qué lo volverás a hacer? Vale, pero vete preparando para volver a remontar y a dejarlo... y volver a empezar, y poco a poco en cuatro o cinco tandas, al final lo puedes conseguir”.

**JOSÉ M<sup>a</sup> 32 años.** No terminó los estudios secundarios. Es padre de dos hijos de los cuales no ha podido responsabilizarse. Consume heroína y cocaína inyectada y fumada desde los 18 años. Bebe alcohol y toma benzodiazepinas como pipas. Tiene un gran conocimiento de las sustancias en general y ha dedicado gran parte de su vida al menudeo de cocaína y heroína

sin haber contraído problemas con la justicia. Apenas ha tenido un trabajo estable en su vida. Sobrevive con ayuda de prestaciones sociales. Acudió al servicio de tratamiento al verse pillado con la heroína”. Otro rockero que nunca muere.

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

**ALBERT 46 años.** De familia dinerada, afirma ser uno de los primeros punks de la ciudad. Empezó a los 18 años inyectándose *speed*, heroína y cualquier cosa que se pueda meter en vena. Nunca ha podido mantener un trabajo estable. Igual que José M<sup>a</sup> ha dedicado su vida al consumo de distintas drogas. Ha vendido su cuerpo algunas veces para conseguir dinero. El VIH y la Hepatitis están menguando sensiblemente su salud.

“Yo he pasado las dos hepatitis en la calle, no me he enterado, y me decían, estas amarillo tío, estás, amarillo, pero como vas todo colgado o tienes el mono...La metadona ayuda mucho, pero eso no estaba antes, antes tenías que meterte pastillas machacadas, Valium, tranxilium, etc. pero las ganas de meterte no se van, pero si estás sin consumir una semana y tienes metadona, podrías pasar, pero sin metadona no pasas”.

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

sustancias psicoactivas durante toda su vida. Pasó 8 años en la cárcel por tráfico después de un soplo. Nunca ha tenido un empleo legal, actualmente fuma cocaína base cuando puede y vive con su familia aportando parte de su pensión no contributiva. Aunque ha probado la inyección nunca le gustó, dice ser la persona que importó la modalidad del consumo de cocaína base al Camp de Tarragona.

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

**JORDI 38 años.** Acabó los estudios primarios. Había trabajado 4 años en una ferretería. A los 17 años se inyectó por primera vez. Más tarde empezó a consumir pastillas de éxtasis, tripis, y rayas de coca en ambientes discotequeros de máquina. Se infectó muy rápidamente de hepatitis C. Este hecho descubrió su consumo a la familia y desde entonces casi ha estado más tiempo en granjas y comunidades terapéuticas que fuera. Después de muchos años de tropiezos y volver a empezar, fue abandonando el uso inyectado y transitó al fumado de cocaína. Después de más de 18 años de consumo, parece que definitivamente lo ha dejado. Actualmente tiene una pareja estable y trabajo. Hace muchos años que lo conozco, a veces uno olvida que los cambios son posibles.

“Yo siempre lo he visto así, yo fui de los porros a la aguja la dejé apartada completamente, fue algo que ya no me entraba más. Empecé a ir a las discotecas y que paso, que empecé a tomar medio éxtasis... para pasar la noche ya tenía bastante, después ya no era medio, .sino uno... ¿vale? y que pasa que al final ya no era uno sino que me tomé 35 en 4 días y 30 gramos de coca por la nariz, y ¿qué pasó?, que cuando yo llegué a este límite mi cabeza dijo, ¡eh, para! Y pasé de la coca y los éxtasis a comer tripis. Primero me comía un cuartillo, medio ... hasta que me pasé una semana comiéndome dos y medio o tres cada día ... llegué al límite y dije: tío, ¡para!”.

**RAFA, 43 años.** No terminó los estudios primarios. Empezó a trabajar en la construcción de muy joven con sus hermanos. Empezó a pincharse a los 22 años, siendo sorprendido en la obra y despedido por ello. Nunca más volvió a tener un empleo. Pasó la vida como un jubilado con su pensión no contributiva,

debido a haber contraído el VIH y la hepatitis. Estuvo varios años en la cárcel por atracos y robos. Vivió siempre en casa de sus padres. El consumo de alcohol, porros, benzodiazepinas, cocaína y heroína inyectada y fumada estructuraron su vida. Murió de sobredosis en diciembre de 2014. Gracias Rafa, descansa en paz.

“Yo no me infecté por una chuta de VIH, fue por otra cosa, y la hepatitis por otra persona y encima me lo dijo el chavo, era de noche no sé lo que pasó, fue en la plaza Prim, en un hueco que había antes. Ahora ya no está este sitio, antes nos metíamos mucho ahí, en la calle, ¿eh? Pasaba la gente y todo... ¿me entiendes? Y allí nos metimos muchas veces en la plaza Prim, ¿sabes? dónde está la zapatería esa. Pues estaba con dos hermanos, no te voy a decir los nombres, y encima me lo avisaron, uno de ellos me avisó, tengo la hepatitis. A mí me daba lo mismo... si yo tengo lo otro ya... y bueno y lo preparó con la suya o con la mía, no sé si fue con la suya, me parece que fue con la suya que lo preparó, era un chambo... ya te explico, nos metimos otro, entonces quería cogerla una chuta... pues la misma chuta la repartimos”.

**JOANA, 38 años.** No terminó los estudios de secundaria. A los 18 años probó por primera vez la cocaína esnifada, antes sólo había consumido porros y alcohol. Trabajó hasta los 18 años en el restaurante familiar en un pueblo cerca de Reus. Durante este tiempo formó pareja con un hombre que se inyectaba heroína y cocaína, además de dedicarse a actividades delictivas como tráfico, robos y atracos. Joana participó en muchos de estos atracos e ingresó a la prisión el mismo año. Allí empezó a consumir heroína y pastillas. Al salir de la prisión empezó a consumir cocaína y heroína inyectada. Aunque pudo combinar su consumo con algunos trabajos eventuales, realizó algunos viajes a Colombia como mula, los cuales terminó con éxito. Actualmente no conozco su paradero. Colaboró amablemente en uno de los vídeos sobre el consumo inyectado y de cocaína base para esta investigación.

“Dicen que si compras primero la jeringuilla que la droga, trae mala suerte, yo soy un poco supersticiosa, pero me encantan los gatos negros, me encanta que sea martes y trece...y que se cruce el gato, es muy buena suerte, sin embargo con esto de las jeringuillas sí...nunca jamás compro la jeringuilla antes de tener el material, porque pienso, si tengo esto pero si luego no puedo conseguir lo otro, me daría cabezazos...o

sea...para no chinarme tanto. Primero me preocupo de conseguir lo más importante y después la jeringuilla, a lo mejor tendría que ser al revés, pero no sé, primero el material, por esta tontería, no sé quién me lo dijo...porque si tienes primero las jeringuillas o te para la policía o no puedes comprar...siempre pasa algo...y yo no sé...y a veces he tenido antes las jeringuillas, o ha ido alguien a pillar y el otro va a la farmacia de enfrente a por ellas”.

**ALFREDO, 39 años.** Hijo de traficantes, dejó pronto la escuela y se dedicó al menudeo de sustancias entre sus amigos. A los 14 años empezó a esnifar cocaína y a los 16 a fumarla en base. Al volver del servicio militar, encontró un trabajo de comercial, pero volvió enganchado a la heroína fumada. Mantuvo su trabajo durante 10 años, se casó y tuvo un hijo. Nunca dejó el consumo de heroína y cocaína fumada. Con la crisis económica su empresa quebró y quedó en el paro, situación que mantiene hasta la actualidad. Hoy afirma que sólo fuma alguna base de vez en cuando. Ha rehecho su vida sentimental con otra persona. Creo que me hizo más preguntas él a mí que yo a él.

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

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

**CRIS, 25 años.** Ha trabajado en locales de ocio nocturno de Salou como camarera y ahora como jefe de relaciones públicas, mientras, combina sus estudios de diseñadora gráfica. Empezó a consumir cocaína y *speed* a los 18 años, en ambientes radicaleros, punk y esas cosas. Nunca se ha planteado dejar el consumo pero sí reducirlo, sobre todo por el tema económico. La mayoría de novios que ha tenido han sido consumidores y fiesteros. Le gusta mucho combinar los consumos de éxtasis con estimulantes como cocaína y *speed*, piensa que hasta que no deje de salir de fiesta no va a dejar de consumir nunca. Una mujer dominante y con un *look* espectacular.

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

**LOIDA, 33 años.** Trabaja de peluquera y de camarera en una discoteca de Tarragona. Terminó los estudios secundarios. Consume sustancias psicoactivas para ir de fiesta desde los 21 años. Su ideal de vida es poder montar su propia peluquería y encontrar el hombre de su vida. Nunca ha percibido el consumo de drogas como un problema. Le encanta acudir a *rave parties* y colocarse durante dos o más días seguidos.

“Hace muchos años, bueno, yo empecé tarde, con 21, pero *non stop*, no en grandes cantidades, sino siempre de ocio nocturno, cuando... al principio, antes de trabajar en la noche, yo salía por la noche, me iba de *rave*, y claro, yo consumía, llevo pues, pues 14 años consumiendo, no, ya te digo no son grandes cantidades, hay temporadas que más, temporadas que menos, hay... igual puedo estar 2 meses sin tomarme nada y luego de repente, coincidir que vienen unas fiestas determinadas o que... bueno, pues que estoy como más abierta”.



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

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

**LAIA, 39 años.** Terminó los estudios secundarios y se puso a trabajar de administrativa en una empresa comercial en la cual continúa trabajando. Tuvo un hijo con su anterior pareja. Consume cocaína desde los 21, siempre en fines de semana de manera instrumental. Ha compartido consumos con sus dos últimas parejas. Empezó a consumir cocaína base con su actual pareja a los 36 años, nunca lo había probado antes. Después de una etapa de descontrol con la base, ha conseguido frenar los consumos y dominarlos. Continúa consumiendo los fines de semana con su pareja y amigos. Le preocupa bastante cómo va a enfocar la educación sobre drogas con su hijo. No cree que debería plantearse cuando dejar de consumir drogas. Meses después me contactó un par de veces para continuar charlando del tema.

“A partir de ahí estoy como unos tres años, o cuatro hasta los 33 o así, que fue cuando me separé, fue otro punto de inflexión de mi vida en el que también vuelvo a hacer un cambio de actitud. Me estoy dando cuenta ahora de que cada vez que tengo un punto de inflexión tengo un desfase con las drogas”.

**MARTA 42 años.** Tiene estudios universitarios de comercio. Ha trabajado en muchos sectores comerciales, pero nunca de lo que estudió. Tuvo una hija con su ex pareja hace 5 años. Actualmente tiene otra relación con la

que espera tener más hijos. Consume cocaína y otras drogas, principalmente *speed* o éxtasis en fiestas y fines de semana. Considera que lo va a continuar haciendo toda la vida ya que las drogas le aportan cosas positivas siempre, como diversión, evasión y una comprensión más amplia de la vida y las relaciones sociales. La seguridad en la defensa de los consumos recreativos y de las drogas en general me ayudó mucho en un momento de bajón de la investigación.

“Yo con las drogas siempre me lo he pasado muy bien, a ver las drogas tienen su peligro y si te pasas estás perdido, pero si no te pasas son de puta madre... entonces probé el *speed*, unos amigos de mi hermana, lo bajaban del país Vasco, el *speed* manzanita, y la pasta de *speed* que secábamos para poder tomarlo, lo teníamos muy al alcance la verdad. Y que he tenido las drogas muy a mano siempre, enganchada a algo no he estado nunca, enganchada quiero decir de no ir a trabajar o estudiar o dejar las cosas colgadas ... una se engancha cuando deja de hacer las otras cosas, o realmente cuando empiezas a tomar cada día y eso no lo hecho nunca”.

**JOAN, 39 años.** Empezó la universidad pero no terminó los estudios. Ha trabajado desde los 16 años en muy distintos sectores. Empezó a consumir cocaína a los 19 años en ambientes de discotecas máquina a finales de los 90. A los 35 marca su punto más elevado de consumo de cocaína y otras drogas, principalmente cannabis y éxtasis. Después progresivamente ha reducido su consumo, siempre en fin de semana y muy relacionado con su red de amistades. Actualmente consume cocaína esporádicamente, ha dejado los porros que consumía a diario y piensa que a la larga va cesar sus consumos de cocaína totalmente. Una de las entrevistas más cortas y de las que he podido trabajar más, un gran poder de síntesis y las cosas muy claras.

“Cuando entras en el mundo de las pastillas y la disco, inevitablemente llegas a la cocaína, yo ya debía de tener 18 o 19 años seguro... Me acuerdo de la primera vez, curiosamente porque me hicieron una foto aquel día y la tengo aquí en casa, je, je. Me hizo gracia porque eran las 10:00 de la mañana y así que no habíamos dormido evidentemente y me hicieron una foto, y mi madre dijo: ¡qué guapo que estás en esta foto! y la puso en un marco y la he visto toda la vida”.

**MIQUEL 42 años.** Tiene estudios universitarios superiores de química. Trabaja para una gran empresa petroquímica de la zona desde que terminó los estudios, casado y sin hijos, empezó a consumir cocaína a los 18 años esporádicamente. Su pareja no ha sabido nunca de su consumo. A partir de los 25 años ha consumido casi cada fin de semana con sus amigos. Para él forma parte de la vida ritual social, como el alcohol, siempre le ha gustado y nunca ha tenido problemas por ello. Sufrió un ictus leve hace 5 años. Se mantuvo sin consumir un año pero después ha vuelto a consumir los fines de semana cada quince días más o menos. Miquel me ha acompañado en muchas sesiones de trabajo de campo nocturno, su vitalidad, energía y buen humor amenizaron muchas horas de bar.

“Hace casi veinte años que tomo y nunca he tenido problemas ni nada ... de momento no, ni he tenido nunca ningún mal rollo de decir: ¡hostia! que me ha sentado mal o he tomado demasiado no, lo único que me ha pasado es que algún día por tomar tanta no la podía ni ver en algunos días, ¡je, je!”.

**MÓNICA. 47 años.** Siempre ha trabajado en empresas dedicadas a la confección y moda. Hace 2 años acabó en el paro pero ahora trabaja para una gran cadena de supermercados. Aunque empezó a los 25 años a tomar drogas de manera recreativa, cuando empezó nunca más paró. Solía salir de fiesta de viernes a domingo, cocaína, éxtasis, *speed*, alcohol, sin que este hecho influenciara negativamente en su vida o trabajo. En la actualidad sólo consume cocaína, algunas veces entre semana también, aunque reconoce que ha bajado mucho el ritmo. Piensa que si algún día lo deja será de manera espontánea y natural.

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

**JAUME, 42 años.** Acabó los estudios de secundaria y al terminar abrió una empresa de maquinaria agraria la cual todavía regenta con éxito. Tiene tres hijos y está separado. Actualmente vive sólo. Empezó a consumir cocaína de manera lúdica a los 23 años manteniendo consumos instrumentales para ir de fiesta hasta los 35. Cuando se separó el consumo fue en aumento para estabilizarse a un medio gramo cada semana para uso individual o lo que haga falta dentro de las posibilidades económicas en grandes fiestas y eventos. Piensa que la vida ya lo llevará quizá algún día a dejar de consumir pero de momento ese día todavía no ha llegado. Jaume se prestó a que le acompañase a comprar cocaína, cuando tenía que ir y se acordaba me llamaba.

“Al principio comprabas o un gramo, y bueno el gramo te duraba un fin de semana y no eras el único que te metías, era todo el grupo con el que ibas y entre todos no metíamos. Al principio era una vez al mes o quizás una vez cada quince días, meses que no la tocabas, Después dos o tres meses que la tocabas más, no era algo tan regular como podría ser ahora”.

**DANI, 39 años.** Acabó los estudios de secundaria. Empezó a trabajar a los 16 años en todo tipo de trabajos. Actualmente encargado de un almacén de productos informáticos. Consume cocaína y otras drogas los fines de semana desde los 17 años. A pesar de que algunas épocas de su vida reconoce que se pasó de la raya, ha aprendido a gestionar su consumo. Lleva trapicheado con cocaína y hachís desde los 20 años, siempre y únicamente para sus círculos cercanos de amistades, sobre todo para costearse su consumo. Dani ha sido uno de los informantes clave de esta investigación, pues aparte de poder entrevistarle, me presentó a algunos de sus clientes con el mismo objetivo y me permitió permanecer en su casa para realizar sesiones de observación en horarios de venta.

“Yo me di cuenta yo mismo, la época que ganaba bien, que me metía mucha farlopa, salíamos mucho, cada día casi ... pillábamos un pollo por la mañana, íbamos a buscar otro, viernes y sábado otro ... Para mí ahora mismo es impensable, y acababas de currar y solo pensabas en salir y pillar farlopa, ya veces había pillado el miércoles y

tenía que volver a pillar porque ya había consumido el jueves, es peligroso tenerlo si no lo sabes llevar ... ahora también consumo ya veces no me apetece ... a veces porque quizás no estás bien contigo ... y te haces ... que tengo que decir”.

**IVÁN 55 años.** Tiene estudios de FP, vive solo y trabaja de atención al cliente en una empresa automovilística desde hace 30 años. Empezó a consumir cocaína a los 20 años, siempre en ambientes festivos. A los 35 empezó a distribuir cocaína a pequeña escala actividad que continúa realizando actualmente. Nunca ha experimentado problemática asociada al consumo aunque sí lo ha podido observar en amigos u otras personas que ha conocido. Equipara el consumo de cocaína al de un buen alcohol, no puedes abusar pero puedes consumirlo siempre que quieras.

“No era como la heroína, era un concepto diferente, a la heroína le tenías miedo, al principio no porque no lo sabía nadie, pero la gente que se enganchaba está muerta. En cambio la cocaína era algo inofensiva, era como el alcohol. No era algo que tuvieras miedo ni nada, era algo fiestero, siempre lo ha sido fiestera”.

**MIRIAM, 37 años.** Es fisioterapeuta y trabaja en un hospital de Tarragona. Empezó sus consumos a los 18, con sus amigos y sólo el fin de semana. Actualmente tiene dos niños y está casada. Al quedarse embarazada paró todo consumo, en realidad afirma que esto ocurrió en un buen momento, pues llevaba un par de años que ya no sólo se limitaba a consumir los fines de semana con los amigos si no que toqueteaba la cocaína casi a diario, en pequeñas cantidades pero la usaba para realizar cualquier tarea o relajarse en casa. Aunque ahora no consume nada, sí piensa en poder realizar consumos de cocaína esporádicos y recreativos más adelante, pues no cree que pueda perjudicarla en ningún aspecto de su vida. Me invitó a un par de fiestas muy interesantes y a otras que no pude acudir.

“Al final quizás sí que hubo unas épocas, que fue cuando ya no tomé más, que fue a los 31 años, sí que me había planteado alguna vez que me podía el hecho de tomarla por que sí. No es que la necesitas para estar bien, pero me apetecía a cualquier hora, no socialmente”.

**ANNA, 36 años.** Es animadora sociocultural y estudió trabajo social aunque nunca ha ejercido como tal. Tiene dos hijos de una relación pasada. En los últimos años trabajó los fines de semana en un pub como camarera para ganarse un sobresueldo. Empezó a consumir cocaína a los 28 años, antes había probado el *speed* y los tripis pero nunca mantuvo consumos sostenidos. Actualmente vive en pareja con la que sí que intensificó sus consumos de cocaína sobre todo los fines de semana pero también durante alguna salida entre semana a cenar o a tomar unas copas. Piensa que con moderación puede ser un buen aliciente pero que las veces que ha abusado, sobre todo de cocaína y alcohol, no se ha sentido muy bien anímicamente y que puede que a parte que tenga un mal beber la cocaína intensifica la resaca moral. A día de hoy ha reducido sus consumos debido a dejar el trabajo en la discoteca. Imagina una vida en la que los consumos sean muy esporádicos o inexistentes. No le gustaría que sus hijos supieran todo lo que ha consumido. Solíamos salir de fiesta a menudo en el pasado, fue una experiencia muy agradable volver a recordar viejos tiempos.

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

**SERGI, 38 años.** Estudió psicología pero trabaja como educador social con menores y cuando puede en proyectos de cooperación internacional. Empezó con los consumos de cocaína a los 18 años, pero nunca le interesó mucho, sobre todo por el precio y porque le gustaba experimentar con otras drogas, setas, tripis o éxtasis. Hace 5 años a raíz de un cambio de trabajo y mientras acababa la carrera estudiando por las noches empezó a utilizar la cocaína para aguantar más y poco a poco también para salir. Muchos de sus amigos ya consumían asiduamente los fines de semana, él no tanto, pero en los últimos años dice poder consumir por lo menos un gramo al mes. No cree que a él le pueda ocasionar problemas, pero sí que ve en la cocaína aun algo

que puede desestabilizar a una persona que no esté cien por cien bien emocionalmente. Siempre que tengo dudas sobre nuevas sustancias acudo a él, un pozo de ciencia.

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

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

#### **4.5. El trabajo de campo y el encuentro con los informantes**

Ningún antropólogo debería preocuparse por la cantidad de entrevistas a realizar, esto es obvio, pero sí puede preguntarse, ¿cuántas entrevistas debería realizar hasta percibir una saturación de datos? Pues depende, en mi caso, he realizado 32 entrevistas, las cuales han requerido más de un encuentro y un mínimo de tres horas de entrevista y otro tipo de entrevista ejecutada en un solo encuentro de una hora y media de duración. Buscaba perfiles de consumidores en función de su predilección basándome en la vía de consumo (inyectado, base fumada y esnifado). También que cumplieran un único criterio, que hubieran consumido cocaína más de 30 veces en el último año, medida que recientemente el Observatorio Europeo sobre drogas (EMCDDA) ha propuesto para tipificar al consumidor de cocaína de riesgo.

Para facilitar la tarea y porque también me pareció razonable, decidí suavizar los criterios de inclusión y rebajar hasta 15 veces en el último año o en el anterior como requisito mínimo<sup>30</sup> para entrar en el estudio.

Para los dos primeros grupos –inyectado y fumado- fue relativamente fácil pensar en que compañeros de ARSU o personas que participan en el proyecto Illeta estarían dispuestos a colaborar desinteresadamente en una investigación sobre cocaína que tenía el objetivo principal de aportar argumentos sólidos para un cambio hacia unas políticas de drogas más sostenibles y eficaces. Quiero agradecer profundamente la sinceridad y honestidad de este grupo de entrevistados. Ni la supuesta barrera generada por la relación profesional-usuario, ni la no retribución económica, supuso un freno al relato directo y sin tapujos. No existe ninguna herramienta para medir la honestidad y la sinceridad de los informantes, pero si tengo que guiarme por mi intuición, he tenido un alto grado de satisfacción al respecto con los informantes que han estado alguna vez en tratamiento o en alguna situación crítica o de dificultad frente al consumo de cocaína. No sé si la entrevista cualitativa tiene algún poder terapéutico, pero estoy seguro que la escucha activa, la empatía y la confianza sí la tiene, pues muchas veces volví a casa después de realizar alguna entrevista emocionado, impactado y antropológicamente afectado, pensando, ¿por qué me explica a mi todo esto? o simplemente ¿Qué estoy haciendo con estas personas? A todos y todas ellas mi más sincera gratitud.

Con las personas que ya conocía de este subgrupo intenté realizar todas las sesiones de grabación en alguna cafetería tranquila y cercana a la Illeta, al estilo Lindesmith. Para las personas que no conocía elegí un despacho lo más informal posible en la misma Illeta, local que se encuentra en un lugar muy céntrico y conocido por todos, facilitando así el encuentro. Admiro absolutamente a todas aquellas personas que acudieron a la cita sin conocerme previamente y que se abrieron desinteresadamente a mantener una conversación siempre algo comprometida con un desconocido que encima

---

<sup>30</sup> En algún caso aislado como Miriam, no se ha aplicado el criterio estrictamente, ya que a mi parecer podía incluirse perfectamente en el patrón buscado.



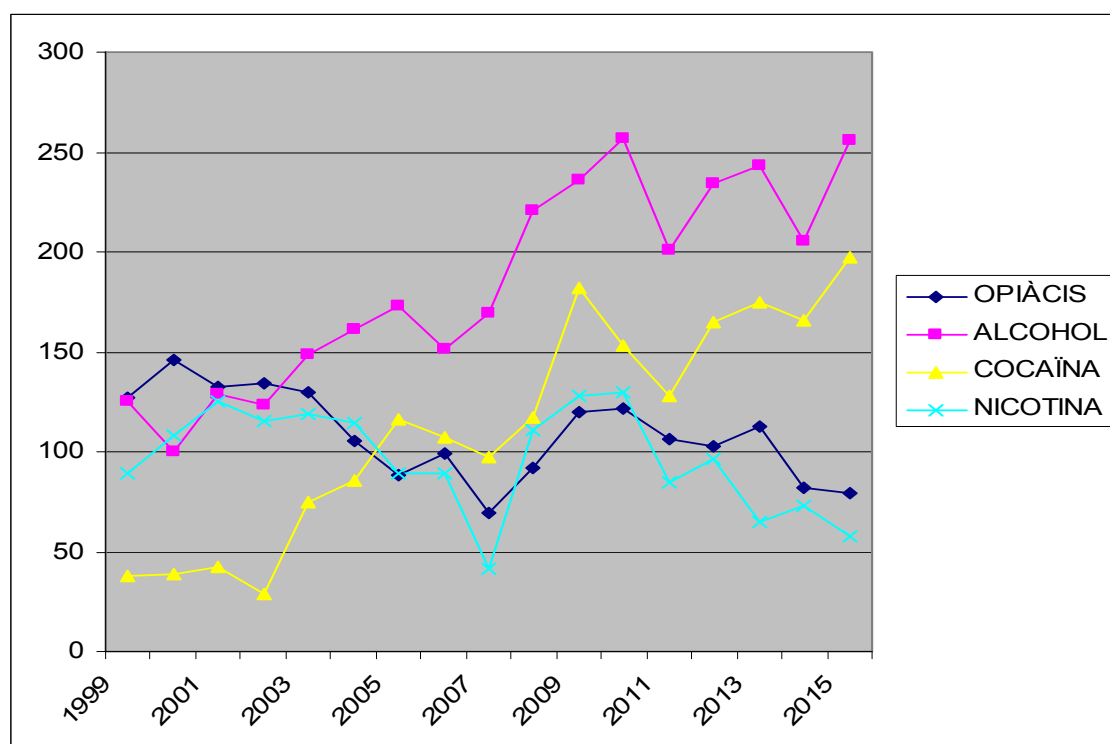
pretendía registrar la entrevista con una grabadora. Intenté en todas las ocasiones, mientras presentaba el documento de confidencialidad y de consentimiento informado, ganarme al menos la posibilidad de entablar una conversación relajada y voluntaria.

Otras veces, observé en la sala de espera del servicio donde trabajo la imposibilidad de reconocer a una persona que acude por problemas relacionados con el consumo de cocaína a simple vista. El tópico del *yupi farlopero* es tan mito como incierto. No he encontrado un solo signo físico o actitudinal a simple vista atribuible a una persona consumidora de cocaína esnifada, que no esté bajo los efectos de la misma. Al contrario sí he aprendido a identificar algunos de los signos que pueden delatar a una persona bajo sus efectos; verborrea, movimiento involuntario de mandíbula, inquietud, sudor, fumar y beber a un ritmo extraordinario o frecuentar más de lo habitual el lavabo o baño de un determinado espacio. Aun así puede no darse o apreciarse ningún signo a la vista y pasar totalmente desapercibidos. Para mi sorpresa, también observé que el bruxismo o movimiento involuntario de mandíbula ocurre también en inyectores de cocaína o que la mayoría de veces, la cara chupada o lipotrofia que errónea y popularmente identifican a una persona como "drogadicto" es debido al uso de medicamentos antiretrovirales, a características personales o a una mala nutrición y no por el efecto directo atribuible a ninguna sustancia. Pienso también que la dentadura en mal estado o su pérdida tiene más que ver con la falta de higiene y cuidados durante la vida que con el contacto con humos psicoactivos.

De todos modos, tenía una manera mucho más fácil de reconocer a consumidores de cocaína que acuden al servicio. Una carpeta amarilla identificaba el uso de cocaína como la sustancia principal que genera la demanda de atención, así como la roja identifica a las de alcohol o la verde a las de heroína. Hubiera sido muy fácil echar mano del archivo, hoy día informatizado, y husmear entre un suculento mar de datos personales y episodios relacionados con el consumo (diagnósticos e itinerarios asistenciales incluidos). Dos razones me hicieron descartar por completo esta opción, sortear los trámites burocráticos y éticos derivados de la actual ley de protección de

datos, pero sobretodo lo impersonal e intrusivo que me pareció esta opción desde un primer momento. No he abierto ninguna historia clínica ni social de ninguna de las personas que he entrevistado, aunque no descarto que en un futuro con otro marco metodológico, pudiera ser de utilidad o de interés.

La persona con carpeta amarilla, goza de una generalizada “mala fama” entre los profesionales del servicio. Primero, por haber protagonizado un cambio en el modelo de usuario estándar dominado por el que acude por problemas de alcohol principalmente o por el de heroína. Se le caracteriza por ser más violento, inquieto y proclive a desencadenar estados mentales más complicados que los otros. Hasta 2009 no dejó de aumentar el número de personas que acudían al servicio por cocaína, año en que empezó a descender y a estabilizarse otra vez al alza hasta el día de hoy, marcando la tasa más elevada.



Evolución de la demandas de tratamiento en el Servei d'Addiccions i Salut Mental HUSJReus (1999-2015).

Así pues, después del experimento en la sala de espera y de huir de todo protocolo clínico, pedí la colaboración de mis compañeros de equipo para

que me sugirieran personas susceptibles a ser entrevistadas que cumplieran el perfil que he mencionado antes. En el ámbito terapéutico-asistencial encontré mayoritariamente esnifadores, de los cuales algunos habían probado también la cocaína base fumada, pero no se habían inyectado nunca. No tuve que insistir demasiadas veces para empezar a recibir números de teléfono y nombres para empezar a llamar. Es una de las etapas más lentas para el etnógrafo. Agradezco otra vez la ayuda recibida por mis compañeros.

No todas las personas toman la decisión de aceptar la entrevista y tampoco es fácil introducir por teléfono a personas que no conoces; quién eres, qué quieres y porqué las llamas. Las palabras hospital y universidad facilitan mucho la introducción y tienen su efecto, claro, pero cuando mencionas estudio y el nombre de la persona que te ha pasado el contacto, terapeutas todos ellos, el clima de la conversación cambia radicalmente. Muchos informantes vinieron a la entrevista esperando a un médico o una persona con cara de científico y bata blanca. Contrariamente, encontraron a un hombre joven con pinta de antisistema y ¡Zas! siempre aparecía la cara de póquer que delataba la sorpresa y una posterior e inmediata expresión de relajación. Esta situación ayudaba a destensar el ambiente y me permitía retenerlos sin demasiados problemas, siempre recordando que podían abandonar la sesión y por supuesto darme plantón, en el momento que ellos quisieran. Al final de todas las entrevistas, después de enfatizar mi más sincero agradecimiento, he oído muchas veces una frase parecida: "Bueno, no sé si esto te servirá de algo... pero por lo menos me ha servido a mí. Gracias".

Así como los dos primeros grupos de informantes fueron captados en el ámbito asistencial y asociativo, el tercer grupo, consumidores que no han acudido nunca a un centro de tratamiento, fueron reclutados en el ámbito del ocio nocturno de la ciudad. Algunos por mediación de mis redes personales. Otros por el efecto cadena que ocurre al contactar con informantes clave y sondear la posibilidad de llegar a alguien que pudiera interesarle colaborar en el proyecto. No he tenido dificultades para encontrar a personas interesadas que cumplieran el perfil, pero si en materializar los encuentros. Es fácil obtener una respuesta afirmativa para ser entrevistado, pero luego es más complicado

concretar y realizar las entrevistas. La falta de tiempo e incomodidad inicial que plantea la situación, es la realidad después de una respuesta afirmativa bajo los efectos de unas copas y quién sabe si algo más.

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

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

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

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez

## 5. LA GESTIÓN COTIDIANA DE LA COCAÍNA: TÉCNICAS, USOS, TRANSICIONES ESPACIOS, EFECTOS, PERCEPCIONES, MERCADOS, RELACIONES Y CONTROLES. ANÁLISIS PRELIMINARES

### 5.1. La transición entre diferentes vías de consumo

En esta parte de la investigación se resume cuáles son las principales vías de administración de la cocaína, sus usos e implicaciones con los consumidores. En general, la principal vía de administración es la esnifada, modalidad a la cual he dedicado más espacio analítico-descriptivo y de la cual se han recogido más testimonios informantes y más material etnográfico. La descripción de la técnica de inyección y la de fumado de la base de cocaína, por su complejidad y por su menor conocimiento, ocupan menos volumen pero no por ello son menos importantes para obtener una visión global de su uso.

Es indispensable a mi parecer conocer exhaustivamente las técnicas y procedimientos de elaboración de estos preparados para poder implementar modelos de intervención efectivos y de optimización de intervenciones de reducción de daños y riesgos, así como entender las distintas lógicas de su consumo desde una perspectiva hermenéutica. Avanzando algunas de las conclusiones de este estudio, las medidas reactivas, o “apaga fuegos” que proporciona el modelo de reducción de daños y riesgos no son suficientes para afrontar un problema que es estructural y que necesita de medidas proactivas que influyan en las políticas de drogas (Rhodes, 2009, en Grund *et al.*, 2010:199) y (Parés, 2013:87).

**La cocaína o clorhidrato de cocaína** es una sal blanquecina, mayormente en forma de polvo o semi roca y de apariencia cristalina sino está muy cortada con otras sustancias. Es totalmente soluble al agua y por eso puede ser absorbida por las mucosas corporales (nasales, rectales o genitales) o inyectada en una solución acuosa.

**El consumo inyectado** del clorhidrato es el que permite una mayor y más rápida absorción de la sustancia por el cuerpo, facilitando que el 100% de la dosis llegue al torrente sanguíneo y por tanto al cerebro. La base de cocaína,

por otro lado, permite una absorción bastante eficiente y rápida de la sustancia, semejante aunque no tan potente y eficaz como la inyectada.

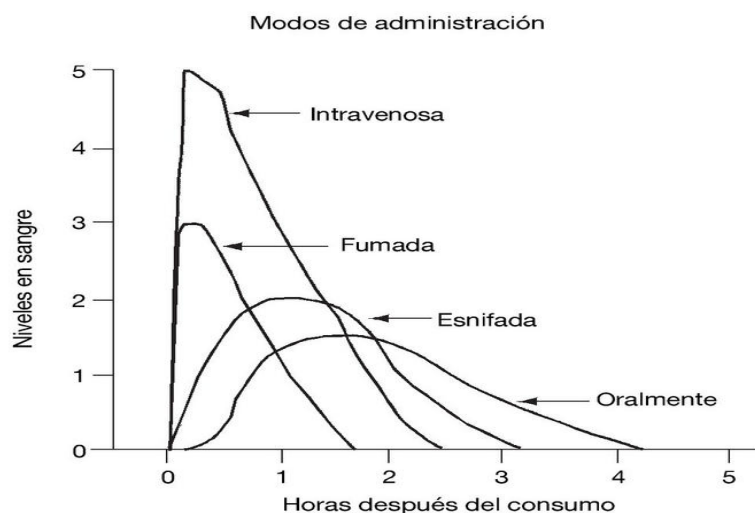
La vía intranasal, se considera la menos efectiva ya que permite arrojar al organismo aproximadamente sólo un 40% (Fattering et al., 2000) de la dosis utilizada y va a tardar unos minutos a alcanzar el torrente sanguíneo. Este factor, según (Díaz, 1998) más el de la duración de los efectos, puede ser una de las variables a tener en cuenta en el estudio del comportamiento adictivo pero sólo es un factor importante, no determinante, "las cualidades farmacológicas de las drogas son virtualmente insignificantes fuera de sus contextos político-económico y socioculturales" (Bourgois, 2004:95). La vía de consumo oral, no se ha tenido en cuenta en este estudio por no encontrar patrones de consumo significativos entre la muestra.

La cocaína base o vasuco, obtenida del clorhidrato de cocaína mediante su disolución en amoníaco o bicarbonato tiene una baja solubilidad en agua (sulfato), no permite su consumo inyectado<sup>31</sup> ni su absorción por las mucosas, y su consumo óptimo será en este caso el fumado<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Aun así es posible conseguir inyectarse el crack o la base mediante un proceso de reacidificación del clorhidrato: "En los últimos años, los informes de la inyección de crack han surgido de los EE.UU. y algunas ciudades europeas. El crack es la cocaína preparada específicamente para fumadores (generalmente por el distribuidor) mediante la separación de la base del clorhidrato. Para inyectar crack, hay que transformarlo en su forma ácida (ya que, probablemente, el consumidor fue incapaz de encontrar cocaína en polvo). Cuando se prepara para la inyección, el crack se acidifica en la misma manera que la base de la heroína del sudeste asiático, añadiendo unas gotas de limón" (Grund, 2005).

<sup>32</sup> He ilustrado el consumo inyectado y fumado de cocaína con vídeos realizados con informantes para facilitar su entendimiento, **consumo fumado de cocaína base con bicarbonato**: <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/about/>, **consumo fumado de cocaína base con amoníaco**: <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/video-2-elaboracion-de-cocaina-base-con-amoniaco/>, consumo de clorhidrato de cocaína inyectado: <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/video-3-preparacion-de-la-inyeccion-de-cocaina/>



Fuente: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-efectos-cocaina-el-ser-humano-13128590>

Tabla I. FORMAS DE ABUSO							
TIPO DE SUSTANCIA	CONCENTRACION DE COCAINA	VIA DE ADMINISTRACION	PORCENT. EN PLASMA	VELOCIDAD APARICION DE EFECTOS	CONC. MAXIMA PLASMA	DURACION EFECTOS	DESARROLLO DEPENDENCIA
HOJAS DE COCA	0.5 - 1.5%	Mascado infusión oral	20 - 30%	LENTA	60 Minutos	30- 60 Minutos	NO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	tópica: ocular genital, intranasal (esnifar)	20 - 30%	RELATIV. RAPIDA	5-10 Minutos	30- 60 Minutos	SI LARGO PLAZO
CLORHID. COCAINA	12 - 75%	parenteral: endovenosa subcutanea, intramuscular.	100%	RAPIDA	30-45 Segundos	10-20 Minutos	SI CORTO PLAZO
PASTA DE COCA	40 - 85% (Sulfato de cocaína)	Fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO
COCAINA BASE.	30 - 80% (alcaloide cocaína)	Inhalada-fumada	70 - 80%	MUY RAPIDA	8-10 Segundos	5-10 Minutos	SI CORTO PLAZO

Fuente: <http://www.adicciones.es/files/lizasoain.pdf>

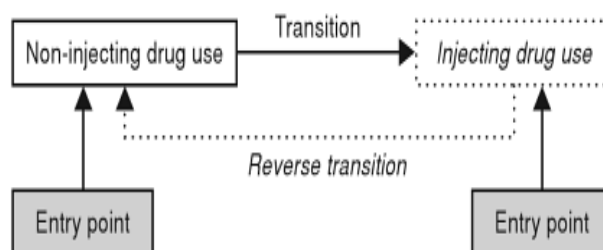
Es común entre usuarios de drogas inyectables transitar de una vía de administración a otra: fumado-inyectado. Southwell (2005) apunta algunas de las consideraciones clave en este sentido:

Inicialmente, se empleó el término transición simplemente para describir el cambio entre no-inyección y la inyección para la administración de la heroína. En algunos contextos nacionales las vías no inyectables de administración eran casi inexistentes en la década de 1990 (por ejemplo, Italia, España, Francia e Irlanda). Al mismo tiempo, en los países con importantes poblaciones de consumidores de heroína no inyectables,



la alternativa preferida a la inyección no fue de ninguna manera homogénea (*chasing the dragon o fumado en papel de plata* en el Reino Unido y los Países Bajos, esnifado en los EE.UU. y fumado en cigarrillos en Pakistán) (Strang *et al.*, 1997). La elección de la "ruta de puerta de enlace" parece estar influenciada por dos factores:

- Cultura: El modo dominante de la administración dentro de una subcultura determinada, que Strang *et al.*, (1997) sugieren que crea un sentido más fuerte de la identidad de las características más generales de ser un consumidor.
- Mercado: El tipo de producto disponible dentro de un mundo de las drogas, dado que por ejemplo la heroína marrón (heroína base) se presta a fumar mientras la heroína blanca (heroína sal) tiende a ser inyectada o inhalada.



Fuente: Southwell (2005:119)

Los usuarios de drogas con un perfil dependiente son propensos a experimentar cambios en su relación con las sustancias estableciendo progresos no lineales ni uniformes en su "carrera" como consumidor, véase por ejemplo las transiciones entre vías de consumo anteriormente apuntadas, a las que podemos añadir las transiciones de esnifado a fumado.

"Yo cocaína y chocolate... sí, estoy en un 15 de metadona... a mí me pone el caballo, ¿no ves que bajo estoy?...yo me meto un pico de caballo y me pone doblao...prefiero fumármelo...a veces ¿sabes? Porque tengo una amiga, tiene su casa, vive sola, y ella va de fumao...antes iba de aquí (vena), hace tiempo lo dejó...la coca se la fuma en base, vasuco, botella..., y el caballo se lo fuma en plata...yo a veces también, hago la voluntad esa y digo, venga va...y así no me la chuto...voy a su rollo, si estoy con ella, porque voy mucho, por ejemplo ahora la puedo llamar y decir...¿Dónde estás? ¿En casa?...pues bueno en 20 minutos voy pa lla'... ¿qué vas a venir?, ¿qué vas a venir? Y

le pongo los dientes largos... ya sabe que voy a pillar dos, una de cada, para fumárnosla y en base, porqué yo no sé fumarla, yo no sé hacer la base ni fumar, yo pongo el tubo y ella me hace correr la gota...tu aquí...y a soplar, y no me lo pincho, el caballo no me lo pincho...hace tiempo, me da pánico...pero sólo con esta chavala y punto...". RAFA

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

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

"Pero la botella sí que me ha gustado, me ha entrado dentro... y me ha gustado, porque ya no tienes que destrozarte los brazos, y puedo ir con camiseta corta...aunque se vean los callos, pero se van curando... pero siempre quedan... hombre desde los 16, 17 años es normal que queden callos en los brazos... ". JORDI

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

"No funciona, esnifao ya a mí...que va... lo sé ya... ¿yo esnifao? Dios quiera que fuera así, y fumado tampoco...mira que me ha gustado la base, porqué es otro pelotazo es otro mundo, te da por hacer el amor...bum, bum, si vas de aquí no te da nada, pero si fumo, si te da para hacer el amor y otras muchas cosas...si vas de pico, no te da por meterla...no consigo pero... es vicio, el vicio lo que hay es la aguja ¿me entiendes?, yo empecé con la aguja, y yo la verdad que me cuesta, los bombeos...porqué te bombeas, pim, pam". RAFA

"Pues empecé esnifando pero, y no me acuerdo como fue que volví a inyectarme...llega un momento que por la nariz ya no te hace lo mismo y...lo que me acuerdo es que yo no tocaba la coca, porqué siempre he sabido que la coca es lo peor que hay, mil veces pero que el caballo...y entonces procuraba no tocarla, pero un día vi a un amigo que hacía muchos años que no veía, y me dijo: - ¡Ostras! ¡Cuánto tiempo! Ven que te invito...y él hablando y tal y yo no me di cuenta y puso coca...y me lo puse...y le dije, ¡hostia!, ¿esto lleva coca no?". JOANA

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

"Yo era bastante joven, porros, tripis, *speed*...etc., bastante joven, gente que se inyectaba como que iban de heroína y se dormían, no me gustaba, no me quería dormir, ahora no pasa tanto, antes ibas a bares y la gente dormía del colocón...la primera vez que me inyecté fue con *speed* ...me pegó una hostia, yo lo veía todos los días y le pierdes el miedo, esto es como todo, el verlo cada día, un compañero mío pues ... él se inyectaba heroína ...después de un tiempo me empecé a inyectar *speed* ...y cuando tenía mono de *speed* me metía heroína y la heroína te hace pasar todos los males, luego ya vino la heroína con el *speed*...la primera vez fue anfetamina...". ALBERT

"Yo cuando he empezado a inyectarme fue en una etapa muy tonta que tuve con 17 años, pero no llegó a ser nada grave, nada acentuado, porque no tuve que pasar por ningún médico ni por drogodependencias, o sea, no llegó a darme síndrome de abstinencia, ¿vale? A los 27 fue cuando empecé a hacer el tonto porqué me puse a vender, y entonces claro, al tenerlo tan al alcance y al tener tantos conocimientos de gente que venía a comprar y me decía como se tenía que hacer...pues bueno, el caso es que acabé haciendo más el tonto, con cocaína y heroína... y es lo que me ha llevado aquí". JOSÉ M<sup>a</sup>

"Esta fue la primera enganchada que tuve. Y sobre el tema de la coca te puedo decir que hay días que hoy vas a comprar en el mismo, al día siguiente vas al otro, claro que me pasó que como no tenía vehículo para ir a Reus para... resulta que iba a un yonki, al que le he visto coger agua del parabrisas, agua de un charco, para que veas lo desesperado que estaba el personal cuando ..., y empecé con él, y tan de ver pim pam y tanto de ver como se pinchaba yo llegué a probar la coca por la vena, y sobre todo en

*speedball*, en caballo y coca, porque es una sensación que primero te sube la coca y después el caballo te deja tranquilo, es una droga...y me vi muy mal, cuando llevaba ya unos meses, no me pinchaba todos los días pero ... ". MARTÍ

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

"Fuimos a vivir a casa de mis padres, en una habitación para nosotros, muy, muy pequeña, fue el no va más... y venga a fumar, ella cogía y se iba a la carretera y cuando tenía 20 o 30 euros, cogía dos o tres papelas, una de cada o dos de cada o así... Yo empecé a engancharme, no salía, no hacía nada, la esperaba a ella a que viniera o la iba a buscar a las 12 o las 11 cuando tenía ella dinero y pa casa...o a esperar, un calvario, hacía un par de mamadas o tres y ya está, o a saber lo que hacía, y yo la esperaba... en casa... y me empecé a enganchar porque ya lo necesitaba, ya estaba a parte de la gente, no salía, sólo la esperaba a ella para consumir. Yo sabía que era más adictivo, igual que inyectado, pero no haces caso, porque no estás centrado, estas aislado de la sociedad, no quieres ver nadie, pasas de la gente, y yo estaba sin trabajo... esto influye mucho también, había algún enfado de vez en cuando, era que ella llegaba a casa y venga me daba una rayita o me traía gente y se pinchaban en casa, y yo pensaba, jesto no puede ser! A mí me hacía mucha cosa, pero después ya no...ella no se pinchaba, yo tampoco, fumábamos todos los días. Después nos separamos y yo continuaba". CARLES

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

Transiciones inversas también pueden reflejar cambios en la identidad del consumidor, lo que refleja el deseo de una participación más moderada, o el deseo de consumir drogas de forma controlada. (Blackwell, 1984 en Southwell, 2005) describe este tipo de grupo que mantiene consumos controlados como 'recuperados' o 'vencedores', y para muchos un cambio en la vía de administración es un componente crítico en esta conducta adaptativa. Otros pueden regresar al consumo después de un período de abstinencia y ver el cambio a la no inyección como un paso importante para liberarse de los patrones de conducta aprendidos y profundamente arraigados<sup>33</sup>.

“Enseguida me dieron trabajo, me apunté en el INEM me dieron trabajo en Valls, pero estuve un año y me fui, porque ahí recaí con la cocaína, nada más salir de ahí, la heroína no la volví a tocar, pero ahí ya empecé con la cocaína. Recaí con la aguja con la cocaína, recaí con el consumo de drogas pero con una droga diferente. Hasta entonces fue la heroína, pero después fue la cocaína, la cocaína la había probado pero no me gustaba, no era mi droga, yo era de heroína, pero a partir de que salgo de ahí la heroína me da un poco de miedo, pues me lío con la cocaína, bueno tengo un tropiezo bastante grande, y luego ya lo dejo. Un año y así estuve. Y luego ya la aguja la dejo definitivamente y estoy unos años abstinentes de todo, me vuelvo a Reus”. ANTONIO

En resumen, podemos considerar que la ruta de enlace hacia una determinada manera de consumir vendrá determinada por el estilo y características de consumo del subgrupo o subcultura de iniciación, al mismo tiempo que ésta vendrá condicionada por las sustancias y su tradición de uso que estén disponibles en el mercado. Por otro lado, las transiciones hacia un tipo de vía de consumo u otro, estarán influenciadas por: las consecuencias físicas de un consumo sostenido en el tiempo, la tolerancia desarrollada hacia determinadas sustancias, la exposición repetida y observación de una determinada vía de consumo, las condiciones sociales y estilos de vida adoptados por los individuos, cambios en su identidad y la resistencia hacia la inyección por ser considerada una práctica desviada.

---

<sup>33</sup>A las mismas conclusiones llegaron; Romaní y Rimbau (1992)

## 5.2. La inyección de cocaína y el miedo de los 80

La inyección de drogas para uso recreativo o no médico sigue siendo un fenómeno principalmente occidental hasta bien entrado el siglo XX<sup>34</sup>. Pero la globalización y la prohibición mundial de las drogas han dado lugar a la difusión por todo el mundo de la inyección de drogas, más notablemente en las zonas de producción de drogas y sub regiones adyacentes, dónde se consumían tradicionalmente preparados más leves de los mismos alcaloides (o sus precursores) a través de modos menos peligrosos de administración<sup>35</sup>. En 1992, 80 países informaron del uso inyectado a la Organización Mundial de la Salud, y se pasó a 136 en 2003 (Grund, 2005). Actualmente este número ha aumentado, como consecuencia del constante esfuerzo prohibicionista, que genera una dinámica contraria a sus objetivos. En cuanto a consumo de drogas intravenosas, las Naciones Unidas; Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD), el Conjunto de los Estados del Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman conjuntamente que el número de personas que se inyectan drogas en el mundo es 12,7 millones. Eso corresponde a una prevalencia de 0.27 por ciento de la población entre 15 y 64,2 años de edad. El problema es particularmente mayor en el este y el sudeste de Europa, donde la tasa de uso de drogas inyectables es 4.6 veces mayor que la media mundial (World Drug Report 2014:11).

En España la encuesta EDADES 2013, estima el número de consumidores de drogas intravenosas, a partir de una muestra de usuarios reclutados en centros de tratamiento. Las respuestas válidas obtenidas fueron de 1.213 usuarios, dato que dio lugar a una estimación de 4417 personas que se habían inyectado recientemente en 2012. Como se ha explicado en el caso de la uso problemático de heroína, esta cifra es probablemente subestimada, y por lo tanto una estimación paralela que se hizo aplicando un multiplicador para el número de usuarios vía inyectada que obtuvo la cifra de 8.809 usuarios, un 0.038% de la población entre 15 y 54 años de edad.

---

<sup>34</sup>Ver: Pates and Wichter (2005),

<sup>35</sup>Véase el caso de Colombia, productora importante de heroína, que no ha introducido masivamente el consumo inyectado hasta hace unos pocos años.

**Table 4.2.6. Recent injecting drug users (last year), Spain, 2009-2012**

	Number of recent injecting users Average value (minimum and maximum value)	% of recent injecting users in the population aged 15 to 64. Average value (minimum and maximum value)
2009	18,549 (14,042 - 23,056)	0.043 (0.057-0.071)
2010	15,649 (12,902 - 18,397)	0.048 (0.040-0.057)
2011	14,863 (12,067 - 17,659)	0.046 (0.038-0.055)
2012	11,865 (9,669 - 14,061)	0.038 (0.030-0.044)

Source: Spanish Observatory on Drugs and Drug Addiction (OEDT).High-Risk Drug Use Indicator.

El uso de la aguja, “tiene gran importancia simbólica en todas las culturas de la droga, ya que se ve como el divisor entre drogas "blandas" y "duras" (Rosenbaum, 1981 en Oretti y Gregory, 2005) y su iniciación es vista como el momento en que una persona transita de ser un "usuario" a un “adicto”. En realidad tiene un gran poder y efecto simbólico<sup>36</sup>.

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

Es crucial comprender los factores y mecanismos que implican la transición al uso de drogas inyectables, a fin de realizar intervenciones preventivas exitosas (Oretti y Gregory 2005).

“Había un chaval que va de esnifao, sí, se ha pegado 2 o 3 chutes en su vida...él conmigo no, porque yo lo aprecio mucho, más niño que yo, entonces nos fuimos y lo pillé en mi barrio, porque también hay coca en mi barrio...entonces cogí y dije, vámonos pal San José Obrero...primero pasemos por la farmacia 24h un sábado por la mañana, entonces el chaval ese me dice, entrando a las 24horas, oye píllame una pa

<sup>36</sup> Ver también: Gamella (1991)

mi...y digo , ¿qué? Ahora hablamos...pillé 4 insulinas nuevas...las apalanco en la bolsa, en la chaqueta...y no se ve, y andando pal San José Obrero... ¿qué me dijiste socio? Tú te vas a esnifar, una papela entera, tú no te vas a picar, ¿me oyes? Una de diez pa ti sólo, ¡tú no te vas a chutar delante de mí! ¿Qué pasa con tu rollo? ¿Qué te estás metiendo o qué? ¿Quién ha sido el hijo de puta este que te ha metido en este agujero? Porque tu sólo no, a mí no me vas a engañar, tu sólo no has sido...a ti te la han metido, porque tú no sabes meterte...alguien te ha metido". RAFA

Probablemente el uso de cocaína inyectado sea el más minoritario entre la población consumidora de cocaína, aunque como hemos visto este método es el más efectivo entre los métodos de consumo, la inyección como vía de administración, no está normalizada entre los consumidores de cocaína, quedando relegada a consumidores y ex consumidores de heroína o *speedball*, en programas de mantenimiento con metadona la mayoría de éstos.

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

Simbólicamente el uso inyectado remite al fenómeno que protagonizó el consumo de heroína en España durante los años 80 y principios de los 90, el VIH, las sobredosis y la imagen cultural del "yonki", pudiendo este fenómeno propiciar un freno natural al acceso a la jeringa como vía de administración de drogas por parte de nuevas generaciones.

"Quizás lo único que te diría que no, sería la historia de pincharme, ésta sí que me hace respeto y mucho miedo y no creo que lo haga nunca ... no porque veo quizás la reacción que tiene la gente que lo hace y llegar a este estado no le encuentro la gracia, de la desconexión total que tiene la gente que se pincha, la ida total no le veo yo la gracia, la droga la veo para disfrutarla y pasarlo bien y no para quedarse en un rincón tirado con tu mundo solo, no le veo la gracia ... ". JAUME

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



“Yo empecé cuando tenía 14 años a fumar porros, el fallo que tuve, vale, mi pensamiento, desde entonces, yo creo que es muy interesante esto, es que yo siempre pensé, yo tengo que probarlo todo, pero yo no me engancharé a nada, lo probaré todo para saber los efectos que hace y que es lo que siente la gente, que es lo que les atrae tanto, y que es lo que los engancha, aquel interés por aquello, pero yo no quiero quedarme en este mundo, yo iba por la calle con mi madre y le decía, mamá yo nunca me veré así, ¿sabes? y mira ... hoy en día, ves, no puedes decir de este agua no beberé”. JORDI

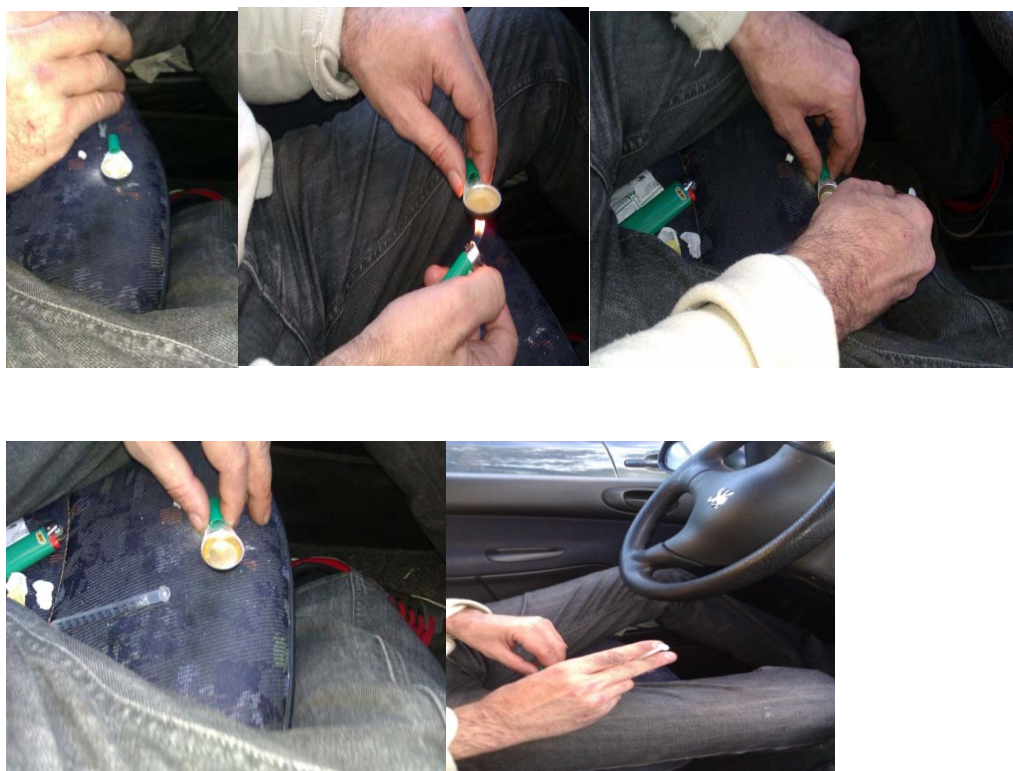
En una de las sesiones de trabajo de campo acompañé a dos informantes (David uno de ellos) a pillar 20 euros de cocaína, en dos bolsas de 10 a las casetas<sup>37</sup> del barrio de San José Obrero de Reus. Yo me quedé en el coche con uno de los dos informantes, el otro bajó del coche y anduvo unos 200 metros, llamó a una casa y entró y en un minuto ya estaba de vuelta al coche. Los dos informantes ya tenían *kits* de inyección completos (1 *kit* contiene: 2 jeringuillas, toallitas de alcohol, agua bidestilada y una cazuelita estéril para realizar la mezcla con agua) de antemano recogidos en La Illeta. Con el material ya encima nos dirigimos a los alrededores de un parque para proceder a la sesión de consumo dentro del vehículo, eran las cinco de la tarde de un martes. Uno de los dos informantes era el encargado de la preparación. Vertió el contenido de las bolsas en la cazoleta, luego saco el embolo de una jeringuilla y añadió agua al polvo que estaba en la cazoleta. Con el embolo empezó a disolver bien el polvo de cocaína y posteriormente le prendió fuego, suavemente sin dejar que hirviera la mezcla. Cuando la cocaína es relativamente de mala calidad calentar la solución puede ayudar a la disolución (Grund, 2005). Después volvió a poner el embolo en la jeringuilla, metió dentro una pequeña bolita de algodón hecha con un filtro de cigarro para evitar la succión de impurezas o pequeños cuerpos que pudieran obstruir la jeringuilla o dañar la vena y aspiró con la jeringuilla todo el contenido, hasta 8 ml. Después cogió la otra jeringuilla, retiró la aguja e introdujo la aguja de la jeringuilla cargada por el orificio de la otra jeringuilla hasta llenarla 4ml, quedando así la mezcla repartida equitativamente. Ninguno de los dos informantes requirió de *smarts* o gomas compresoras para presionar las venas del brazo, abriendo la

---

<sup>37</sup>La compra de cantidades de 5, 10 o 20 euros es una peculiaridad de compra que sólo la he podido reportar de puntos de venta donde acuden personas que compran cocaína para inyectarse. 5 euros, según David es lo que se conoce como una micra, la unidad mínima para prepararse un chute.

mano y cerrándola repetidas veces consiguen encontrar el punto de punción deseado.

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



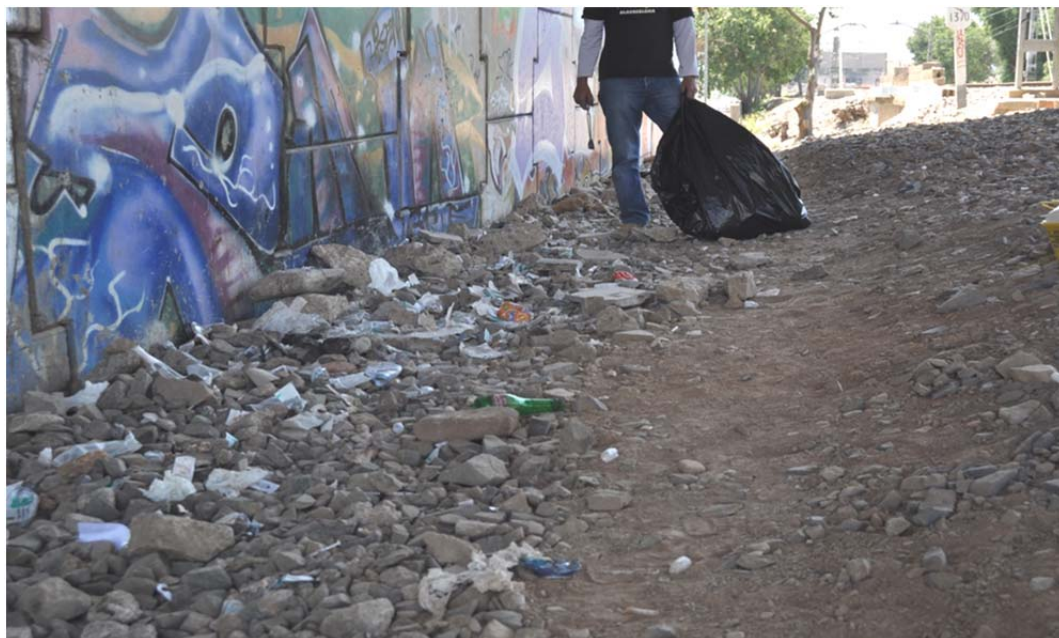
**Preparación de la inyección de cocaína para dos personas (DAVID).**

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

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



**Paso bajo el puente del tren Barrio Sant Josep Obrer, con activistas de ARSU recogiendo material usado.**



**Paso bajo el puente del tren Barrio Sant Josep Obrer (Reus)**

Otra experiencia de observación sobre consumo inyectado de cocaína sucedió en la visita a domicilio que realicé a uno de los informantes. Contacté con José María, y me invitó a su casa para filmar una sesión de consumo inyectado de cocaína. No pude filmar absolutamente nada, aunque ya estaba pactado de antemano que la entrevista podía ser filmada, no me atreví a romper el clima de la entrevista, primero porqué José María se preparó la inyección y se inyectó casi sin darme cuenta y empezó a conversar con su otro "yo" mientras mantenía su jeringuilla clavada en su antebrazo, bombeando el contenido repetidas veces. Ver la sangre mezclada dentro de la jeringuilla clavada me provocó un estado de mareo automáticamente. Segundo, el surrealismo de la situación y el miedo frente al estado extremadamente alterado de José María, dejaron abortada la intención de realizar un vídeo y sólo pude esperar con cara de susto unos 15 minutos a que volviera en sí.

Temí por su vida, por la exaltación de sus conversaciones y por intuir que su ritmo cardiaco estaba por las nubes, al límite de lo soportable. Acentuaba cada palabra a ritmo de sus pulsaciones y no paraba de moverse por el sórdido pasillo de un piso que parecía abandonado o en ruinas, por la suciedad acumulada, los olores y por la presencia oculta de otros inquilinos, compañeros de piso, que tenían, cada uno de ellos, candados en sus puertas. Quedamos para otro día pero ya nunca más encontramos el momento ni la situación deseada para retomar la sesión. Aun así si pude conservar el audio de la entrevista que llevamos a cabo durante 30 minutos el primer día que hablé con él en la Illeta.

Durante el tiempo que llevo trabajando con inyectores de drogas siempre me han llamado la atención el tamaño de las manos de una mayoría de éstos, manos gruesas y grandes. Es frecuente que los inyectores usen casi siempre manga larga para ocultar los surcos en la piel de los brazos recorriendo viejas venas que ya están hundidas en las carnes. También es fácil observar finos picotazos en hilera recorriendo normalmente antebrazos o manos, Es lo que he podido identificar como "desviación corporalizada". A veces las marcas no son sólo físicas y reconocibles sino que se convierten en signos reconocibles sólo a partir de la experiencia, las conductas, percepciones y maneras de

describir la realidad compartida, como el lenguaje referido al consumo o la cárcel, el lenguaje corporal, vestimenta, etc.

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

“Yo empecé a consumir, a ver...yo estaba trabajando, yo empecé a los 22 años, a pincharme yo fui directamente ya a la aguja, ni rayas ni vasuco ni nada, yo lo mío fue directamente, como se llama...un esto coca con caballo, ¿vale? una mezcla, de mil duros, que antes era...aquel año, era una de caballo y una coca buenísima, que ¡vamos!, te pega un zumbido rápido...¿eh? ahora no es lo mismo, ahora la coca no es lo mismo y el caballo tampoco, ha bajado mucho, la calidad...ya no te pega el zumbido que te pegaba, hay veces que sí pero es muy raro...que te pega aquello, que te pitan los oídos, eso es coca buena, para pincharte y eso. (...) Me lo hizo él, todo me lo preparó bien, me apretó el brazo, me lo inyectó él, yo tenía miedo, yo miraba pa el otro lado, las primeras veces yo hacía así. Me lo metían y yo hacía así, y me decían, ya te puedes bombear...yo decía ¿ya está? Sí, sí ya está, yo cogí y me lo bombeaba...el primer día me lo bombeé, me pegué un zumbido que no veas, empecé a sacar la papas así a chorro, porque llevaba mucho líquido bebido ¿Vale? Entre cervezas limonadas, y todo, salían las papas que no veas...en el descampado y el colega dijo, hostia como te ha pegado ¿eh? No veas como me ha pegado ¿eh? ¡Esto es una mierda!, me sentó muy mal y dije, nunca más, y bueno a la semana que sigue...ya fui yo... fui a pillar yo. No fui a Constantí, fui por allí... ya a la semana ya empezó el rollo, ya iba yo sólo ¿me entiendes? Sí, sí, porque lo vi, no es tan chungo, echas la papela, echas lo que quieres tú de agua... un 4 o un 5, llega hasta un diez la chuta, pues tu echas una papela de 10...pues puedes echar pa ti, pa uno sólo, si estás dos, echas un 6 más o menos, luego crece un poquillo, se va a un 7, entonces 3,5 pa mi 3,5 pa otro y con la misma chuta que igual la hemos usado dos veces...”. RAFA

“La gente que paraba en el barrio yo ya sabía que iban a lo que iban y un día me encontré a un amigo en el autobús y fui con él...él se lo inyectó y yo me lo esnifé y ya está y quedamos otro día...y le dije al chico, oye ¿y si lo pruebo y tal? y el chico no me dejaba, por nada del mundo, yo te aprecio y tal, y yo le dije, mira a tu alrededor, si no me lo haces tú se lo pido a cualquiera de esos que pasan por aquí y me lo ponen...entonces él, al verse esta presión me dijo, bueno para que te hagan algo, ya te lo haré yo, y me dijo, te lo haré esta vez pero no me lo pidas nunca más, y me lo puso, y me acuerdo que es que no sentí nada de nada, ni morado ni nada, quizás el chico por ser la primera vez, por no pasarse puso poco...pero ¿qué tengo que sentir? Yo no me enteré de nada y ya así quedó la cosa, ya no se lo pedí más y tal...y luego no me

acuerdo como fue que empecé a inyectarme...me acuerdo que me regalaron un coche y tal y empecé a ir yo sola al barrio, y allí abajo me encontraba gente. Oye ¿me llevas? ...y los llevaba, y me decían, oye por qué no te paras un momentito en el caminito...porque pillaban y tal...y creo que así fue que empezó la historia, pero como yo no sabía, siempre me lo tenía que meter alguien, y hasta que un día dije, pues no puede ser, porque si un día estoy chungu de mono, digo ¿cómo me lo voy a hacer? Y un día me fui, pillé material, me fui ahí a un caminito y me lo puse yo sola, me lo puse bien...tu misma, o te lo pones o te quedas... entonces ya, iba sola no tenía que buscar a nadie y tal...y me bajaron las causas y un día entré...a pagar, y ahí me desengancharon de golpe". JOANA

"Y ese día que estábamos en el coche el chaval me dice de ponernos el pico, me quito la chaqueta, meto así el brazo... y justo estoy así con la cabeza girada, porque yo tenía pánico a las agujas, y le digo: ¡No! ¡No! No quiero... y dice, pero como no si ya lo tienes dentro. No me había dado cuenta de que me había pinchado ni que la había puesto... y de repente me hace ¡boom! ¡Todo el ciego! ¡Hacia arriba!". JORDI

"Con 17 años me inyecté por primera vez... me inyectaron, mi compañero, lo había visto hacer pero no sabía ni trabajarlo ni nada...ni encontrar la vena, me costó poco aprender... Fue en dos jeringuillas diferentes y cada uno se la metió, allí donde estaba el Ateneo...es que ahora ha cambiado mucho, sacas jeringas de todas partes. Fuimos a buscarlo... no sé si lo compramos o ya lo teníamos, y nos inyectamos en la calle, porque yo no me había inyectado nunca, no sabía cómo se hacía, el compañero sí, ya hacía tiempo que se inyectaba... los únicos *punks* que había en aquella época, hace 25 años...no era como ahora, las jeringas antes las comprabas, las escondías, no es cómo ahora que hay farmacias y hay intercambio". ALBERT

"La primera vez fue caballo con *speed*, y fue aquello porqué quería probarlo, quería probarlo, estaba con un amigo y le dije que si él no me inyectaba iba a encontrar quien me lo inyectara porqué él no quería, por qué no quería ser responsable de mí...de ser quien fuera la primera vez que me pinchara, pero claro yo ya lo tenía comprado ya tenía la jeringuilla, y el otro claro, estaba enganchado y si tú vas con la jeringuilla y vas con el material...no hubo ningún problema, porqué al principio me ponía pegado porqué me apreciaba, lo estaba pasando mal y no quería que yo me pinchara...porqué aun a veces él se acuerda...Fue a escondidas en su casa, a escondidas de sus padres y nos fuimos de fiesta después de pincharnos, nos fuimos de fiesta a la Patum de Berga, y nada, pues estuvimos toda la noche, entre la mezcla del caballo con el *speed*, todo espitosos por ahí, haciendo locuras...Lo hicimos con una cuchara, lo mezclamos y con una jeringuilla pues miremos la cantidad que había y ahí repartimos, cogimos lo que es la jeringuilla metimos la parte de hierro dentro de la otra insulina...por delante, por la parte por donde hay la aguja, quité la aguja metí la otra dentro para que no se saliera pa fuera e hicimos más o menos la proporciones, yo me metí un poco menos, pues era



la primera vez y tenía un poquito de miedo...lo hicimos con agua y con speed y caballo, entonces lo mezclamos un poco, pusimos un poquito de algodón para recogerlo y luego pues lo repartimos así como te dije...Las jeringuillas las compré yo, como fue la primera vez las traje yo compradas....no me acuerdo cuanto costaban, fue en una farmacia, no me pusieron ninguna pega, la verdad fue más el dónde comprarla y que no me viera nadie a ese miedo a comprar las jeringuillas y que me viera alguien....me fui a una farmacia que no me conociera nadie...Ese día yo sólo me inyecté una vez, pero mi amigo se juntó con otro amigo y se metieron otra toma...eso lo hicieron los dos, con una usada y una nueva...hicieron el mismo procedimiento, o sea se limpió con agua la jeringuilla simplemente y se preparó con la jeringuilla nueva, pero se introdujo la aguja otra vez para meterle dentro las medidas<sup>38</sup>...Probé lo que fue el caballo y me gustó...la primera vez no tuve ningún mal rollo, porque al ser mezcla con *speed*, hacía que no me durmiera, iba alterado pero a la vez tranquilo...". DAVID

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

"Con 15 años tomaba hachís, con 18 empecé con la cocaína, luego entré en prisión y allí ya conocí todo...heroína, pastillas, todo lo que no conocía lo acabé de conocer. Cuando salí me enganché a la heroína, primero fue heroína vía nasal, esnifada y después ya pasé a la inyectada...primero era heroína sólo y luego ya heroína con cocaína. He hecho programas de metadona, pero siempre he alternado metadona con consumos. Nunca he estado del todo sin consumir, sólo cuando he estado en prisión o en algún centro. Fuera nunca, aunque he tomado metadona siempre he consumido. Actualmente, lo que es la aguja no la suelo tocar mucho pero sí que una vez al mes o dos cae. Pero sí que lo que suelo hacer lo que hago es fumar base, que esto últimamente sí que lo estoy haciendo demasiado y ya me estoy empezando a cansarme y todo de hacerlo, y ya está". JOANA

---

<sup>38</sup>Esta técnica es conocida como *front-loading*. Es una de las técnicas que ha propiciado la expansión de la hepatitis C entre inyectores de drogas, una vez conseguido que no se compartieran jeringuillas, se descubrió que de esta manera los usuarios continuaban propagando el virus, así como compartiendo cazuelitas, filtros y otros utensilios.



“Desde allí ya me saqué el graduado escolar porque me hicieron repetir todo mis padres, aprobé pero no dejé de gamberrear. Y luego querían que hiciera BUP y todo eso que había antes, BUP COU y la universidad y lo dejé todo, me puse a hacer FP en la escuela de metal, pero allí sí que pasé a tomar tripis, hacíamos campana y allí llevábamos las xibecas con los tripis dentro, empecé un poco con las anfetaminas y todo eso. Eso ya fue desastroso, para conseguir dinero limpiaba los cristales de los coches, cuando empezó ese *boom*, me sacaba 1000 o 2000 pesetas y con eso me sostenía el consumo y fue un desastre, fue a peor ya en segundo, pasé a segundo así a trancas y barrancas y a tercero ya lo dejé y el consumo de drogas siguió...y cuando cumplí 18 años empecé con la heroína. Mis amigos la probaron antes, toda esa generación consumían heroína, todos mis amigos. Yo tenía una motillo, con 16 años tuve un trabajo y con el dinero de este trabajo me compré una vespinillo y yo a todos mis amigos los llevaba a pillar y yo les decía, pero como hacéis eso y tal ¡es una barbaridad! Y a los seis u ocho meses justo el día de mi cumpleaños, el día siguiente pues dije, pues hoy lo voy a celebrar, hoy lo pruebo yo también y ya me metí un pico, con 18 años acabados de cumplir. Escuchábamos Barricada, Rosendo, este tipo de música, Barón Rojo...”. ANTONIO

Esto pone de relieve la fuerte correlación entre inyección y el uso problemático de drogas, y puede reflejar diferentes motivaciones subyacentes de consumo de drogas entre los usuarios seleccionando diferentes vías de administración. Mientras que muchos inyectores pueden simplemente desear un mayor “*rush*” o “*flash*” (subidón) asociado a la inyección, otros pueden ser atraídos por el deseo de suprimir sentimientos negativos o malestares existenciales. Tradicionalmente, estos se han atribuido a características individuales, tales como traumas psicológicos o dificultades personales, que denotan un enfoque psicofarmacológico, la “automedicación” para el consumo de drogas. Friedman (2002) en (Southwell, 2005:122) describe un término alternativo como modelo explicativo ‘*sociopharmacology*’, y propone que el uso problemático de drogas puede ser más frecuente entre las comunidades marginadas a causa de una búsqueda colectiva de la analgesia en el rostro de la pobreza, las privaciones<sup>39</sup> y las oportunidades restringidas. La efectividad y economización que ofrece el consumo inyectado puede ser otro de los factores de elección.

---

<sup>39</sup>Ver también Epele (2010).

“Y digo, pero ¡tío! Si con 1.000 pelás ya nos hemos puesto así y nos estamos gastando 10 mil pelás para estar así... cada día...digo tío, nos sale más a cuenta, ni que nos tengamos que pinchar, coger y pincharnos, y así fue el primer enganche de aguja serio que tuve... ”. JORDI

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

Otro ejemplo de cómo una variable cultural puede influenciar en los distintos itinerarios de consumo podemos observarla en personas que se han socializado en el “mundillo de las drogas” en los 80 y que conocieron de primera mano la inyección como un forma más de administración de drogas. Estos han visto como con el paso del tiempo como se ha degradado socialmente la percepción hacia ese tipo de consumo, mayormente asociado al consumo de heroína.

“Meterse un pico era mucho más normal que ahora, para mí el ámbito que yo me estaba moviendo incluso...decíamos mira el yonki ese y tal, la gente lo hacía con bastante normalidad, pero no como ahora que alguien que se chuta está muy desfasado y tal, era muchísimo más normal, luego progresivamente esto fue cambiando, pero al principio era normal, bueno normal, normal dentro del ámbito que yo me movía, de mis colegas y todos no era descabellado...no estaba fuera de lugar”.  
ANTONIO

Otro nivel aún más oculto si cabe la posibilidad, pertenece a personas de un estándar o alto nivel de vida y psiconautas, quienes pueden acceder a la sustancia sin prisas buscando calidad y experimentando con la aguja como una práctica sibarita alejada del estigma del “marginado”. He conocido gente con este perfil quienes no han querido ser entrevistados pero sí puedo recoger su testimonio en breves líneas. Personas de mediana edad unos 50 años, con un estilo de vida medio-alto, con familia, trabajo y un alto nivel de estudios, quienes tuvieron contacto con el consumo inyectado en la juventud, normalmente con heroína, y en contexto universitario o de ocio, pero nunca lo convirtieron en un hábito. Con el tiempo y en ocasiones puntuales realizan consumos de distintas drogas (alucinógenos, estimulantes, incluso heroína) sin que esta actividad perjudique ni distorsione su ritmo de vida habitual. Se puede confirmar la hipótesis que no todas las personas que han probado el consumo

inyectado han continuado realizándolo o han desarrollado un hábito incontrolable, estas preconcepciones corresponden a una visión sesgada y tremendista hacia el consumo de drogas en general.

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

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

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

"Lo de la aguja tiras la cantidad de la papela encima de la cuchara y pones el agua, antes se metían dos o tres gotitas de limón y con el caballo también... y luego se pinchaba y metes la llama del mechero hasta que hierve y después ya paras... coges el filtro de un cigarro, lo limpias, haces como una bolita y lo tiras allí y con la aguja aspiras... eso te lo metes en la vena y pierdes el miedo a la aguja, yo por lo menos, mucha gente tiene miedo, yo no tengo miedo, un día fui a hacerme un análisis, agarré una chica joven ... que no sabía mucho y cogí yo y me lo hice yo y se quedó flipando ... no es muy saludable todo esto". MARTÍ

"Yo cuando me he pinchado lo normal es meterme la aguja y bombearme 6 o 7 veces y sacármela...hay gente que lo hace 30, 40 veces y se piensa que la cosa aún está por allí corriendo... con la sangre y es una tontería como una casa... yo ahora hago dos bombeadas y cuando ya me sube me quedo tonto y pum, a lo mejor me la dejo enganchada y punto...y cuando me doy cuenta me la quito me limpio y ya está... He tenido temporadas... claro, que la coca no es bombeártela una vez y sacártela... porque la coca debes bombearla para que te suba... tienes que bombear varias veces, cuanto más te bombees más te sube...bueno más aguanta, más te dura ... pero si te pinchas 4 o 5 veces ya te sube. Ya llega un límite que ya no te subirá más... El caballo no, no hace falta que te bombees, cuando ya lo tienes dentro ya está, es tontería bombear, hacerte...el enganche de la aguja son tres enganches en uno... pincharse, el bombear y

las drogas que te estás poniendo, sea coca, heroína sea lo que sea... las dos cosas...".

JORDI

"Coger meterlo todo en una chuta, yo meto un 4 o 5 de agua...namás, pa uno sólo, pues entonces, meto la papela...si hace viento primero meto el agua y después la coca... sino al revés...igual hay gente que chupa el plástico a ver si amarga...o a veces te avisa la gente...porqué ellos tienen sus probadores...que prueban por aquí, prueban por base...casi todos los gitanos tienen sus probadores...Si dice que no es nada del otro mundo, puede que sea buena...sino le pega el tajo, y lo cortan, meten mierda ahí y te la cortan, lo mejor es pillarlo, cuando viene el material, porque no les da tiempo a cortarla y te la dan buena, después de 4 o 5 días, la empiezan a tocar....". RAFA

"A mí me pone paranoico la cocaína inyectada, muy paranoico...por ejemplo con el caballo te pones una y te aguantas más, la coca dura menos...el que se pincha coca...me da síntomas de que me persiguen me vigilan...Antes hacían papelas de 15 que eran un 4 que te ponías, ahora las han bajado a 10, las hacen más pequeñas porqué la gente va más escasa de dinero...entonces es el lío que tienen ahora...venden más así...a veces te quedas con las ganas, no te has puesto y vuelves y luego te descontrolas un poco...normalmente el cocainómano repite sus consumos en la misma cazoleta...eso es en lo que me he fijado...cada uno lo suyo pero me refiero a que se mete un poquito y luego se mete otro poquito, y el que se lo mete de golpe sale zumbando con sus paranoias...y alguien para no tener paranoias mete primero una dosis, luego se va a comprar otra papela y se lo hace en dos o tres dosis. (...) A veces cuando consumo en grupo es la desconfianza que tienes, que ya no sabes cuánto te has metido, o si te la han quitado, o si la has perdido o si te lo has metido, y ahí pueden haber problemas...o que no hayas cogido otra jeringuilla limpia, y has hecho ese fallo y no lo miras, porque eso lo hay...por ejemplo no hay otra jeringuilla, pues con la misma, lo haces con una limpia, la tuya y luego lo repartes o lo vuelves a echar en la cazuelita y él que se la coja, porque él la tiene usada y yo no te la voy a meter dentro de lo que está usado, te lo vuelvo a echar en el cazuelito y te lo coges de ahí...luego a lo mejor llega otro que no tiene cazuelita, llega le echa un poquito de agua, lo limpia un poco le pasa el algodoncillo y vuelve a usar la cazuelita que se ha encontrado allí...". DAVID

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

La furtividad de los consumos debido a su ilegalidad, las pocas condiciones higiénicas y la mala calidad del producto y la estigmatización de la propia práctica, son los principales riesgos asociados a la inyección si tenemos en cuenta también el riesgo vital por sobredosis y la posibilidad de contagio de enfermedades crónicas si se comparten utensilios y agujas. Lo óptimo sería poder aislar y controlar estos factores, condición que podría conseguirse sólo de dos maneras: erradicando la sustancia totalmente, - con escasas posibilidades de éxito como ya se ha demostrado - o regulando su uso y distribución – posibilidad con más opciones de éxito desde mi punto de vista- .

### **5.3. La cocina de la cocaína base “vasuco”: Amoníaco o Bicarbonato.**

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

En 2011, se notificó que el número de individuos que habían consumido cocaína base en algún momento de su vida se había reducido a la mitad en comparación con 2007. Del mismo modo, hay que destacar que, en 2011, los porcentajes encontrados para su uso dentro de los últimos 12 meses (0,2%) y en los últimos 30 días (0,1%) se encuentran entre las cifras más bajas (REITOX<sup>40</sup> 2012). No se han registrado diferencias significativas en el informe 2015.

---

<sup>40</sup>Red Europea Información de Toxicomanías.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína base y edad media de inicio en el consumo de cocaína base en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.



Los datos de uso sobre el consumo de cocaína base en la población general no están disponibles de manera fiable. Debemos realizar una marcada distinción entre los consumidores socialmente integrados de cocaína en polvo que pueden estar usando esta modalidad de cocaína en un contexto recreativo, y usuarios de drogas más marginados, que consumen cocaína o cocaína base como parte de un problema crónico de drogas<sup>41</sup>.

<sup>41</sup><http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine>



terminología norteamericana a este subproducto de la cocaína. Para muchos informantes el crack les remite a una droga más peligrosa y exótica, gracias a la labor mediática que el Gobierno de los Estados Unidos tejó durante los años 80 y parte de los 90.

"Esto... a esto, aquí le llamamos vasuco, esto es base, esto es la base y vasuco es... derivado de la base. Esto es hacer la base. A ver, fumar... fumar fumas base o vasuco o como quieras decirle. Vasuco es la base. El vasuco es la base. Fumar base. No, esto no es *crack*. La coca no es *crack*. El *crack* engancha mucho y eso no me ha enganchado nunca. Yo lo fumo... yo desde los dieciocho años que le meto caña, ¿eh?".  
JOSEP

La historia del *crack* en Estados Unidos descrita por Agar (2003), descubre al *crack*, no como una nueva droga, sino como una nueva tecnología introducida en los 80. Una variante de los derivados fumables de la cocaína, más fácil de elaborar y segura que el *freebase*<sup>43</sup>. Poco a poco fue convirtiéndose en una mercancía de gran atractivo económico para quien se dedicase a su venta y distribución, que llegó a extenderse no sólo a poblaciones de suburbios de las grandes y medias ciudades<sup>44</sup>. Con el tiempo debido a un modelo político neoliberal liderado por Reagan, que garantizaba la supresión de prestaciones, el oportunismo racista y un progresivo deterioro social, causado por la falta de oportunidades en distintas zonas deprimidas pobladas sobre todo por afro americanos, el uso de *crack* acabó convirtiéndose en una de las actividades ilegales más visibles y estigmatizadas. Al mismo tiempo implicaba desafortunadamente a países de América Central y el Caribe en el comercio y consumo de esta sustancia.

La construcción sociocultural de la imagería del *crack*, sobretudo en EEUU se ha fundamentado desde una perspectiva prohibicionista y racial,

---

<sup>43</sup> El *freebase* o *freebasing*: La elaboración del *freebase* requiere de la utilización de sustancias volátiles (éter) y de quemadores potentes: es más complejo químicamente, necesita más instrumentos de laboratorio y es mucho más peligroso (riesgo de explosión). El crack en cambio se obtiene con relativa facilidad calentando soluciones de clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico. (Díaz, 1998:169).

<sup>44</sup>Ver Bourgois (2004)



hecho que ha producido una cadena de violencia y marginación sin límites. Modelos analíticos de las ciencias sociales han demostrado y desenmascarado las bases ideológicas que han fundamentado este proceso, como sostener que el crack es una droga nueva y diferente a la cocaína, que es instantáneamente e inevitablemente adictiva, que es fuente *per se* de crimen y violencia o del porqué se criminaliza especialmente a mujeres que consumen o han consumido esta sustancia y estigmatiza sistemáticamente a los descendientes de éstas, (Reinarman y Levrine, 2004). Los medios de comunicación han contribuido enormemente a diseminar este tipo de mensajes. Roso *et al.*, (2013) en un análisis de la prensa escrita en Brasil determinan no sólo como este tipo de mensajes afectan a la construcción socio cultural del fenómeno de uso de drogas a nivel popular sino también al cómo se construyen las estrategias políticas al respecto.

## 5.5. El crack en España

Probablemente la terminología de “vasuco” que conocemos en España para referirse al crack proviene de la técnica de consumo de las piedras de cocaína base con el conocido popularmente vaso “durablex” que encontramos en la mayoría de nuestras casas, por este motivo vamos a distinguirlo escribiéndolo con la letra “v” en lugar de “b”.

“En Málaga ponían un vaso de beber, ponían también papel de plata así, encima, el vaso con un poco de agua, se le hacía un agujerillo para chupar y chupabas por el agujero...con un alfiler o una aguja, hacías más o menos así, encendías dos cigarros rubios, porque allí el americano era barato, me costaba la mitad que aquí. Le ponías la ceniza, porque el sabor de la ceniza es buena, gusta a la gente. Encima de la ceniza ponías la clase de piedra. Cogías el vaso y chupabas por el lado y esto va con una goma, ¿eh? Para que no se hunda, queda fijo...y por eso se llama vasuco...y después no dejabas que se escapara el humo tampoco, si ponías una buena piedra tenías para un buen rato. Fumabas aguantabas con el pecho todo lo que podías, no hablabas, después ya soltabas un poco el humo, después otra vez hasta que se acababa. (...) La base la traje yo primeramente a Tarragona, en un barrio que se llama Campo Claro. Que le vendía chocolate a un gitano. A mí los gitanos me han hecho muchas, pero los perdono porque están muertos. Uno también se fue a la ruina porque lo enganché yo a la base, por malo, me tiró un cuchillo así...y lo enganché a las pastillas y al caballo y a

la cocaína. (...) Aquí de la base nadie sabía nada, y la gente me decía, ¡te vas a matar!  
¡Te vas a destrozar...! Y yo decía, ¡qué va! ¡Está bueno! Yo le he enseñado a la gente  
a hacer base, y luego venían traficantes a mi casa para ver la pureza que tenía...ahora  
le meten de esto azul y lo saben...después el gramo me lo fumaba". MANUEL

"La base una temporada lo probamos, hacer la base y tal. Pero no...bueno, te estás  
toda la tarde...eso sí que gastas diez gramos por lo mismo, porque vas haciendo, vas  
poniéndolo, sí, es más comunicativo quizás, no es tan individualista, es compartir una  
pipa y estás hablando todo el rato, pero a mí no...los efectos yo creo que son más  
eufóricos, charlar tal... y también estás que no paras, porque con esto cuando  
empiezas no paras, la haces y cuando terminas una calada, otra, y es más quizá de  
estar más rato juntos. Porque si te haces una raya uno se va aquí y el otro se va allá.  
Eso es más juntos, estar más rato juntos, ahora estuviéramos fumando y estaríamos  
tres horas, fumando...en cambio si haces una raya pues uno se va a bailar y eso...  
No sé si engancha más, hay gente que dice que sí... quizás el efecto es más inmediato,  
no lo sé...yo lo he oído que engancha más... personalmente no, ahora hay gente que...  
pero a mí no. Cuando había, había y cuando no, no. De poder podríamos hacer  
siempre, pero siempre venía uno y decía, hagámoslo...pero cuando se acababa la  
sesión, basta". IVÁN

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

"Pero, un día en mi pueblo, en una casa que había, que vendían, vendían la base  
hecha y para esnifar... claro yo fui a comprar para esnifar y no tenían y para no coger el  
coche e irme a otros pueblos a buscarlo dije, venga va, ¡trae a ver! Y resulta que me  
fumé aquello y claro, la sensación que tuve yo, es que yo si tenía que coger un gramo o  
medio gramo para coger un punto, con una calada me daba multiplicado... porque la  
sensación es multiplicada, porque cuando haces base, el que se quema es la basura y  
se queda lo que es coca, coca. Entonces, empecé a fumar, esa noche mismo me gasté  
un montón de dinero ya, y bueno, me fui a casa, el día siguiente no, pero bueno volví, y  
el problema que había es que allí la vendían hecha, porque aquí no la venden hecha, y  
te la tienes que cocinar y es un rollo, pero allí la vendían hecha, ¿sabes? Y lo que  
enganchaba mucho era, llegar, que te lo vendiera, y poder fumar allí, y fumabas allí y  
claro, eso...buff, era... tú cuando estabas por ahí pensabas, llego allí y ¡pam! ". MARTÍ

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

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

"Sí... yo he sido una persona que siempre me ha gustado saber hacer las cosas por mí mismo, no depender de los demás, te fijas como lo hacía el camello delante de ti, porque muchas veces el camello no lo tenía hecho y lo tenía que hacer... en ese momento estás súper nervioso, súper mal... hasta que no pegaba una calada... Por ejemplo, sé cocinar con amoníaco o con bicarbonato. Se coge una cuchara y se mete la cantidad. Yo lo he visto, coger un cucharón de cocina y allí poner un gramo dos o tres allí dentro, pues por la cantidad que tiras de coca tienes que tirar una cuarta parte y luego agua...después metes el mechero abajo, pero no a saco... en bicarbonato la cantidad de coca se mete una cuarta parte un poco más, el amoníaco es líquido y se tira el amoníaco... por abajo con el mechero le metía fuego, poco a poco, poco a poco ... y llega un momento que hierve y luego tienes que parar, porque si no lo haces bien es un desastre... cuántas veces te han vendido mierda y haces la base y ves que aquello no es nada... tú no sabes lo malo que te pones en ese momento, agresivo, con lo que ha costado conseguir el dinero, y la cabeza le pega un...bueno, bueno... peleas y problemas... y bueno después en bicarbonato ya se ve allí como una gota de aceite, con el amoníaco también y lo que haces es dejar que se enfríe un poco y se hace una como una roca, y luego te lo fumas con una pipa o... (...) Es mejor hacerlo con bicarbonato y mucha gente no sabe que cuando se utiliza el amoníaco... hay un

amoníaco apropiado para hacer eso...hay de muchos tipos, si no me equivoco es amoniaco del 4 al 7...si coges del 5 o 6 todos son buenos...si coges uno del 11 o así... tienes que pensar que esto va a los pulmones y te machacas... simplemente eso".  
MARTÍ

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

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

Aunque se pueda preparar la base de cocaína con bicarbonato o amoníaco en frío, técnicas menos dañinas para el organismo, el tipo de pipas de elaboración casera no pueden asegurar un consumo sin riesgo de la sustancia. El repetido consumo fumado de estimulantes -en un contexto de prohibición, persecución, estigmatización y marginación, dónde las medidas de seguridad son inexistentes-, puede producir úlceras abiertas, quemaduras o cortes en los labios y en la boca que pueden transferir sangre a los tubos y boquillas pudiendo transferir el virus de la Hepatitis C si éstas se comparten. Compartir estos utensilios incluye compartir compra venta, préstamos, reutilización y otras situaciones de riesgo y estresantes. Muy pocos países y no es el caso de España, salvo algunas excepciones, han tomado la iniciativa en

la elaboración y distribución de kits que contienen los materiales necesarios para hacer más seguro el consumo de cocaína base, como la distribución de tubos de *pirex* (no conductores del calor) que no se rompen con facilidad. Fumar con botellas, latas u otro tipo de plásticos propicia la liberación de vapores tóxicos para el organismo al calentarse. La elaboración de filtros con lana de acero o estropajos o cables metálicos no aseguran como los filtros de bronce o las pipas anti ceniza la no absorción de ceniza hacia los pulmones así como otros productos igualmente tóxicos, como el amoniaco, causando el síndrome de *black lung* o pulmón negro (Ford, 2004).

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

Las intervenciones destinadas a reducir los daños del uso de cocaína base fumada desde una perspectiva de promoción de la salud, se han focalizado en el micro entorno del consumo de drogas, es decir, se basa en proporcionar utensilios (*kits*) e información práctica para un uso más seguro y evitar así daños innecesarios para la salud de los consumidores. Una evaluación de los programas de distribución de *kits* para fumar *crack* en Ottawa (Canadá) sugirió que la distribución de estos *kits* hizo disminuir el intercambio entre usuarios de pipas de *crack* drásticamente, mientras que al mismo tiempo se reducía el consumo por vía intravenosa (Leonard *et al.*, 2007). Los *kits* de consumo seguro de *crack* o cocaína base son muy controvertidos y rara vez financiados. En Canadá y en algunas ciudades de Estados Unidos, los *kits* de *crack* son distribuidos con financiación regional, pero algunos se han dejado de distribuir después movimientos de oposición locales (Symington, 2007 en Grund *et al.*, 2010). Otros países como Francia u Holanda y en mucho menor

medida España también distribuyen *kits* para el consumo de cocaína base<sup>45</sup>. Recientemente avances tecnológicos tales como vaporizadores personales, similares a los cigarrillos electrónicos de tabaco, pueden ofrecer oportunidades adicionales para reducir el daño pulmonar y otras lesiones. La vaporización y filtrado podrían reducir la cantidad de productos de combustión indirecta mientras se inhala, ofreciendo una alternativa aceptable a los tubos de *crack* y tal vez incluso al consumo inyectado (Grund *et al.*, 2010).

El consumo de estimulantes fumados puede empeorar la salud mental de personas que viven ya en una situación de marginalidad, incrementando la sensación de aislamiento y alimentando la posibilidad de desarrollar enfermedades mentales a largo plazo. Aunque pueda haber personas a quienes guste o se hayan habituado a este tipo de consumo, no se recomienda hacerlo sin las medidas de seguridad pertinentes tanto para su elaboración como para su consumo, la incierta composición de las dosis adquiridas en el mercado negro no pueden asegurar una perfecta y limpia reacción química. Tampoco se aconseja realizar estos consumos en condiciones de ilegalidad puesto que incrementa todos los riesgos y añade el riesgo de ser sancionado social y legalmente.



**Tipo de pipa para fumar cocaína base que se suele encontrar en las zonas de consumo abierto. Reus.**

---

<sup>45</sup> Este tipo de intervenciones se reducen hasta el momento al ámbito de Barcelona y Bilbao, de modo experimental.



**Botella de amoníaco, cuchara y otros utensilios para la elaboración de cocaína base (Chutadero de Reus, Crta. Tarragona).**

Estas imágenes fueron tomadas durante salidas para recuperar material de consumo usado en la vía pública con los compañeros de ARSU. Encontramos utensilios y espacios de consumo (territorios psicotrópicos) que muestran muy bien la poca higiene y la baja calidad de los mismos (chutaderos) y el elevado riesgo que entraña el consumo bajo la ilegalidad y desde posiciones de marginalidad<sup>46</sup>. Las salidas de recuperación de material usado son buenas oportunidades de trabajo con personas en consumo activo y otros miembros de la asociación. No tan sólo por la utilidad que supone limpiar zonas de agujas y otra parafernalia que puede estar infectada por el VIH o Hepatitis y evitar así pinchazos accidentales como los que ha sufrido algún miembro de la asociación. También son espacios muy valiosos en la medida que el encuentro de personas consumiendo en estos escenarios, puede propiciar el conocimiento mutuo y establecer en última instancia el acercamiento de estas personas a los recursos de acogida o a la misma asociación. Creo que uno de los éxitos en relación a los objetivos de este tipo de asociaciones llega a su máximo cuando consigue incorporar nuevos

---

<sup>46</sup> Ver el documental de elaboración propia: "Riscos no, gràcies" realizado con la colaboración de ARSU. <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pladaccions-sobre-drogues-de-reus/> (video 3).

miembros provenientes de la calle y poder apreciar como en unos meses los mismos se han convertido en agentes de salud activos, educadores de pares y actores activos en el proceso de empoderamiento colectivo. Manejarse en este tipo de espacios requiere también, desde mi punto de vista, la capacidad y habilidad de relacionarse con los agentes sociales que conviven también con esta realidad, vecinos, responsables de centros cívicos, de recursos sociales y sanitarios así como otros actores que forman parte de la misma realidad<sup>47</sup>. Poder visibilizar este tipo de trabajo al mismo tiempo que sentirse parte de un esfuerzo comunitario para mejorar la convivencia en barrios y territorios dónde el uso y compra-venta de sustancias ilegales forman parte de la cotidianeidad, es un parte esencial del trabajo de calle, de acercamiento y también de las estrategias de salud colectiva, sobre todo cuando el primer afectado termina siendo protagonista del mismo sistema<sup>48</sup>.

## 5.6. Efectos de la cocaína base

La descripción de los efectos de la cocaína base son tan variados como controvertidos. Veamos algunos ejemplos de ello.

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

"Y yo lo considero así que la persona que no lo ha hecho todos los días y tanta cantidad hablo... si te metes poca lo que pasa es que te crea unas ansias y te quedas mal, pero bueno yo tiraba adelante, fumando y fumando y el problema era que allí la vendían hecha y eso enganchaba mucho y cuanto más fumas más quieres, la sensación que te da en ese momento es de encontrarte bien, no sé cómo explicarlo, es como una emoción, te encuentras en ese momento bien, pero tengo que decir que es

---

<sup>47</sup> Ver el documental de elaboración propia: "In my backyard (nobody bites)".  
<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pladaccions-sobre-drogues-de-reus/> (video 4).

<sup>48</sup> Ver el vídeo de la última recogida de jeringuillas que realicé con ARSU.  
<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pladaccions-sobre-drogues-de-reus/> (video 5).



una embustería, porque sólo dura unos minutos, lo que te hace es dejarte muy nervioso, y cuando te deja muy nervioso y quieres más y el problema es que si fumas más, más nervioso te deja y es una trampa que ya estás dentro y que para salir, tienes mucho trabajo ... yo iba fumando, pim pam, hasta que al final te enganchas tanto que yo ya no tenía un duro, porque no me iban bien las cosas, yo por ejemplo tenía dos hormigoneras, yo tenía muchas herramientas, entonces un día vendí dos taladros, mal vendidos, al moro, iba allí y ale .. una calada son 10 euros... empecé a vender todo lo que tenía, respeté lo de mi pareja y mi hija, eso no lo toqué nunca ... pero me iba metiendo dentro, me iba metiendo dentro, hasta que me llegué a vender, cuando no tenía nada para vender, robaba gasoil de los camiones en el pueblo y todo, un par de garrafas y lo vendía a un moro, y tenía para fumar, es una mierda, la sensación que tienes en esos momentos es que te das cuenta de que lo estás haciendo y ves que para echar atrás tienes mucho trabajo, que ya te has metido dentro, que el daño ya está hecho, sí, quieres que todo estuviera bien pero te has metido dentro y... sufrimiento, mucho sufrimiento por aquella persona que se da cuenta y no quiere hacerlo, entonces yo me fui autodestruyendo, me autodestruí solo, yo si podía fumar, fumaba, hasta que ya iba sin un duro y sin nada, a sufrir, sin tabaco y sin nada, y si podía pedir un anticipo a la empresa pues sólo pensaba en fumar y sólo piensas en eso. (...) A mí me coge la paranoia muy grande, a mí lo que me pasó es que yo iba con el coche y tuve mucha suerte de que no me pararon, pero yo tenía miedo de la policía y siempre controlaba por los espejos, una paranoia impresionante, que si me hubieran parado me hubieran dicho, tú, chico, no estás bien. Pero tuve mucha suerte. Yo todavía tenía la paranoia de la pasma, e iba a casa del camello, y fumaba y veía saltar la Guardia Civil y lo veía todo clarito y yo corriendo con el cambio... y es un mal vivir, y por unos minutos de placer estás varias horas nervioso, cardíaco perdido y hecho una mierda... vas sufriendo por la calle y pensando que nadie me vea como estoy... es un sufrimiento, no es vida... te estás destruyendo, haciendo mucho daño y psicológicamente la coca hace mucho daño". MARTÍ

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

"Yo he trabajado a por mayor, a lo mejor era de tres, en una cuchara sopera, tres gramos. He fumado mucho, mucho, mucho...la sensación que me dio, pues me quitaba mucho el miedo para bajar para allí abajo, me daba inteligencia, veía por todas las partes no se...(...) A mí me gusta más con amoníaco, por el sabor que da, a mí la impresión que me dio fue inteligencia, ver más, hablar mejor, hablo mejor, para escribir,

si quiero escribir una canción o quiero escribir algo, la coca me pone mejor que la heroína para escribir...Yo he leído que el amoniaco no es tan malo, yo he leído muchos libros así del amoniaco...es que antiguamente era de farmacia, aquí en Reus había dos farmacias que lo vendían, pero se fueron enterando, y lo fueron retirando, el amoniaco y ahora la coca que traen la cortan con ciclofalina 800, que es una pastilla amarilla pero le quitas como si fuera el forro y es blanca, es como si fuera escama, y eso lo pones encima de la plata y corre pa bajo pa arriba, pero no hace nada...Y ahora la gente también se tira a hacerlo en plata o en la botella. Hay gente que se pone agresiva, pero a mí no, porque cada uno tiene su cuerpo, ¿no? A mí de todo lo que tome no me pone ni agresivo ni nada de esto, a mí lo que me pone es a gusto". MANUEL

"Es muy difícil de controlar. Es algo que... cuando tienes, no paras. Cuando tienes, mientras tienes, no paras... pero si se acaba y dices basta, pues basta. (...) Antes nosotros hacíamos dos veces al mes ahora es que ni eso ya. Dejé el caballo, ya se ha terminado. Dejé de hacer pruebas para la gente y... Yo iba al barrio, que dejé de ir por lo mismo. En el barrio iba a hacer pruebas con un gitano (...) me llamaba y me tenía que ir hacia el barrio a pie a hacer las pruebas... me sacaba una piedra de diez (...) y llegaba allí, hacía la prueba y me tenía que volver con todos los cacharros, porque iba con todos los cacharros, y con lo que quedaba del día porque no me daba nada. ¡Se acabó! Para bajar ahí abajo, correr peligro, porque si me cogen con los cacharros pringo yo". JOSEP

"Mi vida ha sido siempre la aguja, la aguja, la aguja... hasta ahora, hasta hace 6, 7 meses atrás que era algo que la había probado, por no me había llamado la atención, la base, la coca, con plata, pero con botella no la había probado nunca... y me juntaba con un amigo que él fumaba en botella, y nosotros nos pusimos a vender droga en casa de una gitana por las noches... teníamos lo que ganábamos más lo que sacábamos de un beneficio, y teníamos el vicio gratis y te llevabas tus 75 euros o 150 euros a casa... y me gustó el tema de la botella... hago una caladita, espero la subidita ... hago otra caladita ... y es diferente que un pico, que sube, sube y baja... y ya está... la botella es diferente, vas charlando... vas fumando... etc... eso sí, mi mujer su botella, y yo mi... cambiamos los tubos... pero mi mujer tiene la hepatitis crónica igual que yo... y no pasa nada porque los dos tenemos lo mismo, y no me importa, no es cómo pincharse... así ya llevo 7 u 8 meses, y sin dejar la metadona, lo que sí que he dejado bastante ha sido el caballo... he pasado del *speedball* a la coca sola... ahora fumas coca, fumas, fumas, y cuando me quiero ir a dormir, me fumo un chino de caballo, quizás una papela cada día, y si cae... sino no... fumar la coca ... el caballo ya no es una prioridad, pero la botella sí que me ha gustado. Con la coca lo que pasa... es la ansiedad... nosotros le llamamos el "*desire*" el deseo de fumar y no puedo... es más del cerebro psicológico que físico, estás nervioso, nervioso sudas... es diferente que el caballo... que el caballo estás en tensión... te vas a la calle a hacer cosas que no has

hecho nunca en la vida... salir a la calle, tener que pedir dinero... después lo consigues y ya está... el enganche es más psicológico... porque si te levantas por la mañana y ya no piensas, con la coca no te cogerá el mal rollo, con la metadona también ayuda a no tener ganas ... con la heroína te encuentras mal, chafado, te duele todo... te fuerzas a ir a buscarlo... Con la coca se puede soportar, si no se puede, pues aguantas... ". JORDI

"Fumada la encuentro más limpia en cierto modo, no obstruye las fosas nasales, es un tema de limpieza de... del tipo de vía de consumo, porque ya no sólo son los efectos que te hace que son más limpios porque no hay ciertos productos que son añadidos... nosotros lo hacemos con amoníaco, lo hemos hecho con bicarbonato sódico, pero no..., mmmmm... Con el amoníaco a veces lo notas que te quema un poco, lo que pasa es que el sentido de la reacción que te hace al cuerpo físicamente lo encuentro más limpio, no sé cómo decírtelo, me puede poner más en resistencia sin sentirme atacada, es como si te metes 4 o 5 cafés, al final en vez de ponerte despierto te pone nervioso, y con la farlopa me pasa un poco lo mismo, que cuando más me pongo más nerviosa me pongo, estoy más rígida, y en cambio con el fumado, esto tarda mucho más en pasar, en cambio esto de estar en aquel estado de estar despejada, bien, perfecta y lozana, ¿sabes? ... medio gramo en casa para nosotros dos está bien, pero bueno, empezas, pero después de dos o tres horas, las hacemos espaciaditas las caladas, vamos haciendo, no es una constante, vamos haciendo... con medio gramo hacemos unas diez caladas, tal vez no llega, seis o siete... entre cinco y diez depende... un gramo es una sesión de toda la noche por ejemplo... si vamos a casa con el gramo nos lo metemos fumado, si estamos por ahí sí que te la esnifas... ". LAIA

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

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

"Nunca he fumado en base, no, lo he visto, se lo que es... pero no es algo que me llame la atención creo que nunca fumaré esto... lo veo como más yonki... que a lo mejor es lo mismo no sé... no sé si fumarle un chino se asemeja...". MÓNICA

"No es mi consumo favorito, y por ejemplo la de San José Obrero te sale casi toda, la base te sale bastante bien, pero a mí no me gusta, te pega una hostia muy fuerte, es como chutártela, la base te pega una hostia, te sube enseguida y te baja muy deprisa, por lo tanto estas continuamente, acabas de fumar y estas preparándote la pipa, estas fumando la pipa y ya estas preparando la siguiente, no te deja hacer nada más. Es como si te haces una "cleca" luego haces cosas, hablas y tal, vas y vienes y después de media hora una hora te haces otra, sin embargo la base te ocupa todo el tiempo, todo el tiempo estas en contacto con la droga, preparando la pipa, la plata, sacando la base de otro lado, haciendo la base para fumarla, fumándola, en fin, te enreda todo el tiempo y entonces no me gusta, me estoy recreando mucho ya, ¿no? ". ANTONIO

"No ni ganas, todo lo que sea manipularlo ya paso ... lo he visto, pero no lo he hecho nunca, pero ser de alguien del grupo que lo ha hecho, no lo sé yo que ... mucho más adictivo y hacerlo cuando precisamente ha tenido una compañera con problemas por eso... pues me llegué a preocupar una temporada y todo, cuando vi que en la habitación tenía una botellita ya preparada, se había hecho una pipa, coño ... yo no soy químico ¿y si la cagas qué? Y si no se quema bien ... que evidentemente la cocaína a saber que lleva, me da manía, ya no lo haría, sólo de verlo ya no lo haría ". JOAN

"No teníamos información, cero información, pero sí que tenía muy claro que había gente que fumaba base, *crack* se dice eso, ¿no? Y sí que por ejemplo había uno de ellos el novio de una amiga mía que fumaba mucha base, y era horroroso, pero horroroso que llevaba una vida que se dormía en la mesa, era un desastre horripilante y yo cogí mucha manía también a esto y no me gustaba, y después de eso nunca me ha atraído la base, porque también me han ofrecido y siempre he estado en contacto con los camellos y te dan no sé qué...pero no he estado nunca en contacto con la base, siempre me ha dado mucho respeto y así ... al ver todo eso...y también decían que enganchar mucho y eso sí que... no sé lo que me contaban que te lo tomabas y estabas sentado en un sofá y que estabas como en un globo como que vuelas, entonces tomas conciencia, que esta persona que conocía era desastrosa, de no ir al trabajo, que perdía el trabajo por tomar base, que luego con la coca te puede pasar igual, pero bueno, yo veía que la gente que me rodeaba y que tomábamos coca éramos personas normales y hacíamos nuestra vida... y en cambio la gente que conocía que tomaba base no era así, aparentemente era como nosotros pero luego no lo era, ya mí eso me daba mucho respeto y no quise probarlo nunca ... ". MARTA

"Supongo que si llego a tener alguien a mi lado que fumase base o me enseñase supongo que lo hubiera hecho, pero no lo probé nunca por eso, supongo que si lo hubiera visto delante mío lo hubiera hecho, y he conocido gente que lo hace pero yo no lo he probado... dicen que el subidón es mucho más fuerte, mucho más igual que el enganche, pero no lo he probado nunca...conocía gente que lo hacía, tuve suerte no se... por eso yo pienso que es peligroso, más que el alcohol y eso, porque con el

alcohol por mucho que bebas, llega un momento, que te bebes un cubata y te caes redondo. Con la cocaína es más peligroso porque si te has metido dos gramos y tienes dos gramos más y te lo metes, te lo metes...o sea, no es que no te afecte pero no llega un momento en que el cuerpo no pueda más, no te sube tanto, pero te lo metes igual, por eso creo que es peligrosa". ÁLVARO

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

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

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

### **5.7. Cocaína en polvo.**

“Preparar una raya es muy fácil, mira, preparas una superficie plana y limpia, puede ser encima de una mesa, pero normalmente se utilizan libros, cd’s, teléfonos, discos, carteras...depende del lugar donde estés la dificultad puede aumentar. La cuestión es que la superficie no esté húmeda. Por ejemplo si la vas a hacer en un lavabo de un bar, que es una situación muy típica, no la hagas encima del wc, aunque yo he visto hacerlo encima de la tapa o encima del wáter, al lado del tirador de la cadena, ¿sabes? Hay quien utiliza un plato previamente calentado en el microondas, para así favorecer que la humedad sea la mínima. Creo que la humedad es el peor enemigo de la cocaína, en una hora si no lo cuidas bien y el ambiente es muy húmedo tu “pollo” (1gr. de cocaína) puede convertirse en una especie de chicle y eso ya no se puede arreglar. Bueno, echas la cocaína que necesites, si es para uno o dos es muy fácil calcular la dosis, pero ya si son 5 o más rayas ya es más difícil, pero bueno te apañas con la práctica. Hay peña que es un puto *crack* haciendo rayas y normalmente se convierten en maestros de ceremonia. La echas en la superficie y la aplastas, con la tarjeta o con un chivato de un paquete de tabaco, para machacarla bien y que no queden piedrecillas. Luego “pintas” las rayas, así se dice cuando haces las rayas... Después se prepara un rulo, que puede hacerse con cualquier papel, un ticket de compra, un billete, aunque es más guarro... o no se hay gente que corta pajitas de beber... es todo un mundillo...y bueno, pues coges el rulo te lo metes en la nariz y aspiras. Ya está”. SERGI

Para la comprensión e investigación de un fenómeno social como el consumo de drogas ilegales no deberíamos basarnos única y exclusivamente en una recolección de datos sobre la prevalencia de uso en diferentes rangos y estratos sociales, sin profundizar ni explicar en qué tipo de situaciones sociales se consumen. Por otro lado, los datos epidemiológicos pueden ser una buena fuente de interrogantes y de preguntas a las cuales la etnografía y su posterior análisis pueden responder. Por este motivo, he incluido con anterioridad y lo repetiré ahora, algunos datos estadísticos sobre el consumo de cocaína en España, rompiendo una lanza a favor de la complementación entre lo cualitativo y lo cuantitativo.

Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la cocaína es, después del cannabis, la de mayor prevalencia de consumo en España, entre las personas de 15-64 años de edad (OEDT 2015)<sup>49</sup>.

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

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

---

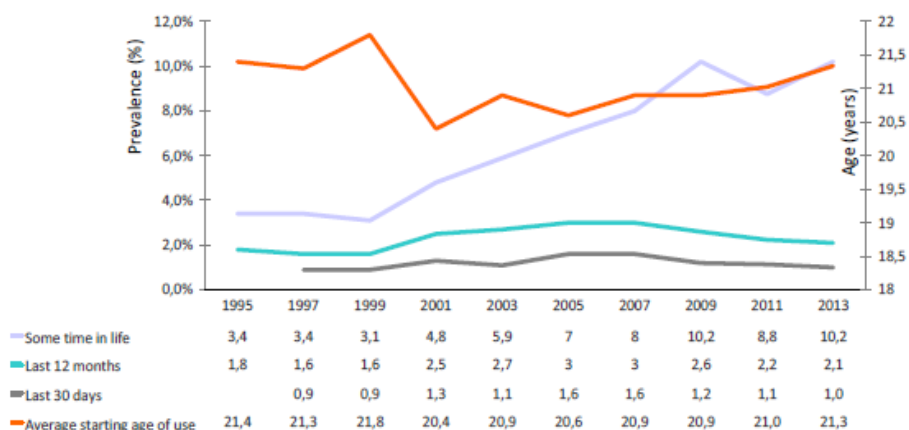
<sup>49</sup> Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías.

Table 2.10. Prevalences of drug use in the last 12 months in the population of 15-64 years according to gender (percentages), Spain 1995-2013

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
Tobacco	-	-	55	38.7	50.3	39.2	51.5	40.5	53	42.6	47.2	37.5	46	37.6	48.4	37	44.2	36	44.2	37.2
Alcohol	79.3	58	86.4	70.5	83.2	67.2	85.2	70.9	84.5	68.4	84	69.2	80.4	66.4	84.4	72.7	83.2	69.9	83.2	73.4
Cannabis	10.7	4.4	10.7	4.7	9.6	4.3	13	5.5	16.2	6.3	15.7	6.6	13.6	6.6	14.8	6.2	13.6	5.5	12.9	5.4
Ecstasy	1.9	0.7	1.2	0.5	1.2	0.5	2.8	0.7	2	0.8	1.8	0.6	1.6	0.5	1.4	0.3	1	0.4	1.0	0.3
Hallucinogens	1.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.4	1.2	0.2	0.9	0.3	1.1	0.4	0.9	0.3	0.7	0.2	0.6	0.2	0.5	0.1
Amphetamines/speed	1.3	0.7	1.4	0.4	1	0.4	1.6	0.6	1.1	0.5	1.4	0.5	1.3	0.3	1	0.3	0.9	0.3	0.8	0.4
Cocaine powder	2.7	1	2.6	0.6	2.3	0.8	3.8	1.3	4.1	1.2	4.6	1.3	4.4	1.5	4.2	1	3.6	0.9	3.3	0.9
Cocaine base	0.2	0	0.2	0	0.4	0	0.2	0	0.2	0	0.3	0	0.7	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
Cocaine (powder and/or base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.7	1.6	4.2	1	3.6	0.9	3.3	1.0
Heroin	0.8	0.3	0.4	0.1	0.2	0	0.2	0	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0	0.1	0	0.2	0	0.1	0.0
Inhalable substances	0.2	0.1	0.3	0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0	0	0.1	0.1	0.1	0.0
Tranquillisers	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.6	5.2	4.7	9.1	3.4	7.6	6.4	13.2	7.3	14.0
Tranquillisers (without prescription)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.8	1	0.9	0.9	1.5	1.7	0.9	1	0.8	1.0
Sleeping pills	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.5	2.8	4.3	2.6	4.6	3.1	5.9	3.7	7.3
Sleeping pills (without prescription)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.7	0.9	0.6	0.8	1.1	1	0.5	0.7	0.6	0.7
Hypnosedatives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.5	6.7	6.8	11.5	4.6	9.3	7.6	15.3	8.5	16.0
Hypnosedatives (without prescription)	8.2	1.6	2.3	2.4	2.3	2.4	2.5	3.1	2.9	3.3	1.1	1.3	1.2	1.4	1.9	1.9	1.1	1.2	1.1	1.3

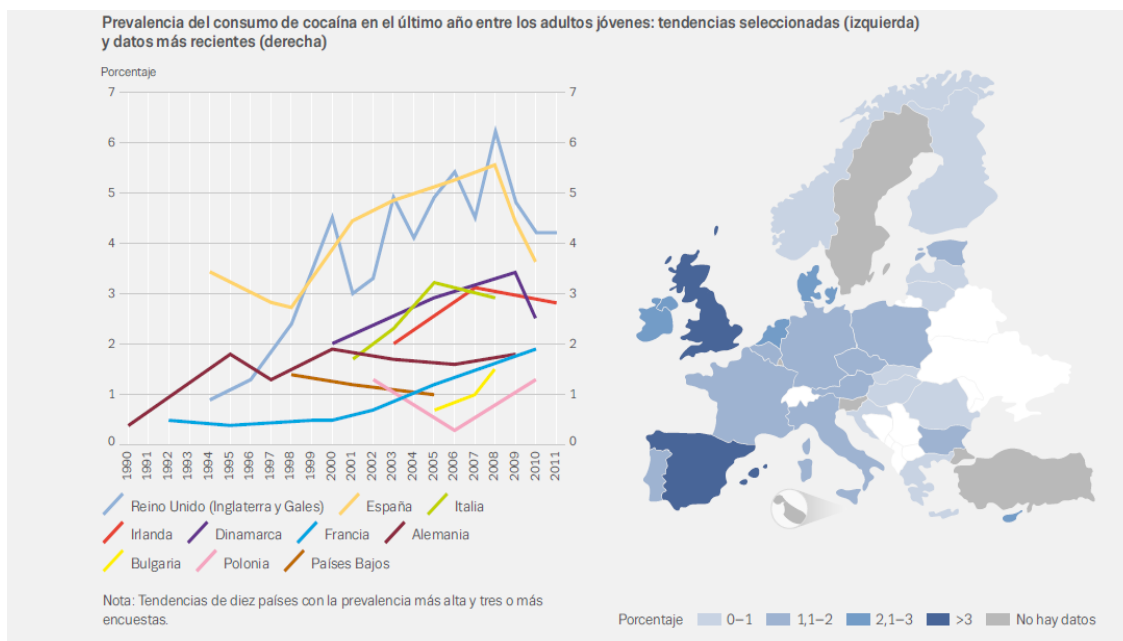
Source: Spanish Observatory on Drugs and Drug Addiction (OEDT).  
 Survey on Alcohol and Drugs in Spain (EADDES 1995-2013)

Figure 2.21. Evolution of the prevalence of consumption of cocaine powder and average starting age of use of cocaine powder in the Spanish population of 15-64 years (percentages), Spain 1995-2013



Source: Spanish Observatory on Drugs and Drug Addiction (OEDT).  
 Survey on Alcohol and Drugs in Spain (EADDES 1995-2013)





Observatorio Europeo de drogas y toxicomanías 2013. EMCDDA.

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

Según el informe mundial sobre drogas 2015 elaborado por la (ONUDD) varios estudios han documentado y advertido de la extensión del policonsumo como patrón destacado de consumo entre consumidores de cocaína. En un estudio realizado en 14 países europeos en 2006, el 60% de los consumidores de cocaína eran policonsumidores de sustancias, el 42% de alcohol, 28% de cannabis y el 16% de heroína, pudiéndose dar simultáneamente varias combinaciones de uso. Veremos más adelante como el éxtasis principalmente o el LSD son sustancias muy utilizadas por los informantes. En otro estudio destacado por el informe en el Sur-Este de los Estados Unidos, el 48,7% de las admisiones para tratamiento eran por el uso de varias drogas, siendo el de alcohol, cocaína y cannabis el patrón más común. Los principales riesgos y consecuencias del consumo de varias drogas, tanto para usuarios recreativos o de alto riesgo siguen siendo según el informe consecuencias graves para la

salud debido al aumento de la toxicidad, sobredosis y muerte. Desde una perspectiva política, es importante considerar en los estudios los patrones de consumo de varias drogas, porque esta tipología invalida el perfil y caracterización establecida de un usuario por sustancia específica. Los estudios e informes estadísticos cuantitativos presentan dificultades para captar la complejidad social que el fenómeno de uso de drogas al agregar a grupos estadísticos homogéneos en sus descripciones.

Espero que haber echado mano de algunos datos estadísticos no rompa el romanticismo etnográfico. Debemos leer los resultados de estos grandes diseños estadísticos con mucha atención y a sabiendas que las informaciones en ellos plasmadas responden a: 1) una determinada construcción sociocultural respecto al fenómeno del uso de drogas de carácter dominante respecto a otras concepciones existentes también válidas y legítimas sin realizar la más mínima crítica teórica 2) que sus datos son fruto de grandes diseños estadístico-cuantitativos, revelando únicamente una de las capas superficiales de la realidad y que corresponden a una "foto fija" de la misma. 3) A consecuencia de 1) y 2) Los resultados de este tipo de informes responden mediante datos "crudos" a las expectativas e intereses de determinados sectores políticos lo cual tiende a reforzar el discurso social que concibe al usuario de drogas generalmente como un enfermo (a nivel físico o mental) o un desviado, restituyendo al mismo tiempo los mecanismos de control social; formal/informal, implícitos en el fenómeno de uso de sustancias, como por ejemplo su asociación a la delincuencia (Llorca, 2010). La antropología médica en cambio, estudia la realidad social a partir de "grupos naturales", intentando no desagregar a los conjunto sociales, dado que en su definición teórica éstos constituyen un tipo de unidad que expresa la articulación entre individuos (Menéndez 1998:4). La agregación de grupos estadísticos genera un tipo de información que no corresponde a los que lo que los conjuntos sociales producen o reproducen respecto al proceso de salud/atención/enfermedad y supone no asumir que los individuos se definen como tales a partir de las relaciones que establecen entre sí y que estas relaciones corresponden a códigos colectivos de carácter sociocultural (ibídem).

Sin embargo podemos extraer algunas ideas clave del informe del OEDT 2015 para su posterior análisis y complementación; la relativa alta prevalencia del consumo de cocaína, alta percepción de accesibilidad, alto índice de adulteración, utilizada más por hombres que por mujeres y que es una sustancia asociada al policonsumo. No podemos juzgar si el hecho de que un 2,2% de la población española entre 15 y 64 años ha consumido cocaína en los últimos 12 meses es un porcentaje alto o bajo. Desde un prisma prohibicionista podría considerarse alto, puesto que es evidente que no todas las personas encuestadas van a reconocer el consumo de esta sustancia, y pensar que casi 3 de cada 100 ciudadanos (700.000 personas según REITOX<sup>50</sup> 2013) ha consumido cocaína en el último año a alguien le podría parecer un escándalo.

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

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

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

---

<sup>50</sup>Red Europea de Información sobre Toxicomanías

“El nuevo escenario político económico acontecido en 2008 ha comportado cambios en el consumo de cocaína. La explosión de la burbuja inmobiliaria provocó la destrucción masiva de puestos de trabajo y consecuentemente el aumento del paro. En el contexto actual, para las clases trabajadoras ha desaparecido la referencia motivo-aspiracional de la clase alta, especialmente entre los más jóvenes. La gran mayoría se ha desplazado hacia la aspiración de mantener las condiciones de supervivencia esperando que la cuestión no empeore. La incertidumbre del contexto ha comportado que se diluyeran las referencias socioculturales y consumistas propias de la época anterior. El escenario de austeridad, incertidumbre, pérdida del poder adquisitivo así como la imposibilidad de exhibir cualquier éxito social, ha comportado que la cocaína desapareciera del repertorio habitual de consumo de muchos jóvenes. Entre muchos consumidores, después de años de consumo y de mantener la cocaína como un elemento más, o como elemento central de la fiesta, la han abandonado, han disminuido su consumo o la han substituido por drogas más baratas como el *speed*”. (Martínez-Oró, 2014:127-128).

Según el informe de Energy Control<sup>51</sup> sobre análisis de sustancias en España 2014<sup>52</sup> la cocaína es la sustancia más adulterada, en un 50% aproximadamente de su contenido, destacando la alta presencia de adulterantes tóxicos como el levamisol (52,29%) y la fenacetina (30,9%). Es la sustancia que presenta más a menudo adulterantes, en el 77,8% de los casos contenía adulterantes añadidos y sólo el 14,4% de las muestras analizadas contenía cocaína como única sustancia activa. No hace falta ser muy agudo para pensar o preguntarnos: ¿Podríamos afirmar, en consecuencia, que el 50% de los problemas asociados al supuesto consumo de cocaína son atribuibles a sustancias utilizadas para su corte como el paracetamol o fenacetina? Rotundamente sí, está es una de las paradojas del prohibicionismo.

---

<sup>51</sup> Energy Control es un proyecto de reducción de riesgos de la ONG ABD - Asociación Bienestar y Desarrollo. Su ámbito de actuación es estatal y contamos con delegaciones en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Islas Baleares y Andalucía. Ver más en: <http://energycontrol.org/>

<sup>52</sup> [http://energycontrol.org/files/pdfs/INFORME-ESTATAL-2014\\_DEF.pdf](http://energycontrol.org/files/pdfs/INFORME-ESTATAL-2014_DEF.pdf)

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

“En función de los contactos la calidad cambia, este es un tema, que también te echa para atrás el hecho de que pagues 60 euros y sea mala con ganas, pues echa para atrás y ya no te quieres gastar ese dinero, no tiene gracia, si se pudiera controlar la calidad seguramente lo hubiéramos hecho menos veces y más bien, pero claro no lo sabes... y a veces lo sabes pero bueno...”. JOAN

“Hasta que el tema económico pesó y se acabó el dinero. Y entonces eso me hizo pensar en buscar una fuente de ingresos que no fuera el dinero que tenía ahorrado y entonces fue cuando tuve la genial idea de ir en un piso de relax y ver si con el sexo y la prostitución podía ganar dinero”. TITO

“Sí que he tenido los contactos por un tema de precio, pero no por ... no hemos tenido la necesidad, quiero decir si un día no teníamos, no teníamos, hemos tenido épocas más locas, porque a los treinta, tienes un buen trabajo, estás soltero, no tienes hipoteca, ¡cojones! cada fin de semana de juerga, ¿no? Sobre todo a los 30, que ya vives solo, no tienes hipoteca tienes un buen sueldo... mira tú... viva la vida”. JOAN

“Con más frecuencia cuando he tenido pasta, porque antes no tenía ni un duro y priorizas antes de meterte cocaína, te jodes, puedes fumar, pero cuando tienes pasta sí... claro, cuando no tienes pasta pillas una vez al mes como mucho y no lo compras tú a veces hay alguien que te invita... y si los hay y te apetece te lo tomas... En una cena en una salida de noche, en una barbacoa...”. MIQUEL

## **5.8. La máquina de la verdad**

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

Pude recolectar la semana previa a las fiestas mayores de la ciudad (una de las épocas de más consumo del año) y con la ayuda de 5 informantes

motivados, 5 muestras distintas de diferentes vendedores, la mercancía de los cuales fue probada por todos.

“Ahora hago un consumo esporádico, pillo un gramo por Navidad, y entonces si hay una ocasión de una despedida de soltero, fiesta mayor o algo así, un cumpleaños así y depende de cómo, pero bueno, creo que tres gramos al año, creo... no creo ni que llegue...”. JOAN

“Y luego si los había, pues pastillas, cocaína... siempre fechas señaladas, en Sant Joan y eso, fin de año siempre había alguien que llevaba algo o yo mismo... y ya las fiestas mayores, fin de año, San Joan... siempre había algo...”. LAIA

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

- 1) 8
- 2) 5
- 3) 5
- 4) 9
- 5) 4

Veamos ahora los resultados obtenidos del análisis de laboratorio:

- 1) fenacetina<sup>53</sup> 46%, cafeína<sup>54</sup> 14%, levamisol<sup>55</sup> 9%, **cocaína 31% (8)**
- 2) fenacetina 35%, **cocaína 47% (5)**
- 3) fenacetina 47%, levamisol 26%, **cocaína 15% (5)**
- 4) fenacetina 38%, cafeína 12%, levamisol 9%, **cocaína 26% (9)**
- 5) piracetam<sup>56</sup>, fenacetina 11%, levamisol 6%, **cocaína 17% (4)**

---

<sup>53</sup> Presenta toxicidad en el hígado al igual que el paracetamol, esta toxicidad es más aguda si se mezcla con alcohol. El uso crónico está asociado con nefrotoxicidad que puede cursar con incontinencia o con dolor de espalda. También está asociado a metahemoglobinemia y parece tener potencial carcinogénico. Además la fenacetina conlleva un riesgo añadido en un grupo reducido de la población: lesiona los glóbulos rojos de la sangre ocasionando una falta de oxígeno en los tejidos que puede provocar pérdida del conocimiento, depresión respiratoria o paro cardíaco (fuente: Energy Control).

<sup>54</sup> Principio activo del café, que se añade en forma de adulterante para incrementar el peso y el efecto estimulante. Aumenta la temperatura corporal y puede producir insomnio si consumes demasiado (fuente: Energy Control).

<sup>55</sup> Cuando se consume levamisol pueden aparecer algunos de estos síntomas agudos: náuseas, mareos y diarreas. Si se trata de un consumo prolongado además puede aparecer fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, insomnio y convulsiones. El consumo de esta sustancia mantenido en el tiempo y/o en personas susceptibles puede producir una serie de alteraciones graves tales como neutropenia (bajada, grave, de las defensas), trombopenia (problemas de hemorragias), vasculitis (alteración de la piel). (fuente: Energy Control)

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

Una vez, los informantes, conocieron los resultados, la reacción en un primer momento fue de estupefacción, pero en muy pocos casos va a hacer cambiar la opción de compra de los informantes, pues basan su criterio en parámetros de confianza con el vendedor, la facilidad por el bajo riesgo percibido al acudir al puesto de compra - normalmente el domicilio del mismo vendedor - y en la supuesta creencia y aceptación de que "es lo que hay" respecto al mercado negro. La mayoría preferirían no saber el contenido de sus muestras y continuar basándose en su percepción subjetiva, que finalmente es la que prevalece y prevalecerá asumiendo que el acceso de la sustancia vía el mercado negro tiene sus riesgos que son asumidos sistemáticamente. En definitiva podemos apreciar el fenómeno que Lévi Strauss (1995) denominó "eficacia simbólica": un mito<sup>57</sup> que forma parte de la estructura de creencias de un sistema social, puede provocar "efectos" sobre el organismo y el psiquismo de los individuos que participan de una determinada subcultura.

"Antes de ver resultados tenía la sensación que la (4) era más tranquila, la (2) ataca mucho te pone muy tenso creía que estaba más cortada con algo pero a la vez la (4) a precio de 40 euros tampoco puedes esperar demasiado. Vaya que visto lo visto directos a la (4) y fuera. Últimamente he probado otra que la pillan en ocasiones mi hermano y sus amigos y parece que está bastante bien, parece la que tomábamos cuando éramos jóvenes, eso sí, es cara de cojones". JACOB

---

<sup>56</sup> El piracetam es un fármaco de síntesis hidrosoluble con acción nootrópica a nivel cerebral. Es considerado un agente neuroprotector (fuente: Energy Control).

<sup>57</sup>El texto de Lévi-Strauss se centra en el estudio de un canto chamánico, cuyo objeto es ayudar en un parto difícil. El canto en sí mismo nos ofrece un modelo bastante trivial de curación, el enfermo sufre porque ha perdido su doble espiritual, para ser más exactos uno de sus dobles particulares, cuyo conjunto configura su fuerza vital. El chamán, auxiliado por sus espíritus protectores, emprende un viaje al mundo sobrenatural para hurtar al espíritu maligno el doble que ha sido capturado, asegurando la curación de su propietario. El interés no reside en este cuadro formal sino que el descubrimiento radica en que los diferentes lugares e itinerarios por los que pasa el chamán en este viaje, corresponden exactamente o tienen su correspondencia con la estructura real de partes del cuerpo concretas. En este caso el útero y la vagina de la enferma.

“A mí la noticia no me sorprendió porque como ya sabéis todo lo que llega es un "sucedáneo" de lo que es bueno de verdad, por lo tanto si hiciéramos un análisis de cada muestra que nos llega a las manos veríamos bailar los % de cada uno de los componentes identificados por los análisis, arriba y abajo, lo que está claro es que de la fuente número 3 ya hace un año que sabemos que lo que tiene es muy malo, la fuente 2 también es poco regular y el que no te engaña es la fuente 1 porque además de vender mucho más barato que los otros sabe que está vendiendo algo que no es bueno, lo que con la fuente 2 y 3 no pasa, ellos no te dicen que es malo, te venden y fuera. La percepción de la calidad es muy mala para la fuente 2 y 3 y no han cambiado, la segunda de vez en cuando tiene algo que vale la pena, pero él tampoco sabe muy bien que tiene. A mí el hecho de que lleve esto o el otro no me afecta, me cabrea porque tú quieres que sea bueno pero si tuviéramos los análisis antes de comprar seguro que no compraríamos, pero al tener a posteriori piensas, y de todo lo que me he comprado ¿que llevaba?, por tanto, seguimos igual, esto no quita que nos gustaría saber todo lo que trae como lo sabemos con las otras medicinas. Saber cuál es la buena calidad es fácil, porque todo lo que no sea aquello que es bueno, es mierda, te pueden engañar pero lo que es bueno de verdad tiene una forma, un olor, una textura que no falla al fin y al cabo es química y un producto químico, una vez sintetizado siempre debe tener la misma pinta más o menos, pero de aquella pinta no debe variar mucho, todo lo demás son mezclas no sintetizadas químicamente, son mezclas. ”

GERARD

“Antes de saber resultados hay algunas cosas que me sorprendían, la primera es que siempre había pensado que ponían más productos para cortar la cocaína, después al ver que una muestra sólo presentaba un adulterante, esto me sorprendió mucho. Otra es que pensaba que el porcentaje de cocaína iba sobre el 50% y he flipado con la baja calidad de muchas de las muestras. También tengo que decir que no encuentro casi diferencia entre muestras que puede variar un 20% a la baja la pureza, incluso acostumbro a tomar normalmente una de las de baja pureza, ahora veo. Otra cosa es que pensaba que utilizaban productos más caseros para cortarla como yeso y veo que todo son productos químicos, por lo tanto estos productos pueden hacer daño, cuando el yeso mucho daño no creo que haga simplemente se debería de cortar sin que afecte tanto la salud como en el caso del levamisol. En definitiva que después de los resultados veo lo que nos venden y ahora tengo pocas ganas de pillarla. Ya lo dicen: ojos que no ven, corazón que no siente”. JOEL

“A mí me gustaba más la muestra número (1) por la pasta, porque era más barata, no por porque me gustara más o menos, aun así me representaba tener que coger el coche y tal pero bueno... Desde que se lo de los resultados ya no voy a buscarla allí, ya sé que puede variar los análisis de un día para otro pero con ese ya me he rallado. Yo ahora si voy, voy al (2). Yo lo de los adulterantes ya lo sabía, pero lo que no sabía



era de qué y cuánto y he flipado. Yo si un día me pica la nariz y tengo que ir al (1) pues también iría, me da igual en ese momento. Lo que no quiero saber es... no tengo una máquina para analizar allí en el momento, entonces, no lo quiero saber. Más vale no saber nada, te sienta bien, o no te sienta bien y ya está. Ahora, esto me ha hecho pensar, esto es una puta mierda, nos dan mierda". MIQUEL

En una sociedad dónde la transacción económica a cambio de bienes es una de las principales actividades estructurales, recibir lo justo por lo pagado se convierte en un acuerdo, consenso o ley social, es decir forma parte de nuestra cultura. "El hecho de que la circulación de las mercancías sea una de las bases de dicho sistema lleva a que casi todo se pueda convertir en mercancía y generar unos beneficios, cosa que ocurre también con la mayoría de las drogas, de forma coherente con esta lógica" (Romaní, 2004:56). Por tanto al pagar por unas dosis de cocaína un precio relativamente elevado, el cliente cree en la posibilidad de que la calidad de lo obtenido sea por lo menos aceptable para sus expectativas, aunque no siempre esto es así. Para ello algunos consumidores han desarrollado sus propios métodos de detección de calidad:

"La calidad hoy en día hay muchas veces que lo que compras es que es muy malo y no...muy malo y no hace nada ... demasiado adulterada ... Exactamente no sé con qué se corta pero algún producto oyes decir cosas...no he mirado nunca a ver con que estaba cortada... de leyendas urbanas hay muchas, pero no sé... Con el tema de la olor...cuando hueles más químico... cuando lo hueles en la bolsa... depende... es como todo, es como el tema del vino...es que este vino es bueno o no, si te gusta es bueno o si no... por mucho que te digan que es afrutado o no sé qué... si no me gusta para mí no es buena... y con el tema coca es lo mismo, después de hacerte la primera lo sabes, uno puede decir que es buenísima y luego lo pruebas y dices a mí este palo no me va...eso que dicen, aquí han puesto demasiado matarratas porque todo te tiembla, a mí no me... Cuando huelo más a químico para mí es más positivo, pero no lo sabría describir ese olor... no es con ningún olor relacionado con otra que digas, es un olor diferente, no puedo asociar este olor con otros productos ...". JAUME

"Para mí, la sensación de una buena farlopa es cuando la tienes en piedra, eso si puedes encontrar la piedra, pues vamos, esto de alguna manera esto es garantía de que sea mejor que otras, cuando es completamente polvo, ya no sé cuántas veces me lo han cortado, de todas formas, hasta que no me he metido tres o cuatro líneas no me doy cuenta si es buena o no, porque ya empiezo a ver las reacciones que tengo, si me ataca mucho, yo ya veo que eso, no, si tengo palpitaciones, no, a saco, sino que notas

que estás más angustiada y tal esto para mí no es buena, es que le han metido algo que realmente no te da la reacción que esperas. Más piedra que polvo, y que no haga demasiada peste, que no huela a detergente, algo no sé, no te lo sabría decir concretamente, algo químico, pero algo químico que la farlopa guay no huele tanto... por el olor no lo sabrá distinguir, no tengo ni idea, ni por el color tampoco... no sé si el color tiene algo que ver en ocasiones. Cuando ya te la dan machacada y todo es polvo, ya dices, mal vamos, mal... ya ni se han molestado en que se parezca a algo bueno...también está claro que duros a cuatro pesetas no dan y que no la puedes pillar barata, no, si la pillas barata puede que no tengas calidad, atente entonces a las consecuencias". LAIA

"Yo creo que a mí me gustan más las malas que las buenas, a estas que te dicen que es buena porque se te ha dormido la boca, a mí es la que no me gusta porque se me duerme la boca. Para mí una buena es que me da palique, que no me sienta mal, que me deje dormir, importantísimo y que al día siguiente pueda levantarme y estar bien. Si es buena en teoría te ataca más, te mantiene más despierto, es lo que dicen, ¿no? A mí cuando se me dormía un diente me rayaba un montón y eso en teoría es que es buena. No me he preocupado demasiado nunca de esto, de si es buena o mala. Pero si no estás informado te da igual una que otra. Pero eso mientras no lo piensas, mientras estás consumiendo no lo piensas... Nunca me he encontrado con una farlopa mala, que me haya sentado mal o eso, no nunca. Es que no me he molestado mucho en saberlo. También es eso, que yo sino me daba síntomas extraños fuera de lo normal que me hacía sentir, a mí ya me estaba bien. No me he encontrado nunca una que digas, joder que mal me ha sentado esta. A lo mejor he notado una que me ha atacado más o menos pero no... No ha habido ninguna que me haya dado un mal viaje tampoco". ANNA

Pude también contrastar los resultados con 3 de los 5 "vendedores". Por ejemplo el vendedor, que corresponde a la muestra número 2 (47%) la muestra de más pureza y menos adulterantes, en un primer momento se mostró muy satisfecho de saber que el material era de relativa calidad pero también apuntó que como cada 10 días aproximadamente cambia de material tampoco le sirve de mucho el resultado.

"Hay muchos tipos de corte, hay acetona, el gusto según de donde viene, tendrá un sabor diferente...hay gente que se ha metido un material y está acostumbrado, nadie tendrá el mismo gusto, vendrá uno que te dice que es una mierda y otro te dice que es una maravilla y cuando te has metido una coca uno se acostumbra a algo... y te acostumbras a aquella que, cuando cambias, es el corte o la mierda que le tiran, y tiene un sabor diferente y entonces no te gusta, a mí el corte de acetona no me gusta nada,

es más fuerte... probé una que tenía gusto de culo... aquello sí que era buen material... era de un colombiano que era un fenómeno y no quería saber nada más de éste porque siempre venía cargado de pasta... era familia de no sé quién y vendía huevos de coca, porque los cagaba después del viaje, aquello sí que era coca, era de Colombia el material, es diferente que la "harina" que se hace aquí químicamente y es otro gusto y estamos acostumbrados a otra cosa. Si ahora tuviéramos aquello no nos gustaría, era un material que no te saturaba, te dejaba comer... Es la costumbre que tenemos aquí, hay gente que como toda la vida se ha metido mierda, están acostumbrados y se meterán siempre mierda... Yo no lo he analizado nunca lo que compro... yo no cojo tanta cantidad... es difícil que siempre sea el mismo material, va cambiando... cuando te has metido una ya lo sabes si es buena. Analizarás esto y la "harina" me durará un mes o quince días y luego será otra, entonces sería peor porque si la analizo y es peor... y dices, jeje me he metido mierda, me ha destrozado los esquemas... una vez de fiesta sí que lo he analizado y pastillas también y me dijeron que eran muy buenas... hace tiempo de eso... ahora las que tiene un amigo mío son muy buenas, son azules, yo tengo una aquí, ¿quieres una? Yo ahora no tengo, las cogí con él...". DANI

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

"¡Hostia! Un 15%? Yo me acuerdo antes siempre cuando empecé decían que un 80% y así ya es mucho, pero entonces tenían que un 50% y tal... yo creo que si lo hubiéramos hecho antes yo creo que estaría por 50 y tal... yo creo que sí... Con esto te quedas sorprendido, claro, porque te gustaría que hubiera algo que no sea tan perjudicial. La mayoría de gente no entendemos, me pongo yo también aquí... la gente le gusta o no le gusta, el punto de euforia que tiene, hay muchas historias aquí, el punto de ganas que tienes, es como todo, el punto de ganas que tienes: estuve de puta madre pero claro, tal vez a tú alrededor estaba todo a favor. Y algún día, dicen este mierda y tal, y es el mismo, a veces me ha pasado, que me dicen eso que me has dado es una mierda, y me dicen no puede ser, que no puede ser, ¡pero si es lo mismo de antes de ayer! Esto me ha pasado. Y te dicen, no puede ser... también hay muchas circunstancias alrededor que te hacen que tú te sintieras mejor o peor, es que es así... ahora la realidad es esta, esto no falla es matemático los análisis. Yo, es como todo, es como los vinos, eh. A mí me dicen este vino es bueno, lo pruebo y me gusta, no me gusta... a mí si es muy fuerte de olor, ya me escama un poco porque puede que sea fuerte y a mí lo que me gusta es el rollo *speed*, aquello que te mete caña... hay gente que la encuentra algo floja y para mí no lo es, es como todo, y dices, yo no quiero que, yo quiero que esto me deje dormir, que me deje comer, que me deje beber, que me deje reír, no que me quede rígido, porque hay veces que, es muy pura o no lo sé... yo lo tengo muy claro. Si me gusta bien y sino también, depende también del tacto... no sé

si haces así y queda más aceitoso, depende...Sobre los cortes no tengo ni idea...".  
IVÁN

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

"Hay un corte que se llama hidrocaína, se mete mucho hoy en día. Se consigue a un farmacéutico, hay gente que te lo vende, hay farmacéuticos que te lo pasan bajo manga. Yo conozco unos cuantos farmacéuticos que te la venden, si necesitas corte te lo traen a tanto la bolsa, lo pagas y se lo das al camello. Yo lo he hecho algunas veces, que me han dicho oye, me hace falta esto...pero yo se lo traigo pero con beneficio, me tienes que dar 40 euros, no, no, que te lo pago en coca, y yo digo no, no, que yo no consumo, me tienes que dar 40 euros de los beneficios...entonces claro yo lo hago, pero yo me saco dinero con esto, le digo un precio al gitano, al otro lo convengo y le saco más pasta, por esto voy teniendo dinero...me lo piden por teléfono, y me dicen que tengo que hablar contigo y me piden las cantidades, porque yo he vivido ahí en las casetas y me conocen, otros cortes son pastillas o lo que sea, pero yo esto no lo toco. Yo lo saco de los laboratorios, que siempre hay estafas, ¿no? Porque conocen abogados y jueces y siempre hay chanchullos, eso es igual si tienes enchufe te libras de la cárcel, como los grandes". ALFREDO

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

Iván, por ejemplo, recibe gente en su casa, pero sólo amigos íntimos. El resto de clientes acceden a él vía llamada telefónica y entonces, él se desplaza, bien a una cafetería o bar o con el coche a alguna dirección determinada. No contesta llamadas durante su horario laboral, es empleado de un pequeño comercio, siempre argumenta que sus clientes de cocaína ya lo saben y que si alguien lo hace ya no lo llama más o no contesta a sus llamadas. Los fines de semana acostumbra a llevar dos o tres gramos (algunos en bolsas de medio gramo) encima, pues la gente que lo conoce algunas veces

acude a él en horarios festivos. Es una persona muy discreta. Accedió a que visitase su casa para realizarle una entrevista, pero se le notaba reticente a proporcionar más información de la necesaria, manteniendo cierta actitud de recelo. No goza de muy buena reputación en relación a la calidad de su producto entre los informantes con los cuales he contactado. Realiza un consumo moderado de cocaína que según él no le interfiere en su actividad.

Raúl, es uno de los distribuidores más frecuentado por la red de informantes de este estudio. Vive fuera de Reus y siempre hay que acudir a su casa si se le quiere comprar. Después de conocerlo mediante un informante, le pregunté si estaría dispuesto a mantener una conversación conmigo en relación a su actividad. En un primer momento aceptó sin duda alguna, pero después de insistir semanas y meses nunca pude realizar la entrevista formalmente con grabadora, etc. Sí pude pero mantener dos conversaciones informales con él, respecto al tema en cuestión. Raúl afirma que él está totalmente en contra de las drogas, fue muy tajante en esa cuestión, afirma no consumir nada, bueno, alcohol, cannabis y alguna vez éxtasis, pero que la cocaína no le gusta y que no entiende porqué la gente le compra. Para él es un puro negocio. Mantiene contactos con redes de colombianos, y dispone de una cocaína (a precio de crisis) a cuarenta euros el gramo y otra de más calidad que vende a sesenta euros el gramo. Algunas veces cuando tiene material de primera calidad llama a sus clientes ofreciendo un precio de 60 euros por 0,9 gramos.

Cuando le expliqué que parte de esta investigación estaba enfocada a fomentar argumentaciones a favor de la regulación de la cocaína, su actitud cambió. Él pensaba que era para ayudar a las personas a dejar de consumir, tampoco entendía por qué lo quería entrevistar a él en cuestión, ya que el reconocía que hacía algo negativo para la sociedad, pero que era su manera de ganarse la vida. Había trabajado de camarero en pubs nocturnos de la costa, pero actualmente no trabaja. Se separó de su pareja y ha realquilado el piso dónde vive a dos chicos. La primera vez que hablé con él, me invitó a entrar en su apartamento, estaban los dos compañeros de piso, Raúl tendrá unos treinta y muchos años y compartía piso con un chico bastante más joven que estaba en el sofá mirando la tele y fumando marihuana y otro chico de

unos cuarenta largos que estaba en una mesa esnifando cocaína, sin apenas interactuar. El encuentro fue bastante incómodo y poco provechoso así que no alargué mucho la cosa y me fui dándole las gracias. La segunda vez que accedí a hablar con él, quedamos en la terraza de un bar cerca de su casa. Estaba sentado con un chico de su edad más o menos, venía de Barcelona para quedarse a vivir aquí. Sin conocerlo de nada, me contó que iba a alquilar un piso sólo para plantar marihuana y que iba también a llevar parte del negocio de Raúl a medias con él. Sin más, empezaron a hablar de lo suyo y Raúl contaba que en su domicilio sólo acostumbra a tener unos 4 o 5 gramos, por si le pillan y que el resto de mercancía, 250 gramos o a veces más, lo guarda en un piso de un amigo que está vacío. Esperé durante una hora para ver si podía tener una conversación a solas con él pero no fue posible, el teléfono no paraba de sonar y él iba y venía todo el tiempo dejándome sólo con su amigo. Decidí abortar la misión de una entrevista cara a cara con él, y opté por recoger más información de mis informantes a la vez clientes suyos. Raúl goza de muy buena reputación entre sus clientes, tanto por sus ofertas de cuarenta euros, como por su disponibilidad temporal, pues casi siempre está receptivo a la transacción.

El tercer vendedor, Dani accedió a poder quedarme en su domicilio durante algunas horas diversos días para observar su actividad. Inicialmente, elegí los viernes pensando que cerca del fin de semana la actividad sería mayor. Finalmente realicé observación mayoritariamente los viernes pero también algún jueves, y no noté apenas diferencias entre ambos días en cuanto a número de clientes, unos cuatro o cinco entre las 18 y las 22 aproximadamente. La intención en un primer momento era que podríamos realizar dos entrevistas a solas durante dos días elegidos pero no pudo ser así, el interfono o el teléfono sonaba cada 15 minutos. Además cada vez que subía un cliente a la casa, solía estar una media hora o más, charlando pues todos los clientes eran amigos o amigos de amigos. Entre charla y charla la mayoría de ellos aprovechaban para hacer una raya o dos. Normalmente si el cliente invitaba a una raya al vendedor, éste respondía con otra raya minutos después, o entre ambos aportaban y añadían cocaína para hacer unas rayas más grandes. Se usaba siempre un plato de cerámica pequeño para hacer las

rayas, calentado en el microondas justo antes de depositar el polvo blanco en él. De esta manera se consigue eliminar la humedad de la cocaína. Observé también que el vendedor guardaba la cocaína para vender en una única bolsita, dónde podían haber de 10 a 20 gramos aproximadamente. Cada vez que venía un cliente elaboraba las bolsitas bien de medio gramo o de un gramo. Al mismo tiempo la bolsita la guardaba en un bote de cristal, el típico de las conservas, con granos de arroz secos en su interior, con el mismo objetivo que el de calentar el plato, ahuyentar la humedad. Algunas veces podían acumularse de tres a cuatro clientes y pasar la tarde allí, frente al televisor, sin que apenas nadie lo mirara, pero charlando, bebiendo y fumando, de buen rollo. Era frecuente ver como fumaban lo que se denomina “chino” o “nevadito”, un cigarro untado por la parte exterior con una fina línea de cocaína. Antes de fumarlo se estira con los dientes un trozo de filtro del cigarro para que el humo salga con más aire. Había hablado con Dani de la ineficacia de este método, pues la cocaína se volatiliza a unos ochenta grados centígrados y un cigarrillo quema aproximadamente a unos trescientos<sup>58</sup>, el resultado pues es la inhalación de subproductos, cero cocaína. Aun así parece que el fumado del cigarrillo es un ritual, del cual se aprecia el sabor y a veces, según algunos informantes, la calidad de la cocaína. Algún cliente aparecía, compraba lo que tenía que comprar y se iba. De estos los que menos, pues parece de cortesía no entrar y salir de la casa ni del edificio tan rápido para no levantar sospechas entre el vecindario. Durante las tardes de estancia en casa de Dani, pude observar la figura que Martínez-Oró, (2014:112) define como el facilitador. La persona que compra para él y para sus amigos, desinteresadamente, llevándose de 3 a 4 gramos por ejemplo para repartirlos después<sup>59</sup>.

Diez de los informantes de este estudio han sido contactados gracias a las permanencias en casa de Dani. Algunos no preguntaron nunca, pero a

---

<sup>58</sup> Ver el documental de elaboración propia “Drugstore” de información general sobre uso de cocaína. <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/documentales-de-soporte-elaboracion-propia-pladaccions-sobre-drogues-de-reus/> (video 6).

<sup>59</sup> Ver también: Bieleman, B., Díaz, A., Merlo, G. y Kaplan, Ch.D. (1993: 111).

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

Joel, uno de mis informantes más motivados, me llevó a pillar a un bar frecuentado por universitarios dónde aparte de bocadillos y cervezas, uno puede comprar cocaína en la barra. No es un servicio visible ni accesible para cualquier cliente sino que se debe conocer al propietario de antemano y mantener cierto grado de confianza. Joel pagó las dos cervezas y le entregó un billete de 50 euros. El cambio fue de 16 euros, cobrando las dos consumiciones y 30 euros por medio gramo de cocaína. El camarero después de unos 20 minutos, dejó encima de la barra justo al lado de la cerveza de Joel una servilleta arrugada en forma de bola. Dentro de la servilleta estaba la bolsita de medio gramo. Dos meses más tarde Joel me explicó que le habían contado quién le suministraba la cocaína al hombre del bar, así que decidió no continuar comprándole por la calidad mediocre que encontraba siempre allí. A partir de ahora y de esta manera, acudiría a la persona que estaba situada un eslabón más arriba de la cadena de producción/distribución con la esperanza de obtener una mercancía de mayor calidad. Aun así, Joel argumentaba que la comodidad de comprar en ese bar le parecía un factor bastante importante de seguridad y que el problema con el otro distribuidor es que no siempre estaba disponible y que tenía que comprar la cocaína en la calle, circunstancia que le producía bastante incomodidad. Además algunas veces el tipo en cuestión, de origen marroquí, aparecía a la cita con dos de sus hijos pequeños de unos 4 y 5 años, cogidos de la mano. Definitivamente esta situación fue la que hizo desistir a Joel de acudir más a este distribuidor.



## 5.9. Una cuestión de ¿género?

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

Voy a desarrollar aquí las principales cuestiones relacionadas con el uso de cocaína y género partiendo de la tesis de que nos encontramos delante de una normalización del consumo, de un proceso de desmasculinización del mismo y a sabiendas que debemos esforzarnos para ofrecer una visión no dicotomizada y mucho más compleja del sistema sexo-género<sup>60</sup>.

“La heteronormatividad, divide el mundo en un mundo masculino y uno femenino y asocia el mundo masculino y el femenino a un sexo determinado. Existe una división dicotómica entre hombres y mujeres desde la cual las mujeres se sitúan en posiciones de desigualdad. Este sistema de dominación en definitiva nos afecta a todos, en las conductas de riesgo también. Este sistema para que sobreviva necesita un proceso de socialización, una manera de comportarse y una ideología que lo sustente. Si sólo considerásemos a las mujeres, al pensar en género, práctica habitual, también sería heteronormativo. Las mujeres no sólo tienen relaciones con hombres sino que también tienen relaciones con otras mujeres, así los hombres también tienen prácticas homosexuales o bisexuales... Las cuestiones de género tienen que tomar en consideración todas estas variaciones de la diversidad de género, ya se trate de parejas del mismo sexo, parejas heterosexuales, transexuales, etc. “.

---

<sup>60</sup> Ver el documental de elaboración propia “Más allá de la heteronormatividad”.

En realidad tenemos muy poca investigación especializada en diferencias de género, porque todo el conocimiento previo ha sido un conocimiento muy masculinizado, muy androcéntrico, igual que en otros campos científicos. El discurso masculino, dominante aun, continúa ejemplificando relaciones de poder desiguales y heteronormativas:

“Todo el mundo quiere una novia que consuma un poco y ya está, pero nadie quiere una novia que consuma más que tú o mucho más que tú, si quiero irme a casa..., a todos nos gusta el término medio, me gusta una tía que pueda ir de fiesta, pero si la tía se mete más que tú mal, porque si le gusta la fiesta y le mete, esta tía, no vamos bien ... a mí no me ha pasado esto, pero tengo compañeros que sí que les ha pasado y lógicamente termina mal, se acaba fatal”. JOAN

“Debe de ser un tema de autodestrucción, sí, los hombres somos más autodestructivos que las mujeres... no tengo ni puta idea, yo lo que veo es que hay más tíos que tías... porque de gustar les gusta a las que conozco yo”. MIQUEL

“En general las mujeres no consumen tanto, alcohol, es decir, un bar dónde hay 70 por ciento de tías y treinta de tíos, no lo he visto nunca ahora al revés los que quieras, y eso siendo generoso, ¿eh?. (...) Es una falta de confianza, a veces con la pareja o porque no son sinceros, tal vez porque no lo sé, yo creo que no son sinceros con su pareja pero bueno esto es un tema personal que yo no lo sé, eso cada uno ... Yo creo que es el punto de la travesura, de decir, mira lo hago de estranquis y sabes... un poco de todo... sólo hay uno de la pandilla, algún caso que sí que lo dejó la mujer porque rozaba ya el peligro, y no ha vuelto más a consumir, pero... muchos es el tema de que a la chica le dicen que no consumen, pero les crea morbo cuando están con los colegas. Se pasan la bolsita por debajo de la mesa, es más para hacer el pícaro, o hacer la puta que no realmente... porque a lo mejor luego se bebe una cerveza y se va a casa... jajá... o se envía un *whatsapp* estando allí en la mesa y ya se sabe que tiene que ir al lavabo, ¿no?”. SERGI

“Mira una mujer que consume como yo consumía las llaman “comebolsas”, cuando yo no he tenido que comer ni... Iba a hablar muy mal ahora. Las “comebolsas” es tener que arrodillarte para comer una esto por una papela, nunca jamás lo he tenido que hacer, sino todo lo contrario, la vida que yo he llevado y el ritmo que yo he llevado no es normal en una mujer, yo no he tenido que robar ni hacer nada, lo he hecho con mucho esfuerzo y trabajando muchísimo, porque el consumo que yo tenía era muy elevado. Entonces la gente se piensa que porque seas mujer y que consumas de la manera que yo consumía se piensan que has hecho cosas como prostituirte o hacer cosas de relaciones sexuales por un gramo de coca, jamás lo he hecho. He trabajado muy, muy duro...y nunca he tenido que pedir nada a nadie, y mira dentro de la malo

estoy muy orgullosa de cómo lo he llevado, siempre manteniendo los pies en el suelo y sabiendo lo que estaba haciendo, bueno dentro de lo que cabe, porque después de todo lo que he explicado... (...). Socialmente no está bien visto, ni mucho menos, todavía hay una mentalidad muy machista, simplemente, seguimos viviendo en la misma sociedad, las mismas mentes de burros, eres mujer y tienes que llevar este tipo de vida". ROSA

En las últimas décadas, las generaciones más jóvenes van acortando la distancia entre los consumos de chicos y chicas (Romo y Pérez-Sánchez, 2013:241) sobretodo en los contextos de ocio nocturno y uso recreativo de drogas legales e ilegales y no se estigmatiza de la misma manera a la mujer consumidora de drogas. Los escenarios de ocio nocturno son lugares muy interesantes para observar las distintas relaciones entre géneros e identidades sexuales.

“Encontramos contextos en dónde las relaciones están muy sexuadas y muy marcadas por unas diferencias entre chicos y chicas muy visibles y que además están como identificadas en lo que se espera, o en los atributos masculinos y femeninos clásicos. Otros espacios de fiesta más alternativos como puede ser el movimiento *rave*, fuera de los circuitos comerciales, las relaciones entre chicos y chicas se difuminan, se están creando ámbitos más andrógenos. Son diferencias ya no solo estéticas sino también en relación a los consumos, las sustancias consumidas y los patrones de consumo no difieren tanto. En circuitos comerciales, que no dejan de ser un reflejo de la sociedad más tradicional y convencional, es posible que se puedan ir equilibrando las relaciones con el tiempo.” (Pérez-Sánchez, 2011 en Borràs y LLort, 2013)<sup>61</sup>.

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

---

<sup>61</sup> Cita extraída del documental de elaboración propia: “Más allá de la heteronormatividad”.

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

“Y de los 25 a los 28, 29 que fue cuando fui madre por primera vez, me faltaba un mes para los 30 cuando fui madre, o sea que... aquí fui a fondo, pero no sólo con farlopa... con éxtasis líquido, con pastillas, en diferentes momentos ¿eh?, sobre todo al inicio, 25, 26 fue potente. Mi pareja entonces él también era tan consumidor como yo y entonces... (...) Hice de todo, todo lo que era bares y esto se fue quedando atrás ya era más encuentros de cenas en casa de unos y otros. Es una edad en que ya tienes tu casa, tus amigos también la tienen, empiezas a ir de casa en casa tal y cual y dejas más atrás lo del bar”. LAIA

“También pasa mucho que el estilo de novio también te cambia mucho, porque yo estuve 5 años con un chico y al chico le molaba mucho salir, a mí también, si no nos gustaba salir juntos salíamos por separado, en cambio la relación de ahora es totalmente distinta, porque si él se tiene que venir conmigo yo me voy con él... tenemos muchos amigos en común, por lo tanto salimos todos juntos, aunque el grupo también se drogue yo procuro no drogarme tanto como antes, pero... eso cambia, eso cambia mucho, el estilo de pareja cambia un montón, también que ahora estoy pendiente de una casa y que yo sé que tengo que volver a casa y que me está esperando, que no es igual que cuando vivía sola, que cuando vivía sola hacía lo que me salía de la polla, no es que no lo pueda hacer ahora, pero también un poco de respeto, aunque hay veces que me lo salto, pero...” CRIS

El control de los riesgos asociados a ciertas conductas, como el abuso en el consumo de drogas en los estados neoliberales, nació con fuertes

implicaciones de género y salubristas, como hemos podido ver en el capítulo dedicado a la construcción de la disciplina médica desde una perspectiva socio cultural. Siempre se ha producido un interés por el control de la capacidad y actividad reproductiva de las mujeres construyendo divisiones de género y regulando la "feminidad". En lugar de centrarse en la construcción del cuerpo y en la desestigmatización de las mujeres consumidoras básicamente se ha centrado en etapas concretas de la vida reproductiva, como el embarazo (Romo y Pérez-Sánchez, 2013). El estigma y el cuestionamiento hacia la mujer consumidora de drogas y su derecho a ejercer la maternidad, es uno de los principales caballos de batalla de la cuestión de género y drogas.

"Yo cuando me quedé embarazada yo no tomé nada más, entonces pues claro yo hacía una vida, me iba a dormir, me levantaba pronto y ahí empezaron los problemas. Bueno él consumía, se metía hasta el culo en casa, abajo, era dúplex, y yo me iba a dormir y yo me levantaba pronto y él me decía, ¿por qué te levantas tan pronto? Broncas, ¿sabes? Y fue una época bastante chunga, porque si quieres consumir consume pero a mí déjame tranquila, yo paso... No tomé más y ya está, ni alcohol ni eso, quiero decir que no... y sí que es verdad que yo dejé de consumir de todo y a mí no me pasó nada, yo no sé si es normal, supongo que sí y tampoco lo echaba de menos quiero decir y supongo que estaba en otro rollo, te cambia el chip ... Yo tuve la niña y le estuve dando el pecho durante seis meses, porque ella quería, y cuando no quiso le dejé de dar, y luego volví a consumir ... pero yo he tenido amigas que ha sido, parir, cortarse la leche, biberón y meterse una raya en el mismo día, pero no una, sino varias amigas, hay gente así... Amigas que han consumido durante el embarazo también, y han bebido... pero bueno, yo no sé, a mí eso me da mucho miedo hay gente para todo, y luego los niños son normales, aparentemente, digo aparentemente, porque al final todo esto está en la sangre, yo supongo que también habrá grados, pero sólo el hecho de tener el hijo y cortarte la leche para meterte una raya, sé que estás muy pillada, es que tienes el bebé, que estás así que no sabes ni cómo estás, no sé ... yo no he sido de esta manera". MARTA

"Más que nada por el hecho de ser madre. No sé, bueno es que era un sentimiento como algo, no sé, como algo inconsciente, te sientes culpable, te sientes, asquerosa un poco. Bueno, pues porque también en el momento que consumes y eso estás como en una doble vida, tienes la vida ésta de fiesta, de consumir, de jaja, pero luego el lunes tienes que estar en tu casa, haciendo comida y haciendo los deberes con tu hijo y entonces cuando te ves ahí dices... Si tengo esto ¿qué coño estoy haciendo?, ¿no? También pienso si mi hijo se enterase... o el dinero, gastarte tanto dinero en algo así. Era cuando tenía más bajones. Antes creo que estaba tan loca que ni pensaba. Esto ha

sido con el tiempo, según he ido madurando también. Siempre he tenido el sentido este de la responsabilidad hacia mi hijo, y no sé... He podido hacer de madre, pero yo siempre he tenido la cosilla esa de qué, bueno, de que estás haciendo, ¿no? Si eres madre, una cosa es que un día salgas y te tomes unas copas y otra es que...o yo que sé que he sido muy inconsciente con el coche, que me ha afectado más el alcohol quizás que la farlopa, pero como que el alcohol es algo más aceptado, pues culpas más a las drogas que al alcohol. O eso, pues, si te drogas te lleva también a un día una empalmada, y una empalmada para mi supone, dos o tres días de bajón o de ir a marcha lenta... el niño va a la marcha que va y punto y tú tienes que estar y no hay más. Y bueno, que a parte también a mí se me iba un poco la flapa, que no soy ni buena bebedora ni buen...cuando me paso se me va un poco la castaña. Bueno que a lo mejor, que es eso que el último tiempo de consumo era como yo tampoco no estaba bien interiormente pues te desata más las cosas. No se me va la castaña pero bueno me enfadaba, o estaba de mal humor o lloriqueaba o...también te cambia, quieres o no te cambia un poco, no eres la persona que eres un lunes normal sin consumir, o un martes. Luego vuelves a tu vida normal y parece que se te van abriendo las luces".

ANNA

"Ahora es cuando menos consumo de toda mi vida, bueno, creo no, seguro ... ahora estoy en otro proyecto, queremos tener un hijo... y bueno, todo esto, ya tengo una edad que si no me cuido un poco aquí no sale nada de nada y tal vez desde el verano hacia aquí, me porto mejor, mucho más vamos. Pero porque quiero yo, porque cuando tenga el hijo volveré a consumir, cuando tenga mi hijo y ya sea grande volveré a consumir, los fines de semana cuando salga, cuando tenga una cena en casa, ya te digo, no le veo ningún mal , siempre y cuando lo tengas dentro de la normalidad ". MARTA

"Cuando tuve a mi hijo, vida de salir no tuve nada... fue totalmente radical, dejé de consumir de todo, menos los petas, los porros continué... Los petas siempre han sido un constante desde el momento en que se convirtió en una constante en mi día a día, que fue a partir de los 21 o así, también, a los 19 y así ya fumaba bastantes... pero era diferente... yo fumo en mi día a día". LAIA

"Lo que hacía era aprovechar al estar sola en casa, meterme una raya, una cervecita y estar allí de puta madre, en lugar de disfrutar el tiempo sola en casa, leyendo un libro o haciendo alguna manualidad que me gustase o algo ¿no?...Era cuando me quedaba sola, pensaba, aprovecho y me pongo bolingazo, porque estar bolingazo es guay, te hace sentir bien. Sí que los últimos tiempos lo pensé que se me escapaba de las manos, no por cantidad sino por asiduidad. Porque la cantidad era poca, pero si por la constancia y eso... cuando me quedé embarazada, fue, pensar, ¡hostia!, ya me va bien porque eso me obliga a cortar con eso, a romper con ello y lo hice y no me sentí nunca, mal ni nada... sí que pensaba a veces estando embarazada, salir con gente, ver que se consumía y pensar, ¡hostia! ¡Lo que daría yo para hacer esto! Pero no... Pero pienso

que la he dejado esta época pero no, pienso que en un futuro seguramente volveré a consumir, si seguro, espero que me pueda controlar y sea algo súper lúdico". MIRIAM

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

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

"¿Sabes que me pasa?, que mis hijos se están haciendo grandes y llegará un punto que me parece que, de la manera que soy no sabré cómo afrontar las dos cosas juntas porque, aunque me esconda, no me siento a gusto con ellos, pienso que tarde o temprano les contaré que fumo porros, pero de la farlopa me da más miedo, por lo que pueda suponer para ellos, y por su descubrimiento sobre el tema, no sé cómo enfocarlo

esto realmente. En realidad es la cosa a la que tengo más miedo como madre, quizás es precisamente por haberlo utilizado con ciertas personas, me hace mucho más palo lo de las drogas que no que tengan treinta mil relaciones amorosas o que se busquen la vida haciendo aventuras, este punto no sé cómo cogerlo con ellos, es el punto en que no sé, no sé como lo enfocaré... A mí me encantaría, pero no sé cómo reaccionarían. Estoy dándole vueltas, no sé, porque sé que tarde o temprano, no es algo que sea fácil de hacer, pero con el tema farlopa, yo creo que sí que tarde o temprano se lo diré, porque desde que me separé, que es un momento en que necesitas poner las cosas en su sitio rápidamente, porque si no te hundes, y tienes que saber dónde vas, por lo menos en mi caso, algo que me quedó claro, es que la relación que tenía que tener con mis hijos, no podía ser una mentira, no podía estar toda la vida haciendo un papel, y por mucho que quieras hacer de supermama, yo no lo era una supermama, por tanto había que empezar a asumir yo misma, que tenía mis defectos, mis momentos de mal rollo, mis cagadas con ellos, todas las veces que me equivocaría, y al mismo tiempo es darles ese poco de espontaneidad para que el papel de madre, de siempre tener que ... no poder bajar de cierta ... no podía bajar ... la ética de ver no sé qué.. y mis hijos, que tengo tres, saben que tienen una madre, desastre desorganizada, que se les quiere un montón, que hará lo que sea por ellos, que conseguirá cosas por ellos aunque parezcan imposibles y llegará un momento en que tendré de hablar de eso, no me hace ninguna gracia...pero lo quiero hacer bien, poder hacerlo desde el punto de vista más bueno para ellos, es como el sexo también... y porque he sido muy abanderada con el tema sexo como mujer... con eso empezando por la base, es un tema que se debería hablar, estos prejuicios que tenemos por las drogas ilegales...". LAIA

"La educación de los hijos en un futuro en cuanto a drogas, me lo he planteado en el sentido también, cuando como los tatuajes o los *piercings*, y con este tema voy tan perdida que no sé cómo, bueno ya lo pensaré. No lo sé, la prohibición no puede ser, no puede prohibir algo que tú haces y que crees que es... me hace como respeto pensar, me hace pereza porque lo veo lejos, ¿no? Pero supongo que no me importaría que lo hicieran esporádicamente, pero me sentiría muy culpable, es decir, permitir que ellos lo hagan y que un día se engancharan y tuvieran problemas con este tema. Entonces es ver cómo lo enfocas y como les dices a los hijos, y todos hemos sido hijos y con nuestros padres hemos hecho al revés...que nos decían, ¡juy! te estás pinchando y tal, y decías: papá, no lo entiendes... pero es ver como lo enfoco con ellos para que lo cojan por la vertiente más ocasional, porque han ido de fiesta o algo, pero si yo fuera permisiva en este sentido y ellos traspasaran este límite y acabaran teniendo problemas de adicción yo me sentiría muy culpable, es un tema que, no he pensado mucho la verdad, porque lo veo lejos. Y es difícil, claro, es difícil pero será una realidad. Para mí atravesar la línea es cuando caes en la adicción, si no caes en la adicción por



mí, si lo haces con cabeza y lo haces cuando toca y tal, no lo encuentro que esté mal hecho". MIRIAM

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

Durante la última década, el tema del género se ha convertido en un ámbito fundamental de los debates relacionados con la salud y el desarrollo humano. Sin embargo, las consideraciones de género se han quedado mayoritariamente al margen de las políticas de drogas las cuales no han profundizado en la complejidad del concepto. Debemos entender el género y las relaciones de género como un complejo proceso de construcción de una realidad socio cultural, es decir como una institución cultural y no como un ente naturalizado. Si aceptamos esta apreciación no deberíamos volver a centrar nuestra atención e intervenciones únicamente en la mujer sino en la complejidad de las relaciones y del proceso de construcción del concepto (Ettorre, 2004 en LLort y Borràs, 2013).

## 5.10. Cocaína, erotismo y sexo.

En el imaginario colectivo se ha asociado históricamente a la cocaína con el *glamour*<sup>62</sup>, el erotismo y el sexo. La literatura<sup>63</sup>, el cine y otras expresiones artísticas como la música pop/rock, el cómic o el jazz, han mitificado esta sustancia atribuyéndole poderes afrodisíacos y la capacidad facilitar la consecución y disfrute de paraísos prohibidos. En cambio es muy difícil encontrar estudios sociales específicos sobre este tema. Existe literatura en todo el mundo acerca de la relación del consumo de cocaína base o

---

<sup>62</sup> Para ilustrar este imaginario colectivo véase:

<https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/parafernalía-y-glamour/>

<sup>63</sup> Destacar la novela de Robert Sabbag: Snow Blind. Basada en la verdadera historia de Zachary Swan uno de los contrabandistas más famosos de EEUU. <https://elpajaroestaenelnido.wordpress.com/snow-blind/>

inyectada y trabajo sexual asociado a la infección del VIH, por el riesgo inherente a la impulsividad del consumo y la necesidad de obtener dinero o cocaína a cambio de relaciones sexuales<sup>64</sup>. Mi idea aquí no es profundizar sobre este tema que me parece sumamente interesante pero sí apuntar algunas consideraciones a partir del relato etnográfico de mis informantes y quién sabe si quizá en el futuro podría interesar una línea de investigación centrada en el consumo de cocaína y sexo.

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

“La cocaína y el sexo es fantástico, aunque no siempre, cuando abusas... pero mayoritariamente sí, no te digo que no, aún más si lo mezclas con otras cosas... puede ir muy bien... Mayoritariamente bien, aunque también depende de cuanta he consumido, con medio gramito es fantástico, porque te da el toque perfecto pero tampoco estás sobrepasado de nada, y todavía te deja ser como eres, natural, o incluso te desinhibe. El punto exacto de no pasar del punto de drogado total, ¿sabes?... cuando me he metido mucha, mucha caña pues he tenido noches de sexo desenfrenado pero... te lo digo porque el otro día me pasó, que con medio gramo era perfecto, fue muy bien. También la calidad, otro punto muy importante si la farlopa está bien, todo va bien... está claro. Si está muy adulterada o te están metiendo mierda absoluta no hay por dónde empezar, es que ni te sube ni nada, o en ocasiones te ataca demasiado”. LAIA

“Lo prohibido es lo atractivo, vamos a comenzar por ahí, si una persona tiene el conocimiento para eso, por supuesto que lo puede utilizar, yo he pasado unas noches de sexo vamos maravillosas vamos, gracias a la cocaína, ¿me entiendes? Pero claro, tomada con una moderación, porque tomada desmesuradamente no hubiera disfrutado de nada, todo va como va, si hechas demasiado café al café va a salir muy amargo, si le hechas demasiado azúcar te va a salir muy dulce, todo es lo mismo, según el conocimiento de cada uno, y para eso por supuesto necesitamos una cultura también, hay que asociar una cultura a eso, hay que informar a la gente como va, lo mismo como ha habido una cultura para el vino...o...¿Me entiendes? Habría que explicar a la gente como funciona, y que cada uno a raíz de ahí, poder tener, poder gozar, ¡por

---

<sup>64</sup>Ver por ejemplo: Edlin *et al.* (1994), Sharpe, (2001), Grund *et al.* (2010) y Marandaa, H., Chenglong, H. and Rainone, (2011).

favor! De esa libertad de que cada uno pueda hacer lo que quiera con su cuerpo”.

JOSÉ M<sup>a</sup>

“Ni bien ni mal, no sé, si tomas pues el sexo está bien, con o sin, así como el *speed* es como que te acelera mucho más, a ver todas las drogas claro como que te desinhiben o te incitan a...o quizá...porque no sé, que necesites desinhibirte con el sexo, pero quizás dar pie, todas las drogas, pero no sé, la cocaína es una de las drogas que... a mí como me gusta practicar el sexo siempre, pues no... especialmente”. MARTA

“No me la he tomado nunca para follar, no tengo problemas, da igual que me meta como no...Nunca me la he tomado expresamente para ir a echar un polvo, y si un día coincide de puta madre, pero no me cuesta, no es aquello que dicen que no te empalmas ni nada, no he tenido ningún problema”. MIQUEL

“Ese día perdí el control, iba muy pasado de alcohol y no sabía muy bien lo que hacía y situaciones de riesgo, que no eres consciente realmente de lo que estás haciendo, con el tema sexual quiero decir, y bueno, y posteriormente cuando el consumo fue mucho más continuado, eso ya te hablo de los 20 y pico de años era una mezcla de compulsión sexual y consumo que al final no sabía que... había tal mezcla que algo me llevaba a otro, no sabía si el sexo llevaba a la cocaína o la cocaína me llevaba al sexo ... y ya fue cuando fue cuando empecé a tocar fondo”. TITO

“Bueno es una cosa viciosa, es algo que además hay que ir con mucho cuidado porque llega un momento en que o crees que llega un momento en que si no hay esto, que si no hay coca, luego no hay sexo... llega un momento que parece que si no hay una cosa no hay la otra y después tiene que haber coca para tener el sexo, a mí me parece que es la impresión que da o la excusa que haces para tener más coca, no para tener más sexo. Yo creo, es decir, que si no hay coca, no hay sexo, cuando no es verdad, es vamos a buscar cocaína... es una excusa, llega un momento que das la vuelta a la realidad, crees que es lo otro, cuando realmente el sexo está igualmente, lo que pasa es que cuando estás colocado de coca, las sensaciones son, o tienes una sensación mucho más placentera o más diferente que cuando haces sexo y no tienes... A mí sí, el tema coca sí, con otras drogas no, pero con lo que es la coca, sí, si vas empastillado es que es muy complicado, depende de la cantidad que hayas consumido, se complica... A nivel de sexo, si me tomo muchas pastillas no puedo tener sexo... tienes sexo pero no es de penetración es otro tipo de sexo...No hay ninguna pauta, no me lo he planteado nunca...”. JAUME

“Con el sexo al principio me iba muy bien, me ponía muy cachonda y eso pero ya las últimas veces, ya no, creo que me hacía el efecto contrario en todos los sentidos. Pero por eso, por el sentimiento de culpabilidad de consumir. Pero bueno evidentemente sí que te ayuda también. Te ayuda a todo, las circunstancias, has salido, estas más eufórico, estás más predispuesto a todo. Al principio sí que flipaba, estaba como una

moto. Pero luego ya te vas acostumbrando y tampoco no es, es eso, que sales, llegas más desinhibida, más...pues si toca polvazo, pues polvazo. Ahora como no consumo, pues no". ANNA

"Yo la primera vez que compré, ¿sabes que hacía? me la ponía en la polla para follar, antes de metérmela por la nariz. Yo la iba a comprar para la gente y no me metía, e iba a esos putis, el Poker, las Vegas, que había por detrás del Màtic y se la compraba a una señora que era la Madam, que se la traía un colombiano, yo le vendía cuartos de kilo de costo y ella me vendía la farlopa." GERARD

Podemos observar como la percepción de la efectividad de la cocaína para conseguir un sexo mejor y más duradero depende de muchas variables que difieren según las circunstancias, control del uso y la cantidad o la mezcla con otras sustancias. No existe un patrón de recomendación claro ni pautas seguras de éxito para ello. En todo caso, sí existen muchas campañas de prevención e información sobre la práctica de sexo seguro en todo el mundo, pero muy pocas hacen mención o tienen en cuenta el factor "consumo de sustancias" en el diseño de las mismas. Me parece importante señalar aquí, que erróneamente y desde una perspectiva heteronormativa, se considera que son las mujeres las que contagian a los hombres de VIH en las relaciones sexuales. Este es un planteamiento erróneo. Biológicamente son los hombres los que tienen más probabilidades de infectar a las mujeres. Las mujeres son vulnerables en una proporción de 1 a 10 y los hombres de 1 a 500 en prácticas heterosexuales<sup>65</sup> (LLort y Borràs, 2014). Lo que sí creo importante es poder incidir en la idea de la necesidad de diseñar intervenciones e información basada en el consumo de cocaína y las prácticas sexuales de todo tipo fundamentada en la experiencia de personas consumidoras, tanto desde un punto de vista físico como de gestión de los placeres.

---

<sup>65</sup> Ver el documental de elaboración propia "Más allá de la heteronormatividad". (Llorca y Borràs, 2012). Entrevista a Marcus Day, Phd. Caribbean Harm Reduction Coalition.

### 5.11. El “potlacht” blanco, el consumo como ritual

El ritual del consumo esnifado de cocaína en la época dorada de los años 70 en Estados Unidos es descrito por Collins (2013:145) confiriéndole el estatus que los antropólogos conocemos como *potlacht*<sup>66</sup>. El individuo que podría ofrecer rayas gratuitas a más gente recibiría en consecuencia el estatus social más alto. Los participantes en esta escena colectiva despreciaban el mero uso final del comprador; aunque en realidad los comerciantes estaban comprando y vendiendo grandes cantidades de drogas, sus transacciones engalanadas por el ritual de intercambio de regalos honoríficos, les hacía despreciar los que usaban y compraban cocaína, en el eslabón más bajo de la cadena sin participar de un ritual semejante.

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

“A mí un gramo me duraba dos semanas, invitando...”. ANNA

“Hay mucha gente que sabe cocinar (base) y sobre todo la gente veterana... y mucha gente lo que hace es coger a una persona de estas veterana y decirle mira yo te invito y tú me haces la base”. MARTÍ

“Estuve un año sin tomar nada. Pero volví a trabajar y luego por hache o por be, te invitan, que si vamos a pillar y no sé qué... pues te tiras de cabeza”. CARLES

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

---

<sup>66</sup>Sistema de intercambio redistributivo entre los nativos de la costa noroeste de Estados Unidos y Canadá. Estos rituales entrañaban proclamaciones públicas de que el anfitrión es una persona generosa y un gran proveedor (Harris 1983:244). En el ritual se observan las relaciones jerárquicas entre los grupos, que se refuerzan mediante el intercambio de regalos y otras ceremonias.

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

“Y entonces fue un consumo súper esporádico, ni compras ni nada, te invitan, cuando te encuentras con gente y tal...después que comprara yo, no me acuerdo a qué edad, pero con 24, 25... Porque no fue, en aquella época tomaba más otras sustancias. Cocaína fue cuando era mayor quizá, que comprara yo”. MIRIAM

El consumo de drogas cumple funciones simbólicas e instrumentales importantes, tanto para el individuo como para el grupo social. La mayoría de los consumidores muestra claramente patrones de consumo bien regulados. De esta manera podemos señalar según (Collins, 2013) todos los elementos que Durkheim (1912) encontró en el ritual religioso, y que Goffman (1967) y otros han aplicado a los rituales de la vida cotidiana. La teoría del ritual explica como el uso de determinadas sustancias se convierte en legítimo y ampliamente aceptado (normalización). En el caso del alcohol, los rituales y las reglas que regulan su consumo están esencialmente determinados por procesos intergeneracionales y de socialización centrados en la familia y sus valores sociales, que ofrecen modelos socialmente aceptados de consumo moderado<sup>67</sup>. En paralelo, los rituales y las reglas relativos al consumo de drogas ilegales se producen en una subcultura y socialización, con reglas y redes propias a las que pertenecen. El consumidor de alcohol solitario es consecuentemente, etiquetado, estigmatizado y el uso que realiza del alcohol es visto como desviado.

---

<sup>67</sup>Ver por ejemplo: Menéndez (1990; 1991)

"Siempre lo había hecho con mis amigos todo esto, a mí lo que siempre me ha gustado es experimentar en grupo... ni el alcohol me lo bebo solo, lo encuentro absurdo, la única droga que disfruto solo es el tabaco y bueno la época que fumaba canutos, porque me cansé y lo dejé pero lo demás lo encuentro absurdo, no me ha gustado".  
JOAN

"Y sobre todo algo que me molestaba mucho eran los "paseillos", sabes estos viajes al lavabo o al coche, ¿sabes?, en el que rompes quizás un momento en que hay un cierto ambiente y alguien se marcha y yo como que era, bueno, lo veía, ¿no? Esto molestaba, joder tío, siempre están haciendo viajesitos, como yo no participaba, sabes, lo encontraba exclusivo, ¿no? Un poco, como... si la farlopa siempre he pensado que con este tema, cuando no todo el mundo se está metiendo es muy insocial, marcas grupos y eso no me gusta de la farlopa, la farlopa está bien disfrutarla cuando todo el mundo se la mete, si no también es un poco falta de respeto según quién está delante, más si son amigos tuyos, porque amigos tienes de todo tipo. A veces lo encuentro un poco... A veces es para que no se enteren... Hay quien no lo relaciona, yo lo relacionaba porque en el fondo de mí no se escondían, ¿sabes?, pero tampoco se me invitaba... entonces... porque yo me había opuesto alguna vez, entonces entendían que yo no me metía, pero tampoco veía que se escondieran, pero tampoco era explícito". LAIA

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

El control del uso de las drogas está ampliamente establecido por sanciones sociales culturalmente definidas, que marcan el modo según el cual se usa una droga. Los propios consumidores regulan su consumo a través de un proceso de aprendizaje social entre iguales, en el que se desarrollan rituales y reglas específicos. Como hemos observado uno de los rituales sociales más frecuente es el de invitar a uno a un grupo reducido a esnifar. Este tipo de comensalismo o deferencia ritual es muy frecuente en fiestas multitudinarias dónde se encuentran y reencuentran grupos de amigos que frecuentemente acuden a fiestas, ya sean de larga duración como *raves*, *afters* o fiestas privadas. De alguna manera es una buena práctica compartir la cocaína, el

*speed*, el éxtasis, el tabaco o el cannabis entre comensales de una misma fiesta como signo de aceptación, de reafirmación del buen momento y para potenciar los efectos positivos de las mismas. Una vez, durante una fiesta, ya bien entrada la mañana, observé una situación paradigmática de comensalismo y descontrol. En un amplio comedor, mientras un dj amenizaba los rayos de sol que ya hacía horas que entraban por la ventana, un libro con una decena de rayas circulaba entre los participantes. Esta es también una práctica común cuando el número de participantes de una fiesta es elevado y hay suficiente cohesión.

Sergi, uno de los informantes cogió el libro y esnifó una de las rayas pensando que era cocaína o *speed*, cualquiera de las dos cosas entraban en sus planes para combatir el cansancio de muchas horas de fiesta y rayas. La sorpresa fue que resultaba ser ketamina, un potente disociativo. Sergi puso cara de sorpresa y quedó sentado en el sofá, las conversaciones con él empezaron a distorsionar, fue incapaz de mantener una conversación coherente durante 5 minutos, después empezó a reír a carcajadas y volvió a la normalidad. Normalmente, explicó, debería haber preguntado de qué eran las rayas y que por no hacerlo experimentó involuntariamente los potentes efectos de la ketamina. Por suerte las rayas eran pequeñas, añadió.

Otra situación de consumo en otro contexto muy distinto de ocio, la observé en una barbacoa organizada por las redes de amigos de algunos de mis informantes. La comilona acontecía en un espacio rural, una casa de campo, buen tiempo y muy buen ambiente. Debería haber unas 25 personas y algunos niños. Creo que a la par asistían hombres y mujeres. Después de comer, entre cafés, carajillos, porros y copas, algunos de los chicos, se levantaban de la mesa y realizaban viajes de unos 5 minutos hacia la zona de la barbacoa que estaba situada fuera de la zona de visibilidad de la mesa. Al lado de la barbacoa se encontraba un teléfono móvil con rayas de cocaína encima de la pantalla. Los chicos y sólo chicos, iban levantándose y reincorporándose a la mesa después de esnifar alguna raya. Esta situación se iba orquestando sin alterar el ambiente de la fiesta y sin que nadie aparentemente se percatara de la situación.



En otro contexto, esta vez en la celebración de las fiestas mayores de la ciudad, participé en una cena también organizada por redes de amigos de algunos de mis informantes. Participaron unas 40 personas, todos hombres, que se reunían en un local alquilado para la ocasión. Aunque la comida era muy abundante, la bebida lo era más. Al marchar observé que había sobrado gran parte de la comida. Durante toda la cena se juntaba más gente en el lavabo que alrededor de la mesa. La mayoría de comensales pasó más tiempo esnifando rayas, compartiéndolas y hablando en el pequeño espacio que anticipaba el retrete. Un desfile de entradas y salidas del espacio mencionado caracterizó la dinámica de la fiesta. Festividad anual destacada en la que todo exceso es camuflado por la algarabía y la fiesta.

Compartir sustancias entre personas que no rompen las normas (consumir más de la cuenta en solitario, pedir fiado o pedir constantemente ser invitado, perder el control...) es una de las prácticas más destacadas entre consumidores de cocaína. Cuando la armonía de estos factores se rompe, la persona o personas que protagonizan comportamientos no aceptados por la mayoría son señaladas y desplazadas.

Ya he subrayado que es en el uso de drogas compartido o rituales colectivos de consumo dónde puede darse un proceso de prestigio y legitimación; los usuarios solitarios son un blanco fácil para el etiquetado y el desprecio social (Collins, 2013).

“Sí, yo nunca me he metido una raya sola, no, bueno, sí pero pásame el gramo que me voy al lavabo y tal, sí, pero siempre es algo compartido, no me he comprado nunca un gramo para mí sola y me he metido yo”. LOIDA

“Si de mí círculo no tomara nadie, no tomaría... no lo veo lo de tomarme yo solo las cosas”. MIQUEL

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

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



Papelina de cocaína en un lavabo de un bar de Reus.

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

vigilancia e intolerancia hacia el consumo ocurre principalmente en los locales que pertenecen a la zona norte de la ciudad, que podemos definir como comerciales, frecuentados por grupos de población heterogéneos, a diferencia de los locales del centro.

Otra modalidad de consumo encubierto en locales de baile o fiesta nocturna es el llamado "tarjetón". Con una tarjeta de crédito o una llave, se recoge de la bolsita de cocaína una cantidad suficiente, bastante menos que lo que equivale a una raya estándar, sin dejar el lugar dónde se está tomando alguna consumición o bailando. Discretamente se acerca la tarjeta o llave a la nariz y de una fuerte esnifada se introduce en las fosas nasales. He visto a personas realizar esta técnica con gran destreza y discreción, pero también he visto a personas que han sido sorprendidos por los agentes de seguridad de algún local, que han echado de malas maneras a los que se han atrevido a ello.

Entre los mismos consumidores existe el que Martínez-Oró (2014:11) denomina el discurso de la normalización/regulación:

"Resultado del proceso de normalización ha emergido el discurso de la normalización. Este delimita los consumos que se entienden como aceptables y normales y también los potencialmente problemáticos. Cada consumidor realiza una apropiación subjetiva del discurso de la normalización para consumir y evitar daños indeseados. A esta apropiación se le llamará el discurso de la regulación. La aceptación o rechazo de los consumos es producto del discurso de la regulación que continuamente evalúa la funcionalidad de los consumos para obtener placer. Para entender los consumos como normales, el discurso de la regulación evalúa el contexto, el tiempo, la frecuencia, y las consecuencias que provocan. La imbricación de los elementos debe ser compatible con las responsabilidades del consumidor para mantenerse normalizado. Si el consumidor realiza consumos problemáticos del entorno le colgará la etiqueta de problemático y deberá modificar los consumos para mantener la normalidad".

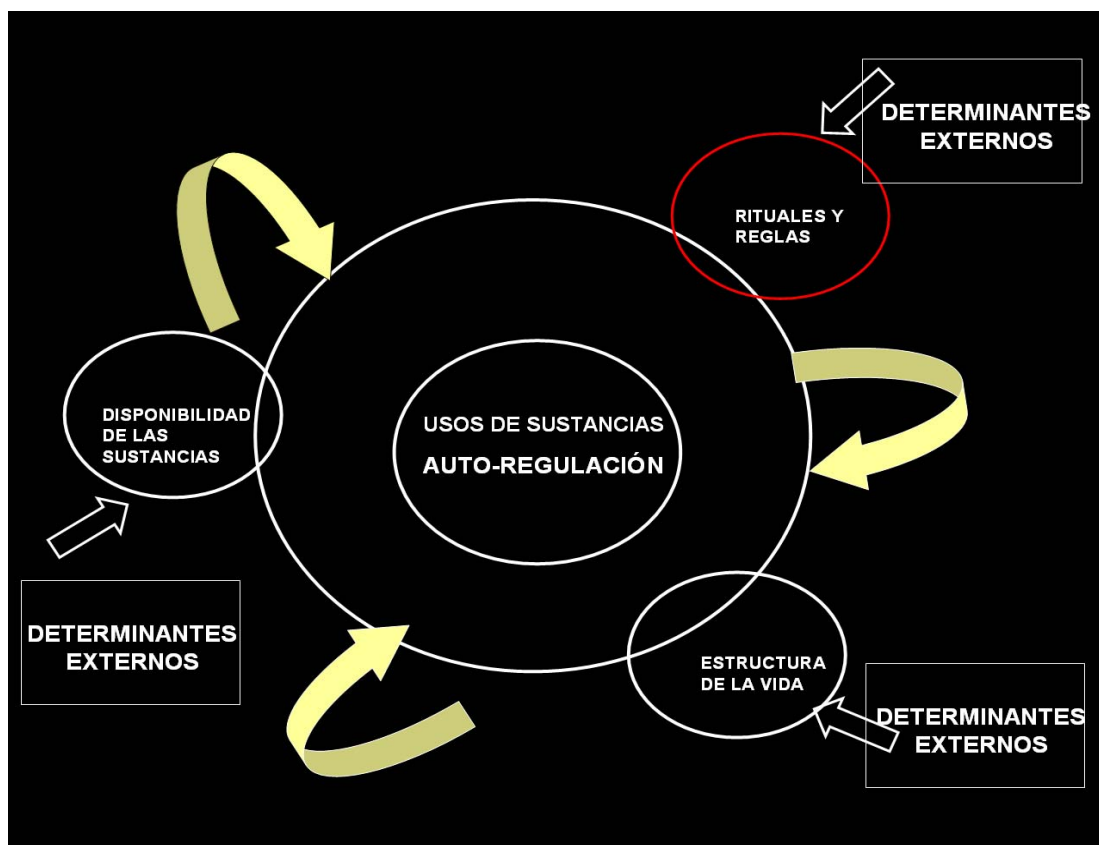
“Pero no ir al extremo de decir... yo siempre he tenido muy claro que la fiesta no es eso, que eso ayuda, pero la fiesta no es eso, es muy triste encerrarse en un piso y consumir... si lo haces y después te vas de parranda perfecto o te vas de parranda y te escaparas y te vas en un piso y luego vuelves perfecto, pero consumir por consumir... y en esta época sobre todo a los 30 que era cuando consumía más”. JOAN

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

“Esto depende del consumo de cada uno, es evidente que si te comes 2 kilos de gambas te va entrar un cólico, y las gambas son buenísimas, y si te metes un rayita de coca, simplemente, si llevas una noche de cuatro o cinco cubatas, y estas deseando irte a dormir, con una rayita de coca podrás aguantar un poco más, y seguirás hablando con esa chica que tanto te gusta que está en la barra, pero vamos si te cebas, no podrás hablar con ella, vas a ponerte idiota, te vas a encontrar mal, pues lo mismo, pues en un vermú te podrás comer 4 o cinco gambas como te comas 2 Kg. te tendrás que ir a urgencias, es lo mismo el abuso en todo es malo, en cocaína y en todo. O sea, depende del consumo de cada uno y del conocimiento que tenga cada uno”. JOSÉ M<sup>a</sup>

El modelo que presentan Grund, Kaplan y DeVries (2004) para superar algunas limitaciones del modelo observado por Zinberg (1984) propone una interacción entre tres grupos de factores: los rituales y las reglas, la estructura de vida de la persona y la disponibilidad de drogas. Esos grupos componen un “circuito de retroalimentación” interactivo, adaptándose constantemente a las diversas influencias externas. Así pues la capacidad para controlar o regular el consumo de sustancias no parece directamente asociada a la cantidad ni a las propiedades intrínsecas de las mismas, por lo tanto una de las críticas importantes que deberíamos atribuir al modelo de adicción sería el de no considerar el proceso como un fenómeno multidimensional. Los consumidores

regulan su consumo mediante un proceso de aprendizaje social entre iguales mediatizado por los hábitos culturales generalizados (consumo de masas) y los subculturales, dónde la socialización se centra en el grupo de consumidores al que pertenecen.



Esquema de elaboración propia a partir del texto de Grund, Kaplan y DeVries (2004)

## 5.12. Iniciación

Uno de los momentos más importantes y simbólicos de la carrera o trayectoria de los consumidores de cocaína es el momento de la iniciación o ritual de la iniciación<sup>68</sup>. Para muchos pasar del consumo habitual de alcohol, tabaco y cannabis, y esporádico de tripis y pastillas al consumo esnifado, supone un paso importante en su carrera de consumidor. El consumo esnifado es considerado un método de consumo más agresivo y más cercano a la

<sup>68</sup>Podríamos definir este tipo de paso ritual, según Harris (1983:431), como ritual comunitario de solidaridad, destinados a reafirmar e intensificar el sentido de la identidad común del grupo. Como veremos más adelante estos rituales conformaran el tejido de sanciones y patrones de conducta aceptados por cada subcultura.

imagen de consumo problemático. Con el tiempo y el efecto normalizador del grupo de consumidores, esnifar se convierte en una técnica más para alcanzar estados psíquicos y físicos deseados con la cocaína. A veces los primeros consumos no gustan o no cumplen las expectativas previas, o no se aprecian los efectos. Aun así los sujetos van aprendiendo progresivamente a usarla y disfrutarla.

"Yo tenía 18 años o 19 años cuando la probé por primera vez, pero a mí me daba mucho respeto el tema de esnifar por la nariz y antes no había tomado. Había tomado pastillas. El primer día fue, pues la pareja que tenía, sus amigos eran un poco más grandes que yo y ya tomaban, y a mí me daba bastante respeto todo esto...y un día estábamos en una casa particular, no recuerdo dónde y ese día me decidí y me la tomé. Y fue así, por el grupo de amigos, de mi pareja de entonces. Era por la vía de administración, no era tan por los efectos que me podía hacer, porque ya había probado otras drogas, sino que era por la vía de administración. Más que nada pensaba que yo eso no me lo sabré poner, no sabré hacer el acto de la esnifada, y sí, salió y ya está". MIRIAM

"Pues empecé con 19 años, yo fui de todos mis amigos fui el último, porque siempre he sido más reticente a esto, pues mis amigos de siempre gente normal, desde que éramos pequeños. Empezamos con las pastillas, cuando íbamos a LEVEL; y esto yo nunca las he probado, he probado la cocaína, lo demás no lo quise probar. La cocaína es diferente en este sentido, parece que no pero te da una ganas de esto...los efectos a lo mejor no son tan exagerados como lo otro, parece que lo controlas más, pero a medida que lo vas tomando te das cuenta de que no lo controlas que te controla ella a ti...y así, con 19, saliendo una vez al mes cada dos meses, ambiente de discoteca de salir, cuando salías los sábados pues cogías algo, éramos cuatro o cinco y se cogía poco, poquita cosa... yo empecé a tener pareja a los 22...".RICARDO

"Normalizar, yo creo que es, que toda la droga que no... bueno porque ahora estamos muy acostumbrados a esto, lo que se bebe no es droga, lo que se fuma no es droga, es como, no lo ves como una droga, pero ya solamente el hecho de esnifar es como más violento. Simplemente es por las maneras, ¿eh? Pero si se normalizase en el sentido, me puedo tomar una pastilla, que me de los efectos que necesito, pues de esta manera quizá sí, pero esnifada no, porque yo pienso que es una manera violenta de, es que así a los ojos y a la vista. Y yo creo que es una de las cosas que engancha, el esconderte, meterte por la nariz". ANNA

"Al comienzo de empezar a tomar drogas con la pandilla, con la peña que iba, eran todos *heavys*, y lo primero que hacíamos era parar en los barrios del lado de Tarragona, Bonavista, La Canonja, a pillar hachís. Había varios bares musicales y allí

pillábamos... y antes se podía fumar y no te decían, nada, jugabas al fútbol, fumabas, bebías, te lo pasabas bien... aquello fue una etapa de mi vida... a los 20 y pico con la peña pues si íbamos a alguna despedida o algo así pues tomaban cocaína pero yo no... a mí no me hacía gracia, no me atrevía ... el día que empecé sería con algún amigo, aquello: venga, toma ... ¡va! Un gramo valía 10.000 pesetas y te pasabas toda la noche de fiesta con medio gramo... antes no estaba tan cortada tampoco y como frecuentábamos los ambientes aquellos del *rock and roll*... y viva la fiesta, siempre íbamos preparados, o de costo o de aquí (nariz). Cuando me enganché fue cuando conocí a mi mujer". CARLES

"La cocaína la probé a los 14 o 15 años...me hizo vomitar y no me sentó nada bien, por eso lo que no comprendo es porque volví a hacerlo, no sé supongo que por seguirle el rollo un poco a los demás, no, aquello que coge uno encima de un compact disk y se hace una y te dice, venga va, toma esta es para ti, hostia, ¡no! Que ayer me sentó fatal, veras como hoy te sienta diferente, y probarlo y ver que es verdad que me sentaba diferente, y a partir de ahí, ya está, cagada la hemos". JOSÉ M<sup>a</sup>

"Yo empecé a tomar cocaína a esnifar a los 14 años, mi vida ha sido siempre con gente alrededor de consumidores, con mi padre que vendía, yo también he sido traficante, pues entonces todo esto invita que la familia te rechace, porque claro saben que vendes, vender y consumir, es un delito, ¿no? Ya que ganas un dinero y te lo fundes, o te lo coges en porciones de cocaína. He fumado base, también he fumado caballo, pero ahora estoy todo limpio, no fumo, alguna vez tengo el puntazo y me fumo alguna papelina, alguna...yo ahora tengo 39". ALFREDO

"La primera raya me la metí con 15 años, deje de consumir y empecé con una relación, y ahí fue cuando empecé a tocar fondo con la cocaína. A los 16, 17, empecé a consumir los fines de semana. No sé, gente joven, normal, que se fumaban sus porrillos...empecemos con sus rayas, no sé normal, no sé lo que es normal. Mis amigos ya habían consumido porqué la primera raya que me metí la bufé, casi me matan...Ya eran consumidores. Yo creo que hoy en día todo el mundo sale de fiesta, hoy te paras a pensar y toda la que te rodea, poca gente no sale...Gente con la que estudiaba, con los porros, cuando empecé con la coca, más que nada eran amigos, bueno yo pensaba que eran amigos, eran gente de paso, porque los amigos realmente no te llevan al extremo que te hacen llegar...porqué esos la mayoría están en metadona hoy en día. Podíamos tomar un gramo para cuatro personas, bueno cosas insignificantes. A partir de ahí estuve con un chico que era bastante estricto...que tampoco tiene la culpa él, no quiero achacarle a él...ni mucho menos, que me ha influenciado a mí porque yo en este momento no estaba bien yo. Tuve esta pareja seis años, era muy radical con el tema del peso, gimnasio, etc. etc., yo había engordado y vi que las drogas a parte de gustarme y darme buen rollo me hacen adelgazar, entonces ahí empecé ya casi cada día, empecé a perder peso, me encontraba divina de la

muerte, y claro había que decirlo, una no tiene el mismo cuerpo con quince años que con... empiezas a consumir más, y también influenció mucho que tenía varios trabajos entonces tenía que aguantar, entonces empecé a consumir más, y unas cosas llevan a la otra y empecé a consumir 5 o 6 gramos diarios...". ROSA

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

"Yo empecé... de joven yo bebía lo normal, de vez en cuando algo más de la cuenta pero nada exagerado... el cannabis nunca me ha gustado, me sentaba mal y realmente el tema de las drogas empecé con la cocaína, nunca había tomado pastillas ni nada... empecé con los amigos, era poco, lo normal, sales de fiesta, te lo comentan, tú dices que no, después la pruebas, te gusta, pues toma, yo también y empecé así... empecé un poco tarde... con 25 26 años...". ÁLVARO

"Con 16 fue el cambio que fue cuando conocí a una chica que era mayor que yo y bueno con esta comenzó el consumo de tabaco y tal... me enseñó a fumar porque yo no me tragaba el humo .. y ella me enseñó ... y luego tuve una novia que su familia tenían un bar y el consumo de alcohol era mucho más fácil y comenzaron a llegar las rayas, las primeras pastillas también y recuerdo que sí que era consumo, consumo ... y yo trabajaba en un bar y cuando salía con el dinero, no recuerdo cuanto me daban, el dinero era para pagar el taxi y la entrada y si sobraba algo hacíamos una recolecta para comprar entre todos, quiero decir que era..., se convirtió el hecho de salir enfocado al consumo, si salíamos mirábamos que podíamos gastar que podíamos tomar, y aquí fue el primer contacto con otras sustancias, con los porros también...". JOEL

"Me acuerdo que salí con gente del trabajo y me acuerdo que fuimos a una discoteca y allí, fue cuando probé mi primera pirulilla... no sé, me acuerdo que me dio cosa, como cuando pruebas algo nuevo, siempre te da cosa, pero la verdad es que como me sentó bien, pues me gustó... y luego ya a partir de que las probé, salía y quería,



vamos...pastillas digo... o cristal también. El GHB también lo probé en esta época, todo fue en cuestión de cuatro años, desde esta edad hasta los 33 fue cuando probé todo. Hubo un tiempo que estuve soltera en esa época y otros 4 años que estuve con un chico, que tampoco tomaba y yo joder... cada fin de semana, de viernes a lunes. Tuve pareja antes y tuve pareja durante este tiempo de consumo, que también consumía, fui yo quien lo inició... Es cuando se introduce la cocaína a partir de los 33, porque durante este tiempo, no me gustaba, era una cosa...era la única cosa que no...la había probado pero no le veía..., que ni me iba ni me venía, me daba igual tomarla que ni tomarla. Fue con Juan, cuando empecé el consumo más...lo conocí con 35 años. Tenía una amiga que a ella sí que le gustaba y entonces como que me empecé a...pero no tanto como en estos últimos años, eso que consumes a lo mejor el fin de semana, a comer o se sale de fiesta... con la pareja anterior duré 3 años hasta los 33... Ya empecé a disminuir el ritmo de fiesta, pero sólo de sábado a domingo o viernes a domingo, como mucho, pero no tan bestia como antes". MÓNICA

"Cambio de ambientes, cambio de todo, esta etapa duró hasta... para mí todavía es... los ambientes son todavía los mismos, nos hemos hecho mayores pero somos los mismos que nos movemos por los mismos lugares... También estaba el tema en esa época, los bichos, los tripis, vaya, y algunas pastillas... empiezo a tocarlos pero los bichos algunos, muy pocos, porque no me gustaron mucho o sea, lo que te da esta droga no me gustó del todo y las pastillas sí, esporádicamente las empiezo a tocar y la coca no mucho, había alguna vez pero muy poquito, tal vez cuando llego a los 25 o así es cuando empiezo más a tocarla... La primera vez lo probé con amigos, estábamos todos, con el grupo... ellos ya consumían, era algo que no era habitualmente pero sí que consumía... me acuerdo de la situación pero lo que me aportó y todo esto no me acuerdo exactamente... el decir que no lo probaría nunca, nunca me lo he dicho, eso no lo haré, esta cosa no lo haré ... no soy así, lo pruebo, si me gusta bien, y si no me gusta no tomo nunca más... no estoy cerrado con nada con ese sentido... creo que para opinar hay que probar". JAUME

Las experiencias de iniciación de los distintos informantes ilustran bien, a mi entender, la importancia del contexto grupal y ritual descrito en el punto anterior. Los relatos describen situaciones de consumo normalizado, la mayoría de las veces entre personas de confianza, relaciones íntimas y círculos de amistad, rompiendo así el estereotipo de que son las malas compañías las que incitan al consumo de sustancias ilegales. Se evidencia también la complejidad del proceso de aprendizaje social del consumo (Becker, 2009) que implica conocer las técnicas de consumo, discernir sus efectos y aprender a disfrutarlos. Pasar de ser un iniciado a un consumidor experimentado requiere

de la adquisición de un gran abanico de conocimientos relacionados con el hecho de afrontar y superar con éxito una serie de controles sociales, formales e informales ya descritos en capítulos anteriores así como construir un nuevo campo de conocimiento reelaborado entre la información oficial recibida por los medios de comunicación, núcleo familiar o dispositivos formales de educación y socialización. Con la experiencia aprendida del propio consumo y la del grupo o grupos vinculados al consumo, los sujetos elaboran un nuevo campo de conocimiento alternativo, seguramente más ajustado a la realidad que el aprendido anteriormente al consumo, pero que, ya hemos visto que es considerado desviado o inexistente para el modelo de abordaje al que llamamos de la adicción o la enfermedad construido desde el Modelo Médico Hegemónico y el modelo de jurídico represivo que las actuales leyes prohibicionistas defienden.

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

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

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

“Muchas cosas buenas, a nivel de experiencias... de experiencia subjetiva, de cómo te sientes en ese momento, de lucidez mental, de hostia... de sensaciones en el cuerpo... de repente abrir a un nuevo mundo, y decir, o sea, ¿qué me está pasando?, pero ¿qué me hace esto?... pero qué realidad tan diferente... y mi mente, cómo piensa ahora... y cómo lo ves todo, o sea, yo lo he usado para muy bien en muchos momentos, he estudiado con cocaína, he hecho un montón de cosas de cocaína, muy buenas, luego a nivel de diversión, evidentemente, de pasar una noche, ja ja y estar toda la noche y no sé qué y beber y tal, diversión con los amigos, del hecho de compartirlo con más

gente, la experiencia, o sea, muy bueno, me lo he pasado muy bien y he sacado mucho partido, sí que es verdad que esta droga es atrapante ¿no? que la tengo en cuenta, pero como también he reducido bastante mi consumo desde entonces hasta ahora, hoy en día puedo quedarme todavía con la balanza inclinada para lo bueno". MELI

"Euforia, de tranquilidad, como una paz, de decir ¡uff! Qué bien que estoy en el momento, el ahora. Yo que sé, no necesitas otras cosas porque en ese momento tú estás bien y no necesitas ninguna otra cosa que te dé o que te haga sentir bien, euforia, desinhibición, una paz, serena pero alterada a la vez y bueno, como con ganas de más... no sé... de diversión, que todo te hace más gracia, de bienestar, pero eufórico, bien. Y bueno, colocón, que el colocón es un estado muy bonito...". MIRIAM

"Por ejemplo a mí me sirve para aguantar en una fiesta que yo tengo ganas de aguantar pero que yo físicamente por una serie de historias que tengo no siempre aguanto, pero sí que quiero participar de aquello y sí quiero estar allí, y en un momento dado sí que haces esto... yo busco que utilice yo la droga en cierto modo... y en cambio hay personas creo que son las drogas que son las que las utilizan a ellas, las tienen completamente comidas, porque para ellas ha representado quizás algún tipo de emoción o momentos, sentimiento o un modo de relacionarse con las personas que quizás por ellas mismas no lo tienen y les da este punto, y después ya no saben pasar ... a veces me ha dado esa sensación con algún amigo o amiga mía, que ves que está en ese punto a veces también por soledad, también tengo amigos que no tienen nada más que ellos mismos su trabajo y el salir cada fin de semana y en el fondo se ven solos, y no los veo felices tampoco haciendo lo que hacen, tampoco, no se, es como un bicho que se muerde la cola ...". LAIA

"Disfrutaba del hecho mecánico de hacérmelo, de poner la sustancia, de hacer la raya de hacer el billete, era como todo un ritual, con la música al lado el hecho de esnifar era como un ritual era como el que va a ducharse ... era como uno no se ... el hacerlo ¿no? Voy a hacer una rayita, aquí nadie me molestará, de guays, tranquilos, era el momento, que nadie lo sabía en casa y para evadirse un poco de todos los problemas a otros niveles... Era un momento que olvidaba un poco todo...". TITO

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

y desarrollar prácticas de gestión de uso responsable. Al mismo tiempo el efecto inhibitor de la cocaína sobre el alcohol es uno de los efectos más buscados.

“Cuando consumes alcohol, quieres cocaína, y hoy en día también me pasa, si me tomo una birra se me pone el morro fino y ya relaciono el alcohol con las drogas. Aunque yo he consumido sin tomar alcohol, yo cuando trabajaba consumía cocaína sin tomar alcohol, todos los días, pero lo que pasa es que dices, hoy no voy a consumir y te tomas una cerveza y ya se te pone el morro fino y ya”. ROSA

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

“Algo es que no he podido hacer nunca es tomar coca sino hay alcohol, sino hay alcohol no me la tomaba”. MIRIAM

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

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

“Más que nada la relacionabas con eso, con algo que te aguanta, lo que se sabía que era algo que te aguanta y que se podían hacer las doce del mediodía y podías beber a saco, pero realmente lo que te tumbaba era el alcohol porque si te bebes catorce cubatas lo que te tumbaba era el alcohol y ya te podías meter lo que quisieras”. JOAN

“No me acuerdo de la primera raya, supongo que estaba con amigos míos, ya sabía más o menos lo que me llevaba, ya sabía, más que nada se podía beber muchas más cervezas y tenías mucha más seguridad y mucha más historia”. MIQUEL

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

“Básicamente todo esto es un teléfono, no vas a bares ni nada, tienes el teléfono de una persona, de un camello, que más o menos confías en él, tienes dos o tres puntos puedes tener, y llamas, y vas a una casa o viene él, pero siempre es un teléfono básicamente. Llamas y tal te pones en contacto, compras y aquí de hecho yo estaba comprando a un magrebí en otra ciudad es otro chico magrebí, los moritos, alguna vez también iba a algún bar, que es una chica que es colombiana, pero también es colombiana, es una relación muy personal, muy de tú a tú, no es que sean amigos, pero llegas a perder de vista que es tu camello. El chico este de Reus, eran consumos esto tan bestias, que te dejas muchísimo dinero, entonces era un nivel de confianza absoluta, me iba a su casa me hacía las rayas, podía ir a los dos de la mañana, cuando me daba la gana, mucha confianza, claro”. ANTONIO

“Como encontrar cocaína es muy fácil, porque uno ya tiene su red montada, tus amigos, tus puntos de venta. Los grupos de *whatsapp* son un verdadero instrumento de movilización, cuando quedamos con los amigos para salir, cenar o ir de fiesta, sólo hace falta que uno de nosotros ponga un emoticono con un pollo, o algo así, no hace falta que sea nada explícito. Ahí se organiza la cosa, uno dice, yo quiero, medio, el otro 1, y así...o ¿alguien quiere pollos? hoy voy a ir a la pollería... entonces se organiza el tema económico, intentamos que cuando uno va a ir a pillar para todos acompañar al que va a ir, y después cuando ya está todo comprado, pones en el *whatsapp*, “**el pájaro está en el nido**” y ya, quedamos repartimos y ¡venga ¡fiesta!”. SERGI

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

“Hay en todos los sitios, está lo de siempre, está el San José Obrero que es dónde va todo el mundo, pero hay en todos los sitios, en todos los sitios estoy por decirte que sin exagerar, en todos los bares hay alguien que mueve... o sea no te lo imaginarias. Tú tienes tus amistades, esto es un círculo, y tú sabes quién consume, quien no consume quien tiene muchos contactos o no, si tú un día quieres coger, si tú por lo que sea al que le llamas siempre no tiene o algo, llamas y dices: oye tío dame el teléfono... ¿dónde hay de esto? Y este te mueve para llevarse algo él, o te manda a él, mueve para decirte vete para allí que ahora va... estamos hablando de que no eres un chaval de 18 años que sales del huevo y no sabes dónde ir para coger algo, eso sí que pasa, pero luego tú ya sabes todo. Y luego si vas...yo nunca me he querido mezclar mucho con esa gente yo siempre he ido con mis amigos de siempre, yo quedar con gente que no conozco y eso no, pero es que está en todos lados...”. RICARDO

Resultado del contacto con los tres distribuidores de cocaína a pequeña escala he podido describir cuál es su *modus operandi*, cuáles son sus métodos, beneficios y la percepción de la actividad que realizan. Para (Preble y Casey, 1969 en Grund, Kaplan y DeVries, 2004) el éxito en la venta radica, en principio, en mantener en buen estado el negocio. Las demandas y reglas económicas a respetar son muy similares. La venta proporciona una actividad estructurada con relación a los clientes y proveedores. Esta actividad engendra exigentes relaciones, compromisos, obligaciones, responsabilidades y expectativas. Así, para mantener el éxito en las actividades de venta, el/la vendedor/a debe regular su propio consumo de forma que éste no interfiera con “el cuidado del negocio”.

“Porque yo vivo solo y podría hacer lo que quisiera no tengo que dar explicaciones a nadie, pero no hace falta eso, tú mismo ya ves, a mí siempre me lo han dicho, ni con la bebida ni nada, no me has visto tirado por el suelo, bueno una vez quizás, pero no me paso, no necesito esto ... y ahora pues voy haciendo, poco a poco, eso me ayuda, porque si tengo un sueldo, he trabajado siempre, esto lo he tenido siempre de complemento, no es mi *modus vivendi*, si lo fuera estaría en la calle o en un bar o así, o estaría en el talego, es algo para los colegas, y si no lo vendo hoy lo venderé mañana y sino pasado mañana, y como no consumo, consumo muy poco, esta es la ventaja. Y a veces me pregunto, ¿haces daño a alguien vendiendo esto? Me he preguntado muchas veces. A este pobre desgraciado quizá le he hecho yo desgraciado, pero no, porque podría ir a otro sitio, a veces te preguntas eso...”. IVÁN

“Yo no cojo mucho, nunca, no me gusta tener mucho, yo cojo 20 o 25 gramos, no más. Lo voy a buscar un día a la semana o cada dos, cuando se termina, como no me cuesta mucho reponerlo, pues, cuando menos tenga mejor... siempre habrá un escalón que tendrá más, pero yo lo hago así... habrá quien tendrá 500... Es más peligroso tener más en casa... que transportarlo, si me pillan sería para un consumo compartido, tendría que salir la gente y decir que esto era para una fiesta... yo estoy informado. Son 5 gramos de cocaína que puedes llevar... yo estoy informado de ello, tengo un amigo abogado que me lo ha contado... 20 pastillas también... a mí me gusta saber estas cosas... pero si está gromeado, la has cagado, debe de estar todo en una bolsa. Al que le pilló yo pilla 100, 200 gramos... el otro ya no lo sé esto es una escala, siempre existe el que coge tanto porque le salga más barato y lo tiene allí guardado, pero esto es un riesgo... yo si se termina y si estoy un día o dos días que no tengo no me aprieta, también tengo costo... y con el costo hago igual ... y lo hago por la gente que conozco, yo ya conozco bastante gente y no quiero conocer más... es un círculo cerrado, sino me traerá problemas esto. Yo gano 10 euros por gramo, no es mucho... es bajo, no es tanto ... hombre yo cuando íbamos hace mucho tiempo ya pillaba en cantidades, iba a Cambrils y pillaba 25 o así... y aquella época era un desastre, porque me metía yo y tal...yo de jovencito tuve una enganchada algo *heavy*, salía a saco y el fin de semana que no vendía me lo metía yo... lo que frené y eso... y ahora es diferente, me metía mucha coca, igual un fin de semana me metía 4 o 5 gramos, invitando y así... y eso lo tienes que pagar... ahora es diferente si tú la llevas a ella”. DANI

“Yo normalmente hago 30 gramos a la semana, o en ocasiones 30 cada diez días, depende de la época, había una época que hacía 50 a la semana, que ya es bastante y entonces había que mover más y tal, tenías más dinero y tal... la gente dedicaba más dinero a esto... compro a la semana y lo voy a buscar, yo me manejo... vas cambiando pero a mí los contactos me duran bastante. A veces la gente también se cansa de una sustancia, el cuerpo también lo asimila si siempre vas al mismo, tienes que ir cambiando de vez en cuando. Yo procuro una calidad que esté bien, que veo que está bien y sigo hasta que veo otra cosa. A veces te dicen ha llegado un kilo y tal...y como que esta gente nos conocemos todos, pues llamas a este y tal...siempre hay una relación, y te dicen que ahora estaré una temporada sin vender y tal... porque yo no me relaciono con..., procuro no relacionarme con colombianos ni cosas así porque no quiero mierdas, quizá pago algo más pero siempre sé de dónde viene y tal, es mi modo de trabajar ...A veces me dicen mira que es más barato y tal ... y les digo, no, paso, no quiero problemas...Tú puedes comprar, puede estar depende de la cantidad, 32 o 36 euros el gramo, y tú lo vendes a 50 o 60, tampoco hay mucho margen ... si lo compras a 35 y lo vendes a 50, una media así, a veces lo vendes a 60, a veces a 50”. IVÁN

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

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



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

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

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

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

“Comenzó poco a poco y poco a poco se extendió. No fue lo... entonces éramos muy poca gente y se lo metía muy poca gente, muy escondido también, entre tu círculo sí, pero muy escondido también. Y algo que no decías, venga hoy que vamos de fiesta, compramos un gramillo y tal, pero era Navidad, Fiesta Mayor, no era lo cotidiano... Empezamos ya más habitual, porque era algo que te pasabas las noches... pero después hubo un concepto también que, a mí no me ha pasado nunca, pero había mucha gente también que se volvió que si no había esto no salía, y eso era un problema, y había gente que si no encontrabas, porque antes tenías que ir a buscarla, no es cómo ahora que la puedes encontrar fácil. Hacía falta ir un día antes y tal, quedar... y había gente que si no encontraba no salía, era algo que no me gustó nada. Después ya comenzó cada semana, esperábamos los sábados, a ver quién llama, quien va... Normalmente estaba fuera de Reus, o ibas a Salou, era un centro de los que había, un par de baretos allí que se encontraba más fácil que...”. IVÁN

“Fue progresivo, a ver, no era una consumidora de cada día, ¿eh? Progresivamente sin darte cuenta, pues viene un colega y dice, venga va un rayita, pues venga va, una rayita y luego cuando conocí a mi pareja actual, pasó a ser un consumo... hubo una época que era un consumo casi a diario, poquito, pequeñas cantidades, pero casi a diario. Yo no compraba nunca. No consumía conscientemente, con consciencia de que estoy consumiendo esto... era más, venga una rayita, pues venga va una rayita...Entonces luego en la discoteca dónde trabajaba y el finde, con la otra pareja que él tomaba *speed*, pues yo compraba farlopa, allí sí”. ANNA

“Con la ruptura de esta pareja, si empiezo el consumo algo más fuerte... las amistades son las mismas que habían, las amistades son las mismas, lo que es el grupo de gente que nos movemos siempre son los mismos... Aquí sí que comienza un poco el consumo más sistemático”. JAUME

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

“A los 22 o así ya compraba. Medio compartido, porque entonces a lo mejor te tomabas con una noche de juerga tres rayitas o así...y bueno claro, como no tenías ese margen de habituación, pues ya era suficiente y es una cosa muy lúdica y era hacer todo el ritual, vamos a hacer esto y tal...no era tan lo necesito, vamos a hacerlo rápido, era

todo el ritual de habituación de hacerlo. Y después bueno con los años el consumo va aumentando bastante, bastante, bastante, de hecho era la que lo solía tomar normalmente, tanto para fiestas, también alguna vez en algo más relajado también tomábamos. Inclusive el típico día que te sobra algo para casa y te lo acabas un día normal y corriente, una tarde normal de jornada laboral normal, pruebas en casa, pum te metes una música y te lo acabas, sí". MIRIAM

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

Continuaré ejemplificando algunos de esos mecanismos informales de regulación inherentes en los rituales de drogas considerando en el consumo de cocaína la importancia de la interacción de las variables farmacológicas, psicológicas y sociales en el control de los efectos. Los principales aspectos manejados por los usuarios son el entorno y las situaciones de uso, con quién consumen y controlar el consumo solitario, el número máximo de veces que se debe consumir cocaína en un período de tiempo determinado, la frecuencia de uso, gozar del estado de ánimo apropiado cuando se usa, mezclas, la vía de administración, la dosis adecuada, la forma de gestionar el gasto máximo de dinero invertido en cocaína, o evitar problemas con la policía.

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

El uso de cualquier droga involucra los valores y normas de conducta, que Zinberg (en Decorte, 2001) denomina rituales sociales, conformados por las sanciones sociales y los patrones de la conducta. Las sanciones sociales

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

"Levantarse cada día y hacerlo para ir a trabajar, para estar bien, como si fuera un Gelocatil, varia gente que conozco lo hace... y lo aceptan como algo normal. Pero no lo es, y para mí eso es... no es un toque de atención, sino que es un jey! Que quizás sí que deberías pedir ayuda o quizás sí que deberías hacer algo, porque eso yo creo que no puede ser... ". MIRIAM

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

"Lo que sí que me gusta es tenerla, ¿vale?... pero eso no quiere decir que cada día tome... quizás pongamos, pues mira yo en una semana medio gramo y todavía me sobra un poquito..., es un consumo de un día se hace y punto y hasta que no se vuelve a comprar, pasa una semana o pasan quince días, y ahora es el decir, compro y no hay que consumir más... no es lo ... no que te hagas un festival y tal y... pero el consumo no es lo de decir, lo que tengo lo tengo que quemar, no... si sobra y tengo para otro día pues que sobre... como el que tiene una caja de hierba en casa y va haciendo ... no es aquello de decir...hay gente que supongo que dice, que no la puedo tener encima porque si la tengo encima me la termino, en mi caso no es así , al menos yo las drogas al menos... yo los porros hace mucho tiempo que no fumo nada, porque no me sentaban bien, y porque era lo que si tenía me lo fumaba y la hierba me tiraba más de lo que yo necesitaba, en el momento que una droga me estira más, pues la dejo... Entonces, con la coca de momento es la droga que me tomo más habitualmente pero es eso, la tienes pero no voy detrás de ella, está allí y de repente dices, pues ahora me

meto una y no sé... el día que la voy a comprar y dices, necesito un empuje para tirar o muchos días no hay y no pasa nada". JAUME

"Yo siempre me he arrepentido, nunca me ha gustado, por eso yo creo que nunca he llegado a más, por mí, por mis padres, por mi familia, porque no son, no sé, que esto ha estado mal desde el primer día, siempre lo he visto fatal, no soy como esta gente, yo no bebo, ahora fumo algo, bebo los fines de semana, pero me encanta el gimnasio, me encanta correr, hace 10 años que me compré el piso...trabajo, soy una persona normal, lo que pasa es que aquí me he visto débil, me he visto débil y por eso he tenido que dar el paso, de decir no estoy haciendo las cosas bien, y tengo que decirlo, son muchos años y los llevas de la mano y estas muy acostumbrado y ahora bajando y bajando que es lo que estoy haciendo ahora y supongo que al final... estoy en ello. Cuando tenía pareja, casi ni salía y en esa época yo entre semana y eso no hacía nada y si salía una vez cada quince días, salía con mis amigos y lo hacía, pero el sábado siguiente no salía y entonces no lo hacía, iba a mi trabajo y tenía una vida normal. Sí que si salía con mis amigos lo hacía, cada dos semanas cada tres, o si se terciaba y eran dos semanas seguidas...no sé". RICARDO

"Siempre era los fines de semana, no te digo que algún jueves avanzara un poco la historia, pero no, eso lo hice mucho más tarde, yo he ido un poco al revés del mundo, lo he ido probando un poco más tarde, todo ... pero en esa época sí, de fin de semana, pero entre semana era impensable en cierto modo, también porque tenía un trabajo bastante... que aunque sólo fuera de oficina de lunes a viernes era bastante intenso y también bastante estresante, entonces ... tenía muy marcado las dos cosas ...". LAIA

"Yo cuando me he ido a hacer una raya he ido a hacer una raya y me he vuelto, ahora irme a un lugar hacer una raya, hacer otra raya, hacer un cigarro, y otra y pasarte una hora y media sólo esnifando...dices, hombre ¡joder! que la fiesta está allí fuera... si vas así te quedas en tu casa un miércoles y te cierras y lo haces, eso ya es exagerado... alguien del grupo también ves que cada fin de semana, que cada viernes y dices hombre tío joder, chico piensa que tienes una hipoteca, ¿no? Que tienes un alquiler tío, que estás cobrando 2000 euros ya fin de mes llegas sin un puto duro". JOAN

"Muy parecido siempre, no ha sido algo de... ha sido siempre si hay pues hay y si no, no... y siempre tomármelo como algo social, no tomártelo solo, siempre con alguien o tomando una cerveza con uno, en una buena cena, una buena comida, algo bastante social, no es algo, de momento, quizá dentro de diez años o dentro de 5 años no sé cómo irá, tal vez me lo tomo solo...". MIQUEL

"Sola me acuerdo una vez que luego me sentí fatal, que venía de hacer el vermut, que había estado con mis amigas y a lo mejor nos habíamos tomado alguna raya, creo que un viernes y cuando llegué a casa me hice un chino. También fumaba muchísimos

antes de chinos, no se supongo que me resultaba menos violento sola, hacerme un chino que hacerme una raya, porque estaba el niño por ahí, no sé. No me hacía mucho efecto pero supongo que como ya estaba...esta fue la única vez que he consumido sola que yo recuerde. En el bar también, pero ahí entiendo que no estás sola porque estás en un ambiente festivo, pero así en casa así sola, no. El hecho de estar trabajando en una discoteca fue determinante, total, si no hubiera trabajado ahí no hubiera consumido lo que he consumido. Si a lo mejor habría consumido el finde un día así puntual, pero no, es que ya se hizo como un hábito de estar allí, o sea ya necesitaba eso para estar allí". ANNA

"A mí las drogas me han hecho divertir, pero yo creo que ya soy divertida de tipo y que no tengo problemas de comunicación, no tengo problemas... que tengo un entorno de amor muy guay, tengo seguridad con mis relaciones, con mis afectos, esto es importante también cuando juegas con las drogas. Puedes ser más vulnerable o menos en este sentido...". LAIA

El cumplimiento de estas reglas informales sirven como mecanismos de protección, y muchas veces se aplican de manera inconsciente (Decorte, 2001). Mantienen a los consumidores para no pasarse de la raya o para aflojar cuando se están pasando. Su finalidad evitar desintonizar con el ritmo y la calidad de la de la vida cotidiana (trabajo, familia, estudios, identidad...).

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

Eso no quiere decir que el consumo de cocaína, aunque sea controlado, no pueda causar problemas, si los hay pueden ser menores, y siempre cabe la posibilidad de desarrollarlos a largo plazo (Díaz, 1998). Por ejemplo, en un estudio sobre la cocaína, hecho por Cohen (1989), la mayoría de los sujetos relataba experiencias de *craving* y otros efectos negativos, debidos a la cocaína (Grund, Kaplan y DeVries 2004).

"Después tienes un desgaste, te cuesta todo más, te cuesta más levantarte y todo, un cansancio físico muy grande y eso se nota... Si te metes mucho puedes tener vida normal, puedes estar bien pero no puedes parar de tomar para estar bien y eso se nota. Hay que saber parar, si consumes y querías hacer cualquier cosa, pues a lo mejor lo dejas de hacer por haber consumido, es difícil". MIRIAM

"Yo la puedo tener... es que no sé cómo fue... fue porque bueno yo con las drogas me ha pasado dos veces, una con los tripis también me pasó que me quedé medio pájaro, y mi hermana me lo dijo, pero el domingo por la tarde "volví"... porque nosotros de tripadas hemos hecho de serias, no nos han pasado más cosas porque...yo me metía un tripi y medio... que es una burrada, según la pureza que tiene y micropuntos de aquellos enteros...a mí me gustan mucho las drogas, si te pasa algo le coges miedo... yo las tolero mucho y la coca lo mismo, que me metía tanto que me di cuenta, cuando hice la mili... que estaba en Zaragoza, y me di cuenta que no iba a ningún sitio y estuve tiempo sin salir... en la mili aún me metía fiestas, esto fue después de la mili, pero antes de la mili ya me metía fiestas. Yo la mili la hice con 19 años, la hice tarde...pero de los 18 a los 21 años me metí mucha coca...y con la coca me pasó algo que me metía tanta que tuve una temporada que no veas... descansé, dije basta, que el cuerpo ya me lo decía, y con los tripis también, me asusté y cogí un respeto muy serio, y he visto cosas que han pasado que no puedes abusar... el ácido es chungo... si tú no lo ves que no es algo para cada fin de semana, al igual que el éxtasis, una vez al mes vale, pero si te lo tomas cada fin de semana los efectos no son iguales, éxtasis y farlopa es lo mismo, los medicamentos es el mismo, el alcohol... un medicamento también... te lo tienen que cambiar si te lo has tomado demasiado". DANI

"Dolores de cabeza, problemas de sinusitis, mucosidad, esto como que siempre va ligado al alcohol, el dolor de cabeza va a más, los dolores de garganta, anginas, todo ello... más enlentecimiento, pierdes concentración, pereza también... más pereza a la hora de hacer cosas intelectuales, un planchazo... todo lo que es intelectual me hace tanta pereza que no comienzo a funcionar, me da pereza... y sobretodo los efectos sobre todo cuando no estas consumiendo, el día siguiente y tal, enlentecimiento mental, falta de memoria quizás, yo creo que te hace pereza pensar ¿sabes? Altibajos de humor, mucho gasto de dopamina y luego el bajón... y por ejemplo yo cuando dejé de consumir, lo que me afirmó mucho en que estaba mejor sin tomar era porque decías, soy capaz de reír y de divertirme con cosas, y de emocionarme y ser feliz con cosas que no tienen nada que ver. Por ejemplo salir un día con los amigos y reír que te cagas sin haber tomado alcohol ni nada, y soy capaz de reír con unas carcajadas increíbles, que antes no... O sea, cuando consumía reías, euforia, no sé qué no sé cuántos, pero sino consumo era un bajón. Y eso me reafirmó a decir hostia, hay otras cosas en el mundo que no sólo es eso, igualmente yo sé que es muy placentera y ya te

digo, que cuando estos sean más grandes dentro de dos o tres años, espero saber hacerlo de manera ocasional, espero". MIRIAM

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

"Cuando era más joven consumía más, hubo una época que vas evolucionando y te metes cada día, porque trabajando en un pub, sino invita uno, te invita otro y ha habido épocas que he consumido cada día. Y épocas que estabas de fiesta y si necesitabas medio, ahora con medio no tenías bastante, pero tampoco he sido de esos de tres, cuatro, cinco, gramos...uno o dos como mucho y repartido, no solo, yo no he sido nunca de consumir yo solo, ni eso ni las pastillas... en aquella época había quién se comía 10, yo me tomaba media a las doce y media a las 3...sino... siempre puede haber un día que te pasas, hace tiempo que ya poco a poco...es que con la edad te vuelves mucho... y cada día tampoco... hasta los treinta y pico y eso. Ya tienes diez años de locura y así y después ya te sientas un poco y... la madurez te va poniendo a su sitio, como con todas las cosas. Ahora tomo de vez en cuando, mucho menos cada día, y me podría meter cada día, pero hay gente que eso no lo puede hacer, hay gente que no lo puede hacer esto, que no sirve para eso, hay gente que antes de llegar a casa, sea por la mujer o por lo que sea lo debe terminar... sea como sea y a mí eso no me ha pasado nunca". IVÁN

"Lo primero que piensas es que crees que lo puedes hacer tú solo, ¿no? Sobre todo porque me sentí un poco asustada en un momento dado, no me he dado cuenta, estoy aquí, y de hecho fue pensar, ¿qué me está pasando?, ¿estoy aquí? Y fue que como con la persona que estaba acostumbrada a consumir y a negociar que teníamos que hacer o dejábamos de hacer, me dijera que ¿no lo ves? Y si te lo dice él... y al final tú ves que todo el día, bueno todo el día, no pero llegado a un determinado momento, que salimos o hacemos unas cervezas, o cualquier situación. Y no sé... me encontré un poco jodida, no me encontraba bien... me encontré jodida, porque estaba todo el tiempo pensando en consumir más...". LAIA

"A partir de los 35 creo que ya no, bueno dejas de salir más, y bueno entonces también ya no sales ya no te bebes el cubata, ¿sabes? O te tomas 2, o sales y haces 4, o si te bebes 6 o 7 cervezas mirando el fútbol pero no sales tanto de noche, las discotecas no te atraen, quizá haces una comida con el grupo y dices venga los postres y haces un poco el burro, y sí que apetece más que ir a dar vueltas, ya has rulado suficiente ya has visto muchas cosas y ya dices, joder no iré allí y pagaré 30 euros de entrada porque ya



se lo que hay dentro por lo tanto paso ... entonces es un consumo más moderado también a ver, también es mucho dinero y entonces te lo piensas, claro". JOAN

Entre los mismos consumidores se penaliza al que se salta las reglas o consume de manera problemática, según las normas informales establecidas. Los consumidores problemáticos, según (Martínez-Oró, 2014), son estigmatizados porque sus consumos son incompatibles con la normalidad. Éstos son los consumos instrumentales desvinculados de los contextos de fiesta porque se ubican en la tenue frontera entre los consumos normalizados y problemáticos.

"Siempre me he preguntado por qué hay personas así y de otra manera, y no lo sé, yo siempre lo he dicho, yo veo la evolución de la gente, a mí me viene una persona y con el tiempo, primero te pilla medio a la semana, después uno a la semana, después medio cada día, y ves la evolución ... y yo siempre les he dicho, escucha, no, porque acabarás mal, acabarás sin dinero, perderás el trabajo y lo perderás todo, y me dicen, no, no, lo controlo ... y yo les digo, no hace falta que vengas más porque ya verás lo que te pasará. Si no me viene a ver a mí puede ir a ver a otro... y sabes cómo han acabado ¿no? Sin mujer, sin trabajo y sin nada." IVÁN

"Tengo una amiga que tiene ciertos problemas, con... porque no está bien de salud y no se cuida y llega un punto que ya...y que además se junta con una gente por la noche a veces, tal vez es verdad que todo el círculo que tenía de amistades, se va reduciendo en estos momentos, y ella en cambio continúa con su día a día... y de hecho no vive aquí ahora vive fuera, pero por lo que un poco está en el mismo lugar. Entonces no es un problema que se ha atascado en un lugar que no deja ni salir adelante ni atrás hasta que tal vez un día, de repente, la balanza se desequilibrará y hará pasar algún disgusto, pero se está jugando el trabajo por esto y está haciendo cosas que dices..., mira cuidado que pillarás, estás mal, vas al trabajo drogada, después de un día entero de fiesta, sin haber descansado... sin haber comido... Se lo decimos. ¿Las drogas? Fantásticas, tío, pero en el momento en que te afectan en todo tu día a día y en el que tú tienes, sí, ¿qué estás haciendo? Si esto ya no está guay, ya no te lo pasas bien." LAIA

"Generalmente con quién me he movido no he tenido problemas de consumo como el hijo de la señora que limpiaba en casa de mi padre, que se dieron cuenta que de repente un miércoles o martes a las 4 de la mañana tenía que salir a buscarlo. Entre semana, un 3 de marzo, ninguna fecha señalada, ¿no? Que éste evidentemente también terminó en un centro, pero en nuestro grupo o en nuestro ambiente esto no ha ocurrido, se gente que se ha puesto a traficar, que eso también ayuda, sí, hay uno que se puso pero es un caso raro porque tiene la cabeza muy amueblada, o sea lo hacía

por objetivos, o sea se quería comprar una moto se ponía a vender y cuando tenía el dinero, sin consumir, él pagaba y se compraba la moto...pero esto es un caso entre un millón, pero en el grupo en general, no ... sí que he tenido los contactos por un tema de precio, pero no por ... no hemos tenido la necesidad, quiero decir si un día no teníamos, no teníamos". JOAN

"Yo conozco gente que ha tenido problemas, de pasta sobre todo, de robar y de meter un pufo... gente con problemas de pasta por meterse fiestas y tener que acabar robando y gente que le ha ido detrás y le han partido la cara, éste tenía pasta y se mofaba de la gente, la gente de este mundo es mala... yo tengo un entorno mejor y siempre he tenido trabajo y he tenido unos conocimientos, que según quien si eres flojo, esto es así... aquél, su familia, su padre no lo conozco tanto pero ya era un fenómeno. No sé nada de él, porque éramos muy amigos y cuando pasó esto, dejé de hablar con él... y este era muy chungo... él siempre lo tenía esto y terminó mal, porque todo es la pasta y cuando te la hacen una detrás de otra... si das la mano y te la cogen hasta aquí... las cosas caen por su peso... hasta que no lo ves tú... todos la cagamos y nos equivocaremos, se aprende de vivir, y hay mucha gente que no tiene suerte". DANI

El control del uso de la cocaína se desarrolla mediante un proceso de aprendizaje lento de la experiencia, de forma similar a los procesos de aprendizaje para cualquier otra actividad humana. Es un proceso de "ensayo y error" y durante las diferentes etapas y fases los usuarios aprenden de sus propias experiencias y se vuelven capaces de producir cambios en sus comportamientos (Grund, Ronconi y Zuffa, 2013). Desde mi punto de vista, Duff presenta una de las aproximaciones más interesantes para una renovada conceptualización del uso de drogas, referenciando el pensamiento de Foucault (1985) sobre la ética, la moderación y el placer, el cual da lugar a la crítica de las políticas de drogas, "que han privilegiado el "problema de los daños" mientras que eluden la consideración del placer" (2004:386). El concepto de "*practices of the self*" como las "acciones intencionales y voluntarias por las que las personas no sólo se erigen en las reglas de conducta, sino que también buscan transformarse a sí mismas, cambiarse a sí mismos como un ser singular" (Foucault, 1985: 10-11 en Duff 2004:389) aplicado al derecho de tomar drogas en búsqueda del placer (en sentido amplio) debería tomarse en seria consideración para reivindicar un cambio de políticas más respetuosas con las libertades individuales y garantes de la salud colectiva.

Pensar que las personas que utilizan drogas no son capaces de gestionar su relación con las sustancias, forma parte de un discurso conservador ya obsoleto, el origen del cual ya hemos tratado en esta investigación. Las políticas de drogas, tanto de prevención del mal uso como de reducción de daños y riesgos deben basarse en el conocimiento basado en la experiencia de los mismos consumidores para acomodar los objetivos de éstas a la realidad.

La investigación cuantitativa y cualitativa sobre los patrones de uso en entornos "naturales" no institucionalizados, ha demostrado que la mayoría de personas que utilizan cocaína no están en contacto con el sistema de servicios de tratamiento, a pesar de que utilizan regularmente la cocaína y otras drogas (Treloar y Holt, 2006) y que algunos de ellos puedan tener problemas con esos consumos. Están "... aquellos más normalizados, para los cuales la asistencia a estos servicios implicará la mayoría de las veces un "descubrirse" ante la sociedad, pasando a formar parte de la categoría estigmatizada de "drogadictos" con todos los problemas que conlleva desde el punto de vista familiar, laboral, etcétera, cuando, en realidad, si algún sentido tienen estos servicios, es (o debería ser) precisamente el de ayudar a resolver problemas en estos campos citados y en otros" (Romaní 2004:178), situación paradójica y excluyente que deberían explicitar y contemplar aspectos como puede ser la accesibilidad a ellos o el estigma que ejercen sobre sus usuarios.

Pero al mismo tiempo, la mayoría de estudios se ocupan de lo que en general es una minoría de usuarios de drogas, los que han desarrollado serios problemas en su relación con las sustancias en algún momento de su vida. Este sector de la población, debido a sus características individuales pero también al fracaso e irresponsabilidad de las políticas prohibicionistas y a una estructura social intrínsecamente desigualitaria -en relación al acceso a la salud, la educación y los recursos-, ha quedado en situaciones de marginalidad, enfermedad, estigmatización y exclusión social, circunstancias que también están relacionadas con el desarrollo de mecanismos de control social.

Ubicarse o permanecer en este tipo de escenario facilita y aumenta el nivel de posibilidad de acceso a formas de consumo más riesgosas y marginales como fumar heroína o cocaína base (*crack*) o a la inyección de ambas, así como de benzodiazepinas y alcohol principalmente (Southwell, 2005). Debemos tener en cuenta que los procesos de exclusión social en la sociedad actual no responden a los modelos clásicos de marginalización de la época postindustrial, sino que se manifiestan de manera compleja, heterogénea, dinámica y estructural, que incluye también un factor individual fuertemente influenciado por niveles educacionales formativos inexistentes o insuficientes (Hernández, 2010; García Roca, 2012 en Llord, 2013). La crisis económica experimentada en España desde 2008 ha visibilizado estos procesos de exclusión que ya no forman parte de minorías de extrarradio sino que se han instalado en el seno de la sociedad.

### **5.15. La in-corporación del discurso de la adicción como enfermedad.**

Hemos podido constatar que, fuera de la gran mayoría de consumidores que consiguen regular su consumo mediante su interacción social, una pequeña parte de los mismos desarrollan graves problemas y pierden el control tanto sobre su consumo como sobre otros aspectos de sus vidas. El factor control/descontrol del consumo de drogas y las variables que diferencian entre consumidores que han gestionado positivamente su consumo y los que no, es una cuestión clave para entender el complejo fenómeno de la adicción como construcción cultural de las sociedades contemporáneas, como paradigma de la enfermedad y de cómo ha funcionado en la práctica el tremendista discurso de "LA DROGA" favoreciendo sin duda a la profecía del "auto cumplimiento". Romaní (2004:55) presenta una definición sobre drogodependencia o adicción inspirada en Cancrini (1982) que puede sernos muy útil para visualizar este tipo de comportamiento etiquetado como "desviado": "Consiste en un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización del

conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas”.

En este último apartado vamos a ilustrar tanto las prácticas como discursos que pertenecen a este grupo de consumidores, así como las condiciones de contexto en que esto ocurre. Paradójicamente, o consecuentemente, muchos de estos consumidores reproducen el discurso prohibicionista y el discurso de la adicción como enfermedad. Es la consecuencia de haber interiorizado o incorporado (*embodiment*) la cultura de “la droga” desde la perspectiva prohibicionista, reproduciendo patrones y prácticas ligadas a ella. Estos responden a una simbología determinada, la del “yonki”. Romaní (2004:131) señala las contradicciones entre determinados discursos y prácticas en las sociedades contemporáneas: “El discurso de “la droga” se ha utilizado para atribuir al “otro” la responsabilidad de todas las desgracias, racionalizando una cierta sobreestigmatización”. Pero lo más paradójico de todo es que el supuesto “otro”, el consumidor de drogas estigmatizado, muchas veces responsabiliza a la sustancia, “la droga” de todos sus males, cerrando así la sutil y maligna cuadratura del círculo del sistema drogas y sus complejos y calculadísimos mecanismos de control social.

Estos relatos son a mi parecer un buen contrapunto para reflexionar sobre la complejidad de este sistema (aún más cuando lo podemos contrarrestar con el tipo de discursos emanado de los consumidores normalizados) y la importancia del contexto y su influencia sobre lo meramente farmacológico y conductual. También se observan las consecuencias de cuándo los mecanismos y redes de protección y de control informal sobre la gestión del consumo se quiebran dejando a los individuos en situaciones de vulnerabilidad y marginalidad.

“Pasa el tiempo, la gente con la que iba poco a poco lo va dejando, yo no quiero, realmente me gusta cómo me sienta y quiero seguir tomando, también durante un tiempo probé las pastillas, fue durante poco tiempo, de éxtasis, poco tiempo, como mucho me llegué a tomar 2 o 3 en una noche... y poco a poco, empecé a conocer yo por mi cuenta gente que vendía y compraba yo...al principio era de vez cuando, poco a

poco se fue incrementando, cambié de amistades, deje de ir con la gente que conocía y me junté con un amigo que tomaba igual que yo, y allí empecé a tomar bastante, siempre con alguien, con este chico o con otras personas, pero ya poco a poco fue incrementándose, tomaba ya solo, sí, me hacía mucha cosa tomarla en público, a lo mejor podía tomarme una raya, pero si me compraba un gramo era para ir a mi casa y tomarla yo sólo...y allí es cuando la cosa empezó a tirar, cada vez más, al principio empezó el fin de semana, después un día si un día no, y al final legué a llamar dos veces en el mismo día, esto ya tenía 30 y pocos... (...) No me gustaba consumir en discotecas o en los bares, al principio sí, pero al final era como si me hiciera mi bola mental y prefería quedarme en casa... lo de los bares nunca me ha gustado mucho pero iba, pero al final ya no iba... (...) Cuando cambié de amistades e iba con ese chico ya me daba cuenta de qué me estaba pasando, sí, me daba cuenta...pero no soy capaz de decirlo, hay días que lo intento, estar un mes o dos sin tomar droga, porque me estoy dando cuenta que me estoy pasando de la raya, lo que pasa es que como me quedé sin amigos y eso, pues siempre que necesitaba recurría a él... el no vendía pero me presentó a quién vendía... él tuvo problemas y al final lo dejó y yo continúe ya en solitario... Yo por lo que he ido viendo es el resultado de tener problemas, y la forma de solucionarlos, a veces pensaba que como no me gustaba mi vida me metía medio gramo o un gramo y me iba de vacaciones de mi vida, para mí no es una enfermedad, sino una manera de afrontar los problemas, pero pasan los años, las ilusiones no se cumplen, nunca sales adelante, vas viendo el paso del tiempo y tú te quedas atrás, al principio dices, bueno, ya se verá, no pasa nada, de vez en cuando un poquito de coca y ya está bien". ÁLVARO

"La cocaína ahora es un problema porque tienes que saber cómo parar, ahora me acomodo, pago lo que tengo que pagar, eso sí, pero lo que me sobra me lo gasto en cocaína en lugar de hacerlo con algo más productivo y después me arrepiento, ¡qué tonto que eres! No pienso... cincuenta euros, me los pulo en un día y luego estoy chafado. Es diferente hacerlo con gente, que ríes y tal, ja, ja, pero hacerlo por consumo tú solo es diferente. Me quedo en casa me pongo a limpiar y tal, me rayo, y si no me voy con algún amigo porque si no me paranoio, busco alguien que esté como yo, sino me rayo y lo paso muy mal. En casa solo todavía, pero por la calle y eso me paranoio con la gente, me paranoia todo, tengo que ir con alguien, a un lugar donde alguien también se meta o quiera meterse conmigo...Yo me considero adicto soy, drogadicto no, soy un consumidor y me autocontrolo lo que puedo, sé que tengo que pasarlo mal, sé que tengo que aburrirme y que tengo que aprender...pero que ahora hago un consumo responsable, ahora, entre comillas, pero nada drástico ni nada, voy haciendo. Ahora en un mes puedo consumir 300 euros, no más... todo distribuido en el mes, un gramo a la semana más o menos y no son todos los días, no sé". PEP

“Se convirtió en una necesidad, la consumía porque sino, no era nadie, o sea quiero decirte yo no podía ir a mirar un presupuesto o hablar con la gente o tratar con los clientes sin haber tomado cocaína, me venía como abajo, sin tomar cocaína era muy poquita cosa, tomando coca me venía arriba tenía muchísima más facilidad de palabra, convencía a todo el mundo, bueno la fuerza la sacaba de allí y era lo que me mantenía firme en mi trabajo, sino tomaba coca no era nadie se me venía todo abajo, de hecho un día lo probé algún día y que va, al mediodía me iba a comprar, estaba una mañana y de decir, que va, imposible, y hacía trabajos muy gordos y serios bajo los consumos, cada media hora o tres cuartos apagaba y me metía rayas de medio gramo y a seguir, la verdad es que he jugado duro, era muy peligroso, he jugado duro, he tenido suerte sinceramente, mucha suerte porque llevaba tres o cuatro personas trabajando yo y he llevado hoteles, un montón de trabajo, facturaciones de 15000 euros al mes... Sin tomar coca, me sentía inferior, completamente inferior, o sea no me sentía que acaba de hacer nada, me sentía en inferioridad de condiciones con todo el mundo, como chiquito, muy pequeño, no era factible para mí, no podía caminar por el mundo así, acobardado, cobardía total, ante cualquier pequeñez me venía abajo, no podía no podía, imposible no consumir. Llevar lo que llevaba y no consumir no era compatible, tenía que consumir para llevar toda la historia que llevaba... el ritmo de vida que llevaba no lo podía mantener sino era consumiendo, me venía abajo delante de cualquier pequeñez, en fin”. ANTONIO

“Y bueno, a partir de ahí, yo familia... familia, pues tenía y no tenía. He sido de una manera que también me he apartado de la familia por cosas que han pasado. Entonces mi familia era en aquellos momentos mis amigos, nosotros a los 15 años montamos un grupo y cuando tenía 22 lo deshice, resulta que mi familia pues eran los compañeros de siempre, yo en aquel momento era *heavy*, lo soy porque todavía lo soy pero bueno, yo iba vestido de *heavy*, llevaba el pelo largo, todos los compañeros lo llevábamos largo, el fin de semana había un bar de *heavy* en Tarragona, allí es donde bebíamos, y donde fumaban los porros, que también lo cerraron, cuando yo tenía veinte años o así ... y a partir de allí pues yo caí... los compañeros, vino uno de la mili enganchado a la heroína, y a la coca y de todo y entonces comenzó él a vender, y sí, yo me aparté de ellos porque veía que iba a caer, yo buscaba una salida porque lo veía a venir pero no podía, no podía estar fuera de casa, y bueno en el pueblo pues él se puso a vender dentro de mi casa, porque él se juntó con mi hermana. Y por ejemplo un día faltaba la lavadora, mañana falta el vídeo, mañana falta no sé qué... ¿qué pasaba allí? Pues que empezaban a vender las cosas por drogas hasta que al final se puso a vender, yo me peleé con él, que fue cuando se deshizo el grupo, pero mi hermana se quedó preñada de una niña, él se quedó allí y yo continué con el consumo. (...) Y es que en esa empresa había todos los drogadictos del pueblo, era una empresa que cogía todos los drogadictos del pueblo, y me acuerdo un día que veía a dos o tres que fumaban porros, jijí, jaja, y yo pensaba ¡mira estos que contentos que están y que felices que están! Y

mira yo ni fumo ni bebo ni nada, y mira como estoy, amargado como yo que sé... hice un experimento durante tres días con el porro, pero porros no puedo fumar porque me da mucha paranoia, por ejemplo estaba trabajando y un miedo, un miedo dentro de mí, como si tuviera el encargado detrás, y eso que no me podía decir nada, porque iba a metros, tanto haces, tanto cobras, y entonces pensé, me iré al bar y beberé una poco de alcohol, haré el carajillo o la copita y esto me estimulará un poquito y me ayudará...pues, resulta que el que ha sido toxicómano, no sé cómo explicarme, tenemos muy disparado el punto de controlar, hay personas normales que pueden hacer un carajillo y una copa y suficiente, pero nosotros no, nosotros queremos y queremos hasta que vemos que... ¿sabes?, que perdemos el control, esto es lo que nos pasa, ¿por qué? Porque hemos probado la droga dura... esta es mi opinión y creo que no me equivoco. Entonces resulta que empecé a beber, tres o cuatro meses bebiendo y agarraba una borracheras muy fuertes, esto no era nada agradable ni para mí... porque el día siguiente me ponía malo, para la pareja también... y la pareja un día me dijo, valdría la pena que te drogaras en lugar de beber...porque bebiendo hacía reír, y era eso lo que mataba a ella y a mí... y bueno de repente cojo y corto lo del alcohol y me engancha otra vez. Porque yo, pues yo es que arrastraba problemas, con la pareja no me iban bien las cosas, como yo actuaba, la depresión, pues no lo acababas de dejar, que la cocaína es algo que consumes y hasta mañana, yo por lo menos, estoy depresivo, porque es algo que no quiero hacer, y lo primero que pienso es, ¿por qué? me pregunto a mí mismo, y ¿por qué? Si no quiero hacerlo, ¿por qué? Lo que puedo decir es que me enganché muy fuerte, a medida que me enganchaba las cosas iban peor en casa, no había sexo, no había nada. (...) Las cosas pues como te puedes imaginar no se podían arreglar de ninguna manera, un día yo y la ex no estábamos bien, y le dije, para vivir así mejor sería que nos separáramos, y así hicimos, y que hizo, se llevó todos los muebles, todos los electrodomésticos y me quedé en casa... y me quedé sólo... me dejó un sofá roto, un colchón, una sábana, una cuchara, un tenedor, un plato... pero la depresión que te viene encima es muy grande ... y me acuerdo que me quedé tirado allí, dormía en el suelo, en un rincón en la cocina, y un mal vivir, se me pasaba por la cabeza quitarme la vida, para continuar así... lo intenté, pero tengo una niña, se me metió en la cabeza y me detuvo, algo me dijo que podía salir, que había pasado muchas batallas y que lo podía superar. Entonces ingresé en un centro, y se me hacía todo, muy cuesta arriba, sabiendo que tienes que estar un año allí de repente, cuando yo he sido muy liberal y he hecho lo que he querido, ¡buff! estar allí ... y puedo dar las gracias que aquel centro era bastante libre no había muchos castigos y estas cosas... había tolerancia, a los cuatro meses, que estaba allí la ex comunicó al psicólogo que estaba con otra persona y que lo quería dejar conmigo ... yo no pude soportar esto y me fui al pueblo. Estuve en casa de un compañero, allí estuve un mes, en ese mes primero fumé unas caladas de base, pero después no sé qué pasó que me la pinchaba, y me acuerdo que tiraba la jeringuilla y decía no lo haré más, pero



el día siguiente la iba a buscar la limpiaba con agua caliente, y volvía a pincharme y lo volvía a hacer... Así estuve 15 días, diciendo no lo haré más y pam... yo llamé rápido de nuevo a los del centro, porque las cosas estaban muy mal, fui al centro y me tiré 8 meses más, así cumplí el año...". MARTÍ

"Si ya lo has probado todo... alguna vez tienes alguna recaída, la tiene todo el mundo, a mí que no me digan que no... dicen que son 7 años que necesitas para desintoxicarse totalmente... a mí fue la familia, que me dijo o lo tomas o lo dejas y si no a la calle. Estaba amargado, la vida no me gustaba, estaba obligado, y tenía que estar en casa, no tenía trabajo, y estaba amargado... y hacía locuras, hacía el vermú por la mañana, cerveza, porros, pero la tarde y la noche se me hacían eternas. Me ponía de birras y 3 o 5 pastillas, Valium y pastillas no sé, como decirte Trankimazines y eso mareado de alcohol es una bomba, y antidepresivos... me lo metía todo. A mí me excitaba mucho, no paraba de hacer cosas por casa, estaba muy nervioso, pero por la noche te dejaba cao. Claro, no podía pillar cocaína, pues me metía, alcohol pastillas y porros... lo que tenías más a mano... tuve un montón de crisis nerviosas y me ingresaron... al final se sabe todo... yo iba a la médica y le pedía pastillas y no había ningún problema, yo ya tenía una medicación prescrita... y un día la médica me lo comentó, mira hay estos recursos... la familia me lo explicó, y yo enfadado, pensando, estos no me quieren, ¡me quieren encerrar! Y yo entonces me metía aún más y más". CARLES

"La cocaína no se tendría que legalizar, la cocaína ¡no! El cannabis 100% sí, y lo defendería a muerte, pero la cocaína y la heroína ¡no! por favor, ¡no! Incluso el alcohol prohibirlo también... tendrían que ser mucho más severos con el tema del alcohol, porque se pierden muchas vidas en tráfico, hay muchas peleas por culpa del alcohol... se tendría que condenar mucho más que sí que te encuentran una simple pepela de heroína o de cocaína en el bolsillo". JOSÉ M<sup>a</sup>

"Se acabó esa relación y continuaba consumiendo, pero me entró una depresión muy grande estuve en tratamiento psiquiátrico en Salud Mental, me llevaba un psiquiatra que..., ahí toqué fondo, estaba muy jodida... toque fondo y bueno, me estuvieron tratando allí, me daban mucha medicación para dejar de consumir y lo conseguí, lo que pasa es que la medicación era muy fuerte porque era para dejar de consumir y para mi estado y... (empieza a llorar)... En ese momento pedí ayuda a mi madre, yo no podía estar así, me había jodido mucho, tuve un maltrato ahí y lo pasé muy mal, me daban mucha medicación, me querían ingresar y todo, pero mi madre dijo que no que la medicina me la darían en casa, estaba siempre, me bloqueaba, estaba todo el día durmiendo que se me caía la baba y todo y lo pasé muy mal. Entonces que pasaba que para que mi madre no estuviera triste, yo consumía cocaína para no depender de los medicamentos, entonces en casa me veían activa y eso. Entonces realmente yo creo que nunca he dejado la cocaína, sí que estado temporadas sin consumir, pero que temporadas un mes dos meses. No puedo decirlo, hoy día tampoco puedo decir que he

dejado la coca, porque igual me viene algo a la cabeza y mi forma de evadirme es metiéndome una raya de coca, que no es el consumo como yo lo llevaba...pero hoy por hoy tampoco puedo decir que lo he dejado. (...) No lo podía dejar, era adicta completamente, y soy consciente completamente que estoy enganchada a la coca completamente, que tengo una enfermedad, y jodida, porque y ahora me doy cuenta más que nada, porque el mono, no sé si es el mono o son nervios, porque esto no lo se yo distinguir exactamente, pero yo sé que estoy enganchada a la coca, tengo una adicción muy jodida son muchos años de consumo, y ahora cualquier cosa, te cambia el chip, ahora mismo estoy nerviosa y estoy pensando en una raya de coca". ROSA

"Cuando tú tienes un bajón en pareja o en familia ahí te vuelves débil, si ya la has probado y ya la has toqueteado, es difícil de parar, es una bajada difícil de parar, porque te agarras cuando tu estas en casa comiéndote la cabeza y no puedes dejar de pensar en eso, algo malo en este sentido... cuando es algo de pareja o de familia fuerte, tu padre o tu madre ahí es cuando te vienes abajo, te vuelves débil y eso es como si fuera un demonio, que te viene y *boom* te lleva por delante...". RICARDO

"Lo normal es llevar manga larga, yo cuando me pinchaba al principio... Ahora no, que tengo el callo aquí... ahora no estoy trabajando y ya lo tengo asumido... yo puedo llevar una camiseta larga de verano si tengo que ir algún lugar que hay gente, a alguien le puedes decir, mira es una quemadura, un rasguño, pero la gente que lo sabe...porque después se te hunde la vena y te queda esta marca... Se puede recuperar pero ya no se va, ni con cicatrizal... Pero no he tenido problemas con la gente... siempre con la chaqueta... Si voy a la piscina, pues voy con mi pareja pero si tuviera que ir con mi familia, simplemente ya no voy...". JORDI

"Dos bolsas de coca, sólo pillo coca, yo no pillo caballo... Yo si tengo ya por la mañana dinero, por la mañana mismo me lo pateo....y en un día, pillo las dos bolsas, por ejemplo, con los 25 euros estos, con el pensamiento que tengo ahora, después no sé, el pensamiento de ahora es coger, pillarme una dosis, irme pa casa porqué hace viento y todo, pillar 10 euros de chocolate y un paquete de tabaco....con los 5 que me sobren, entonces ya pasado mañana ya tengo el chocolate y ya está, porqué a veces no pienso, porqué si viene un papanatas y me dice, vamos a buscarnos la vida...siempre hay alguno... Yo no busco a nadie, pero la gente sí que te vienen....yo si voy solo, a mí no me hace falta nadie para buscarme la vida...pero hay gente que sí que vienen, venga va... y te convencen un poquito y dices, venga va....vamos. Buscarse la vida, entrar en un supermercado, pillar algunas botellas de güisqui, ya tienes para unas papelas, yo tengo bares que me lo compran, y aceite de oliva también, no veas si pesan, el otro día me pillé 4 botellas y se me cayó una, me cago su puta madre... y mi colega dos botellas de güisqui... Por ejemplo ayer... me junté con uno, nos llevemos unas colonias que valían pasta...me metí en un sitio...y en un sitio que pita...pero yo soy más cuco que ellas....pillo está caja, la primeras están vacías, y veo una botella de

70 euros...perfume y colonia, con su caja con su pito...salí pa fuera... subí parriba...la caja y yo pasé y no pitó...y cuando ya estaba a fuera, pum , salí andando... yo lo avisé, tú te vas a casa y nos vemos en el portal...si ves que viene alguien detrás me pegas un silbido.(...) y nos fuimos a un bar...y lo vendí por...55 euros. Si tuviera dinero, intentaría no tomar tanto, intentaría, igual sí, yo lo que quiero, mi meta, es dejar la mierda ya cuando acabe esto...a ver si me arreglan un centro, me voy a un centro y la familia contenta...yo paso de familia, yo soy solo, nadie me ayuda. Mi madre me ha abierto la puerta de la habitación, y me dice... ¿No comes? , ¿Qué quieres? Que no quiero comer, que coman tus hijas...tranquila que yo no te voy a hacer gasto...se me está marchando la cabeza...y si tomo pastillas...porqué yo pillo botes a 10 euros y yo los vendo por 20, 25 según...Porque la cocaína sí tiene mono...dice la gente que es de coco, pero yo digo que no, aquí debe haber algo...porqué sino yo no tomaría coca...debe haber el mono, a mí no me jodas...que quieres que te diga, estuviera sano, estuviera bien, vale, lo que tengo ya lo he pillado desde el 88, por ahí...los anticuerpos el rollo, que yo si pudiera dejarlo todo lo dejaría, menos los porros, menos la María". RAFA

"En principio siempre consumía en zonas cercanas de donde compras en un descampadito, en las vías, para no ir con el material encima porqué así no te pilla la policía...y a veces también lo he hecho en casa, cuando mi madre no estaba, a veces ha llegado y me ha pillado *in fraganti*...en casa de gente no...siempre he preferido hacerlo en algún descampado al aire libre, porqué siempre te vuelves más resabiado y no te fías mucho...y ya de ultimas siempre en casa, nunca por ahí, yo soy muy inconsciente, he ido a sitios, sola, y me ha dado igual y siempre con una navajita o algo para tener algo para defenderme, pero nunca me he visto en una situación de...digo bueno si pasara algo le daría algo a él para que se quede tranquilo y no me haga nada...sin embargo me han contado personas de esperar a gente que saben que vienen con dinero y material y esperarlos para quitárselo. Yo a veces he ido por ahí, solo con que eches un vistazo ya ves que es un sitio donde viene gente así, porqué lo ves, todo al lado de las vías, donde quieras tienes una...y ves gente pasando por ahí...incluso, a mí me ha pasado muy pocas veces, pero yo sé de gente de que paso gente de que no consumen y les tiran piedras, insultos...porqué pasa gente normal...". JOANA

"Pero he estado enganchado 14 años y dices siempre que no a la familia, que no, y no lo sabía, pues claro llega un momento que se pone en contra de tu parte y dices, ¡la sociedad no me acepta! No, eres tú que no te aceptas, no que no te acepta la sociedad, porque estas metido en un tema de sustancias, de drogas, esta es mi vida, mi pasado, ahora en mi vida actual no fumo nada, de vez en cuando, cuando tengo el mono, muy poca cosita, no es como antes que cogía seis u ocho bolsas, ahora pillo una y a veces ni me la fumo, la dejo ahí en casa, la veo delante y digo va, me la fumo

luego por la noche, que no soy ahora ya enganchado habitualmente a la droga; a la cocaína, a las pastillas y tal como mucha gente, ahora estoy de maravilla, me ha costado 7 años, pero bueno, ahí estamos luchando y aguantando. Yo con la base empecé con 16 años, yo al ver a mis padres que hacían otras cosas, que no se esnifaban, pues yo claro, me decían que también se fumaba con papel de plata la base con bicarbonato, con amoniaco, entonces yo empecé a probarlo a través de un amigo de mi padre, y me enganché más, que era mejor fumado que esnifado, porque mi padre se lo llevaba todo a la boca...y no puedes ir a trabajar....de esta manera fumado llevas el morado pero no vas con la cara de la pastilla que te has metido todo el corte y la mandíbula que se te movía, claro, pues eso para mí es una experiencia nueva, porque para mí claro, no es lo mismo ir a un bar e ir con la mandíbula toda puesta, todo empastillado, vas con la boca toda puesta, la movida es que te queda lo mejor, el corte lo eliminas y te quedas lo mejor. Para mí, mi vía de escape es irme a las casetas allí en los gitanos, y pillar la cocaína y pasar un rato bien, media hora, una hora y desconectar, pero luego tengo un problema. Pero ese problema lo tengo que solucionar con los médicos con los psicólogos y eso, porque no puede ser que tenga un problema y diga: hostia, vamos a tirarnos a la cocaína...has pasado una hora de guay pero después de una hora lo vuelvo a tener, que es lo que hay...Pero si me fumo un porro y me ha pegado ahí 5 horas que me ha pegado una bajada de tensión y me he dormido pues bien, pero la cocaína, te activa y luego piensas más, luego estás a gusto, piensas más pero vuelves a tener el mismo problema, y esto es lo que hay. Pues lo que tengo que intentar y recuperar a gente que he perdido y que hecho daño, y eso por la droga, por la cocaína y eso. (...)Yo he trabajado siempre de los 16 a los 34 menos los meses de la mili, 18 meses, me fui 9 y luego me enganché 9 meses más, pero bien. Una vida normal lo que pasa es que cuando me casé cambié un poco, cuando tuve la niña cambié más todavía y ya no consumía, pero luego me vino unos problemas de la empresa de mis tíos, embargos y tal y yo pues mira recaí, pensé pues mira si me van a embargar todo y eso, vamos a olvidarlo, no pagamos nada y me voy a pegar mis momentos de ida de olla...entonces perdí a mi hija y perdí a mi mujer. Por culpa de la cocaína y por culpa de juntarme con quien no me tenía que juntar. Esto es un trabajo, es una droga, y hay que luchar contra ella, si lo quieres ver o no, y sino estarás siempre en la cuneta". ALFREDO

"Me dijeron que era politoxicómano, y que tomara pastillas, Deprax, que eran muy baratas y no sé qué más, no me acuerdo. Después cuando fui a la comunidad terapéutica, me hicieron analíticas, hice de todo, y me dijeron, bueno, que para parar el consumo tenía que medicarme con Deprax. Al principio yo iba al médico de cabecera y le decía que estaba muy ansioso y esto y me recetaba Diazepam y eso... No le decía que era para consumo... y lo mezclaba todo y me enganché, también el Diazepam, luego tenía problemas para conseguir, pero poco a poco he ido tomando más y con los porros he ido pasando la ansiedad. Yo soy adicto a la cocaína, y me cuesta mucho, es

algo que me gusta mucho, no sé, es un placer continuo, que nunca para, y tienes que parar porque no puede ser siempre, es un placer continuo, te gusta mucho y lo tienes... es algo que no sé, que te gusta mucho y que no le ves ningún daño hasta que te hace. El mal físico, económico y de todo. Si tomas mucha puedes tener vida normal, puedes estar bien pero no puedes parar de tomar para estar bien y eso se nota. Hay que saber parar, si consumes y querías hacer algo, pues a lo mejor lo dejas de hacer por haber consumido, es difícil". PEP

"Hubo una temporada muy larga que consumía tres o cuatro gramos diarios, dormir un rato por la noche con tranquilizantes, despertarme por la mañana y meterme un raya en lugar de un cortado, y no parar en todo el día, quiero decir, tres cuatro gramos, cinco diario, toda la pasta en coca, 3, 4 gramos 5 diarios, durante un periodo de tiempo bastante largo. Estaba en pareja curiosamente, me sentía fatal porque me metía las rayas en el lavabo, estaba fuera todo el tiempo posible, aprovechaba para pasear el perro, que tenía un perrito, bajarlo a hacer un pipí para meterme rayas de medio gramo y cosas de estas, ¿sabes? Ella sabía de mis consumos entre comillas, lo intuía, pero no se puede esconder algo tan grave, pero nunca lo he hecho delante de ella ni nada, siempre he tenido un respeto muy grande con eso, bueno, respeto entre comillas, porque hacerlo lo hacía igual...y así pues fue pasando años y días y... hasta ahora que he tenido un tropiezo bastante grande hace poco, no con la coca sino con las pastillas, he empezado con las tranquilizantes, bueno ahora vengo de un mes y medio parado y abstinento de todo, porque he tenido una recaída bastante grande este verano, gordísima, con las pastillas, los tranquilizantes". ANTONIO

Entre los informantes que no han desarrollado problemáticas graves relacionadas con el consumo se utilizan términos, como "politoxicómano", "recaída", "enganche", que remiten al uso del lenguaje y discurso de la adicción como enfermedad.

"También eran unos pijos todos estos, gente bien, súper normal y muy bien, cada uno con lo suyo con su trabajo también, todos súper mega politoxicómanos, pero gente muy sana. Así como te decía lo de la cocaína que veías que aquello ya no era sano, aquí no lo era, era otro ambiente. Entonces yo trabajaba en aquel pub". MARTA

"Costo y alcohol siempre, bueno cerveza era cuando salía... el *speed* no me gusta demasiado, la sensación que te crea como una ansiedad ... a ver soy un politoxicómano, tomo de todo, pero si tuviera que pillar *speed* no pillaría, si alguien me da pues me hago una raya, sino no". MIQUEL

Expresiones como “yonki”, “mono”, politoxicómano, sobredosis etc., han trascendido por un efecto mimético al lenguaje de los consumidores normalizados y también al lenguaje de la población general al tratar el tema de las drogas. Esto no es problemático, puede incluso leerse con ironía y como superación de un modelo y una época muy oscura relacionada con el pasado del consumo de drogas. Ahora bien, tal y como he explicado en la nota introductoria sobre la elección del tema, es muy grave que muchos profesionales del sector salud y del sector de los servicios sociales no lo hayan superado y ni tan solo se hayan esforzado para superar/cambiar el viejo paradigma relacionado con el consumo de drogas. La incultura y el desconocimiento del saber científico ya acumulado hasta la actualidad en materia de drogas representan una negligencia y un problema que ya es urgente superar y trascender en estos momentos.

No es menos grave el rechazo que sufren algunas personas que han sido injusta y negativamente identificadas como consumidoras o “drogadictas” por el sistema y el paradigma que defiende el uso de drogas como una enfermedad o comportamiento delincuente o desviado (instituciones, familias y redes de amistades y de convivencia) y que sufren o han sufrido un rechazo o una estigmatización desproporcionada, por el hecho de haber sido descubiertas como “consumidoras” de drogas ilegales, al haberse encontrado en algún tipo de situación indeseada o accidental. A todos ellos, pero sobre todo a las personas e instituciones responsables de estos agravios quería hacer llegar especialmente el siguiente apartado dedicado a las consideraciones finales.

Espero haber trazado un claro ejemplo del sutil juego epistemológico que sitúa las diferentes tensiones teóricas entre sujeto y estructura que van desde la recuperación del sujeto en su intencionalidad en el marco de la vida cotidiana y lo estructural, construido fuera de esta, pero que al mismo tiempo podemos encontrar en el sujeto (Menéndez, 2000). Son las tres dimensiones del cuerpo (físico, social y político) en acción y dialéctica continua. Las estructuras dominantes del Modelo Médico Hegemónico en su versión dedicada a las drogas -modelo de adicción y/o drogodependencia y/o toxicomanía- y el prohibicionismo en sí mismo, interactúan, moldean e influyen

claramente mediante sus múltiples tentáculos (político) en la salud (físico), idearios, relaciones, itinerarios y toma de decisiones (social) de los que participan en menor o mayor medida en el fenómeno de uso de sustancias ilícitas, planteándonos una realidad tan compleja como subordinada a los intereses de determinadas instancias de poder.

## 6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### 6.1 “Dime dónde consumes y te diré quién eres...”.

El objetivo de esta investigación ha consistido en describir las diferentes modalidades de uso de cocaína y las variables socioculturales que influyen en la salud de las personas consumidoras así como en el mantenimiento de sus funciones y relaciones sociales. Desde la perspectiva teórica de la Antropología Médica Crítica con la que trabajo, he enfatizado y focalizado los aspectos culturales, y políticos del fenómeno, dejando en segundo y tercer plano, pero sin omitirlos, otros modelos interpretativos, como el conductual o el biológico/farmacológico. Creo haber aportado suficientes elementos para comprender que la dimensión salud juega un papel muy importante en el consumo de cocaína, pero principalmente por los riesgos que implica la ilegalidad y la estigmatización de esta práctica. Coincido con la mayoría de estudios etnográficos y cualitativos citados en este texto que la mayoría de personas que han usado cocaína o usan durante largos períodos de tiempo no desarrollan problemáticas relacionadas, y si lo han hecho, han podido gestionarlas sin ayuda profesional.

Basaré este apartado de conclusiones primero esbozando dos modelos de análisis sociocultural del consumo de cocaína, el primero desde la perspectiva fenomenológica y las teorías del cuerpo como objeto social y político y el segundo a partir de los espacios de consumo identificados, como espacios que mediatizan las condiciones en que estos consumos se realizan.

En segundo término y a partir de los relatos, discursos y la observación participante se distinguirán los tres modelos de administración de la sustancia más comunes - pauta metodológica que me ha servido para estructurar inicialmente la investigación - describiendo las técnicas de uso, el contexto en que se dan y la interpretación que los sujetos realizan de los mismos, en lugar de diferenciar entre tipos de consumidores problemáticos o normalizados. Creo que esta distinción no sería fiel al modelo que presento ya que para el mismo



sólo existen situaciones que van de la normalización a la no normalización, no de sujetos sino de tendencias.

En un primer nivel de análisis podemos discernir entre diferentes aspectos descritos del consumo de cocaína en el contexto sociocultural estudiado y articular así un esquema de análisis sobre las variables que afectan a la vida de los consumidores.

- **Cuerpo físico:** Placer/sufrimiento, automedicación, analgesia/vigorización-estimulación, marcas físicas/desviación encarnada, experiencias terapéuticas, experiencias de expansión mental y/o enteogénicas, envenenamiento, libertad sobre el cuerpo, infecciones, pérdida/mejora de la salud, muerte.

- **Cuerpo social:** Socialización positiva, marginación/estigmatización, pérdida de empleo/familia/relaciones sociales y status social, desviación/enfermedad/etiquetamiento/psiquiatrización/institucionalización.

- **Cuerpo político:** Encarcelamiento, persecución, castigo, pena de muerte, corrupción, libertad de elección, desarrollo sostenible/contaminación.

Podemos observar que, en realidad, y a pesar de las políticas actuales sobre consumo de sustancias, los efectos positivos son invariables y/o sólo mejorables desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños. Sólo modificando el marco legal desde un modelo de adicción hacia un modelo de regulación, podríamos revertir los aspectos negativos de esta situación que - como podemos observar tanto en el esquema anterior como en la etnografía presentada- se dan mayoritariamente en la esfera social y política.

Desde un nivel etnográfico he pretendido también poner de relieve el sentido de "la acción social" (consumo de cocaína) en el contexto de la vida cotidiana de cada persona sin atender a diagnósticos o etiquetamientos que de

los individuos o su contexto se puedan desprender, aunque en algunos casos hemos visto consecuencias de este etiquetamiento. Este enfoque ha permitido al mismo tiempo analizar los “significados compartidos” de la población estudiada y así entender la naturaleza de determinados roles y el funcionamiento del entramado de controles informales para regular el consumo.

Respecto a la idiosincrasia de los actores de esta etnografía, me gustaría subrayar que la variedad de tipos de personas que consumen cocaína está condicionada en relación a multitud de variables como la cantidad, la frecuencia, la intensidad, las razones para el uso, los contextos dónde se dan y los problemas asociados, sin poder ni querer caracterizar a un usuario medio de cocaína. Las distintas formas de consumo de cocaína, por su distinta naturaleza, entrañan diferentes tipos de riesgo. Estos pueden graduarse desde el riesgo moderado del consumo esnifado al mayor riesgo de inyectarse o fumarla en forma de base. La potencialidad de estos distintos riesgos, se verá, como ya he avanzado, actualizada por los procesos biográficos, socioculturales, etc. en el que se inscriban estas prácticas.

En el apartado metodológico apuntábamos que la etnografía y la etnometodología nos podían acercar al conocimiento de los “hechos sociales” a partir de la experiencia inmediata de las interacciones cotidianas. Por tanto, la construcción que han realizado los sujetos sobre el mundo en que viven y su consumo de cocaína constituyen el objeto central, “el texto”, “la visión de los nativos” o el “mundo moral local” definidos como las maneras de explicar el comportamiento -el “modelo explicativo” -entendido en definitiva como un producto histórico y socio político. Por otro lado se ha indagado sobre los “etnométodos” – herramientas, habilidades, aprendizajes- que los consumidores de cocaína utilizan para posibilitar la vida en común, gestionando y regulando las relaciones sociales en un determinado contexto social.

En un segundo nivel de análisis, los espacios (tanto físicos como psicosociales) -entendiendo que éstos están social y culturalmente configurados y delimitados-, descritos y utilizados por los distintos consumidores, permiten especialmente establecer un sistema de análisis cultural que aglutina en mi opinión el máximo de variables socioculturales

asociadas (como el estilo de vida, el estilo de consumo, la asunción de riesgos o la posición en la estructura sociocultural). A esta propuesta analítica la voy a llamar; “dime dónde consumes y te diré quién eres...”. Así pues, los espacios donde ocurren los distintos consumos pueden revelar mediante sus características y condiciones la naturaleza de dicho consumo y de la persona o personas que lo realizan.

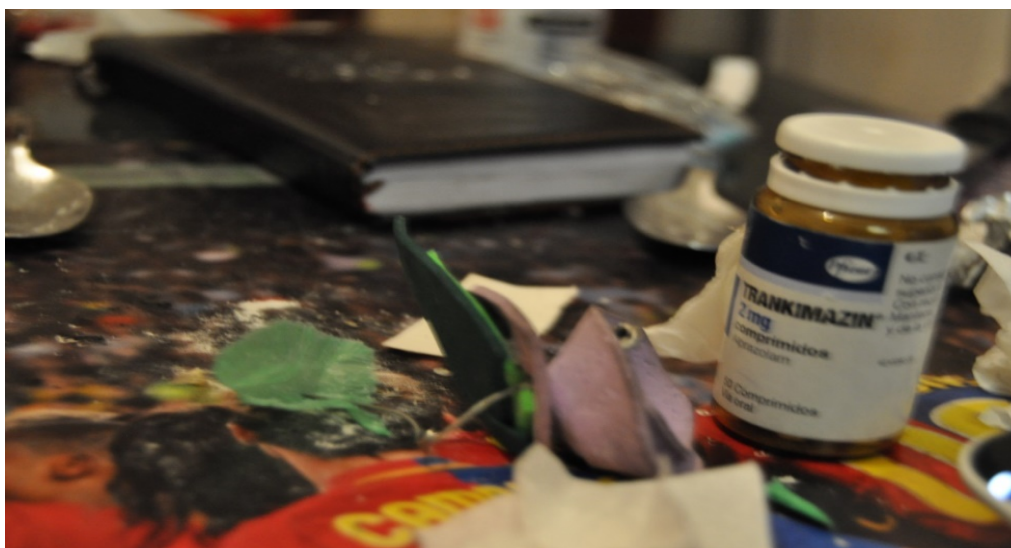
- **Chutaderos:** Representan y simbolizan los efectos perniciosos de la prohibición en sí mismos. Marginalidad, falta de higiene, acumulación de parafernalia e instrumentos usados, asunción de riesgos y degradación de la condición humana. Las personas que acuden a este tipo de espacios para realizar sus consumos, como hemos podido observar en muchos de los consumidores, son las auténticas víctimas de la perversidad del sistema actual. El consumo en otras zonas de la vía pública a parte de la ilegalidad a la que está sujeto, denota también comportamientos no normalizados que pueden conllevar problemas añadidos a las personas que necesitan usar estos espacios.



Chutadero con graffiti realizado por ARSU.

- **Espacios domésticos:**

- i. **“Diógenes”:** Corresponden a espacios privados domésticos marginales. El tipo de vivienda (habitaciones realquiladas, pisos de patada en la puerta o casas ocupadas) son las más habituales en personas que realizan consumos de riesgo en circunstancias de marginalidad. Básicamente están caracterizados por un espacio central en el hábitat (una mesa habitualmente), acostumbran a estar repletas de parafernalia usada, ceniza, basura, papelines vacías, botes de amoníaco, papel de plata, cuchillos o navajas, cucharas, botellas de plástico vacías... Simbolizan el espacio vital central basado en el consumo vía inyectado o fumado en el caso del “vasuco”. La mayoría de veces la acumulación de objetos, deshechos y útiles destinados al consumo representan la escasez al mismo tiempo la oportunidad de un posible consumo inminente.



Mesa de consumo “espacio Diógenes”.

- ii. **Espacios domésticos normalizados:** Debemos tener en cuenta que los espacios privados, principalmente domicilios, son los únicos contextos de permisividad legal de consumo de sustancias psicoactivas. Ni la ley 1/92 de 21 de febrero conocida como la Ley Corcuera, ni la actual ley actualizada "Mordaza", contemplan incongruentemente sanciones ni represalias por el consumo en estos espacios, dejando el acceso a la sustancia y su transporte en una franja de ilegalidad sin sentido. A diferencia de los espacios que he denominado "Diógenes" los espacios domésticos normalizados no alertan de la presencia de un espacio ni de utensilios permanentemente establecidos para el uso de sustancias, sino que una vez realizados los consumos, los espacios utilizados son rápidamente manipulados para volver a la normalidad.
- **Salas de consumo supervisado o higiénico.** Representan, allá donde las haya, una buena oportunidad educativa, sobre todo para evitar infecciones innecesarias, el control de las transiciones de vía de consumo y una puerta de entrada a los servicios socio sanitarios a usuarios que permanecen fuera de las redes de atención y que mayoritariamente acuden a los chutaderos para consumir. Estos espacios, deberían poder complementarse con programas de dispensación de sustancias psicoactivas (como la heroína o la cocaína) hospitalarias/socio-sanitarias, pero si la presencia de las salas en todo el territorio todavía deja muchísimo que desear, para no decir que es anecdótica, aún más lejos se prevé esta segunda recomendación. Para el potencial usuario de este tipo de dispositivos representa una modalidad poco atractiva por su poca "naturalidad", incomfortabilidad y anonimato que representa el contexto clínico. En países como Holanda, podemos encontrar dispositivos bien adaptados al ideal de un espacio de consumo naturalizado.

- **Espacios de reivindicación de privacidad o de furtividad:** El espacio paradigmático de esta modalidad en la presente investigación está representado por los “baños” públicos, ya sean de bares, discotecas o cafeterías u otros ubicados en espacios como parkings, gasolineras, centros comerciales, bibliotecas u otros espacios de acceso público, así como el coche como espacio privado móvil. La privacidad que ofrecen este tipo de espacios en el contexto público atrae a los consumidores a la vez que indirectamente son la expresión de la falta de regulación y espacios adecuados para un consumo no etiquetado como estigmatizado, marginal o desviado.
  
- **Espacios de tolerancia/legitimación:** Este tipo de contextos son en su mayoría espacios de relación caracterizados muchas veces por la permisividad del consumo grupal/ritual o individual. Mayoritariamente son espacios de ocio, fiesta o celebración y también podemos incluir los espacios de compra venta.

Al considerarse, desde el discurso biologicista, una práctica de “autoatención” desviada y susceptible de ser modificada - por no considerar que la población por si misma tenga la capacidad de autorregularse - los actores esconden y no explicitan abiertamente en el contexto de la vida cotidiana su relación con el consumo de drogas. El método etnográfico ha permitido acceder y profundizar en este tipo de prácticas ocultas. Significar el consumo de cocaína como un “símbolo ritual” me ha permitido deconstruir el concepto de “adicción como enfermedad” desnaturalizándolo, al considerarlo una construcción desde el ámbito de lo cultural. Propongo en consecuencia la siguiente redefinición del concepto “droga” o “drogarse” por su obsolescencia y gran carga negativa construida sobre el modelo de enfermedad/adicción: **BIOTECNOLOGÍA PSICOACTIVA SOCIOCULTURALMENTE ESTRUCTURADA**, creo que este concepto introduce y representa con más matices la complejidad el fenómeno de uso de sustancias psicoactivas, poniendo énfasis en el cómo y por qué se usan determinadas sustancias y no tanto en los efectos farmacológicos.

Antes de adentrarnos en el resumen de los resultados, deberíamos considerar, que el alto grado de complejidad de este fenómeno social no deja otra alternativa que rehuir de todo discurso y apreciación reduccionista sobre la percepción social del consumo de sustancias psicoactivas. El “Pájaro está en el nido”, pues, es una alegoría a la organización social de muchos de los “consumidores” ante el prohibicionismo, para resaltar el carácter grupal y ritual mayoritario del fenómeno del consumo de cocaína así como su espectro oculto y estigmatizado.

## **6.2 Efectividad versus riesgo**

La modalidad de inyección de cocaína, es la vía de administración farmacológicamente más efectiva pero al mismo tiempo la más estigmatizada y la que entraña más riesgos. El abordaje prohibicionista represivo ha favorecido la expansión de esta modalidad en todo el mundo, especialmente en las zonas más oprimidas. En gran medida son las personas más vulnerables las que pueden sufrir con más contundencia los efectos colaterales de esta práctica bajo las actuales leyes prohibicionistas, que no afecta solamente a la salud sino también a aspectos legales, relacionales, sociales y estructurales.

Aunque existan resistencias culturales entre los consumidores de cocaína para no identificarse con lo que conocemos despectivamente como cultura “yonki” podemos constatar que los estilos de vida en condiciones sociales marginales o desde posiciones de subalternidad, pueden acercar y posibilitar la vía de acceso hacia esa modalidad de consumo. La práctica de la inyección es concebida como la línea divisoria entre drogas duras y blandas y como el vehículo para transitar de la posición de usuario/consumidor a “drogadicto”.

La iniciación y aprendizaje de esta técnica de consumo requiere, como todo consumo de sustancias psicoactivas, un proceso bastante complejo, ya que desde el punto de vista corporal es una práctica bastante agresiva e invasiva que entraña riesgo en sí misma, y que al mismo tiempo deja

inevitablemente marcas y signos que pueden identificar al consumidor y por lo tanto estigmatizarlo. Es lo que hemos conocido como “desviación encarnada”.



**Marcas en los brazos después de una carrera de más de 15 años de inyección. ARSU**



**Marca en el brazo de inyectarse repetidas veces en un mismo punto. (JOSÉ M<sup>a</sup>)**



Los usuarios de drogas con un perfil de consumo de riesgo y que desarrollan patrones de dependencia experimentan cambios en su relación con las sustancias estableciendo progresos no lineales ni uniformes en su “carrera” como consumidor y en la vía de consumo elegida. Es el resultado de las consecuencias físicas y sociales que experimentan los consumidores, como pueden ser las atribuidas a un consumo intensivo y sostenido en el tiempo, el encarcelamiento, el cambio de estructuras de convivencia o de estilo de vida marcado por el ámbito familiar o laboral. La capacidad o los motivos de transitar de una técnica de consumo a otra vienen determinados inicialmente por el modelo dominante de socialización en el mundo del consumo o subcultura así como por el tipo de sustancias disponibles en el ecosistema de pertenencia y posteriormente están determinados por las variables socio estructurales que presentan las actuales políticas sobre drogas.

En general, la iniciación o la perseverancia en la técnica de inyección para consumir cocaína se asocia a la participación en esta modalidad de consumo de sustancias psicoactivas en una edad muy temprana, y se introduce con mayor frecuencia en aquellos que experimentan una serie de problemas socioeconómicos como la falta de vivienda, el desempleo, prisión, niveles bajos de educación, desigualdades de acceso a servicios públicos y dificultades personales y relacionales en el desarrollo vital, que también vendrá marcada por la disponibilidad de la sustancia en el mercado negro local.

Todos estos factores y variables permiten la asociación entre inyección y el uso problemático de drogas, y pueden influir en los usuarios en el momento de iniciarse al consumo. Mientras que muchos inyectores pueden simplemente desear una mayor potencia de los efectos, otros pueden ser atraídos por el deseo de suprimir sentimientos negativos o malestares existenciales, ejemplificando así el modelo de “automedicación” o “*sociopharmacology*”, que asocia el uso problemático de drogas a la búsqueda colectiva de una analgesia para mitigar las consecuencias de la pobreza, las privaciones y las oportunidades restringidas.

La efectividad y economización que ofrece el consumo inyectado puede ser otro de los factores de elección. Las connotaciones tan negativas del uso

de drogas vía inyectada son relativamente modernas, pues en el siglo XIX y principios del XX era considerada una moderna tecnología sólo al alcance de determinadas élites. Existe también un perfil "sibarita" y de connotaciones psiconáuticas que utiliza también el método de la inyección como un modo efectivo para alcanzar estados alterados de conciencia, aunque en general de forma esporádico o experimental, pueden inyectarse cocaína y otras sustancias psicoactivas como ketamina, anfetaminas o heroína. Por último también hemos podido observar que el hecho de haberse inyectado alguna vez en la vida no conlleva necesariamente a una reiteración o conducta adictiva y que al mismo tiempo es posible deshacerse o abandonar esta práctica una vez se ha consumido con cierta asiduidad. Es importantísimo comprender todos estos factores subculturales y mecanismos que implican la transición al uso de drogas inyectables, a fin poder realizar intervenciones eficaces y eficientes de promoción de la salud colectiva adaptadas a la complejidad del fenómeno.

Lo deseable para evitar problemáticas asociadas a este tipo de consumo sería poder aislar, controlar o revertir todos los factores que tienen que ver con la ilegalidad, la marginalidad, las situaciones de exclusión y sufrimiento –en consecuencia de estigmatización- y de insalubridad, al mismo tiempo que poder controlar la calidad de la sustancia y mantener un nivel óptimo de seguimiento médico en personas que realicen esta práctica. Lamentablemente, esto sólo sería posible, transformando la situación actualmente existente hacia un modelo de regulación no represivo de las sustancias psicoactivas.

### **6.3 ¿Todo es cuestión de química?**

El consumo de cocaína base fumada o crack desde la perspectiva de reducción de daños y riesgos, sería una buena alternativa al consumo inyectado. Hablamos siempre entendiendo que continuamos en un escenario prohibicionista y represivo y siempre y cuando el consumo se diese en condiciones de seguridad e higiene. Debemos distinguir en consonancia con lo observado en el texto, entre consumidores socialmente integrados de cocaína en polvo que pueden estar usando la modalidad de cocaína base en un

contexto recreativo y usuarios de sustancias sumidos en una problemática social o de salud, que consumen cocaína o cocaína base como parte de un problema complejo de adaptación al modelo de vida estandarizado que imponen las sociedades actuales. En España se asocia mayoritariamente esta modalidad de consumo a un modelo marginal y desviado.

Igual que con la técnica de inyección se requiere de un aprendizaje complejo de las técnicas de elaboración y consumo. En función de las características del grupo o subcultura de iniciación, la evolución del consumo derivara hacia un patrón experimental positivamente gestionado o hacia modelos de replicación de estructuras marginales y de mayor riesgo para la salud. La cocaína base o crack goza de una simbología asociada marcadamente alarmista y estigmatizada debido en su mayor parte a la historia de la misma en Norteamérica y a su difusión por los distintos canales, tanto informativos como culturales. El caso del crack en Estados Unidos fue uno de los episodios destacados y paradigmáticos de las consecuencias del prohibicionismo, una de las más perversas fue que se fomentó la creación y el uso de fármacos más potentes o preparaciones de fármacos concentrados, que además son más rentables como la metanfetamina. Esto es directamente comparable a la forma en que, en virtud de la prohibición del alcohol, el comercio de la cerveza y los vinos dio paso a las ventas de bebidas espirituosas más concentradas, rentables y peligrosas durante la Ley Seca.

Las estrategias de reducción de daños y riesgos en nuestro territorio destinadas a paliar las consecuencias negativas de este consumo no se han desarrollado de la misma manera que las desplegadas para atajar los problemas relacionados con la inyección, descuido o negligencia que debería solventarse con la mayor rapidez posible. Las asociaciones de usuarios o de ex usuarios de sustancias organizados han jugado un papel importantísimo a la hora de implementar modelos efectivos de reducción de daños y han aportado un gran capital humano con sus conocimientos técnicos y servicios prestados a las instancias y dispositivos encargados de mitigar las consecuencias negativas de este tipo de consumos. Especialmente por su conocimiento en primera persona de la subcultura del consumo, de los contextos y los aspectos vivenciales que este tipo de consumidores experimentan. Las estrategias

basadas en las intervenciones con pares y la función de acogida y acercamiento a usuarios en activo realizado por este tipo de organizaciones deberían potenciarse y dotarse de más recursos mientras que no se alcancen mejoras o cambios sustanciales en las políticas de drogas. Son al mismo tiempo, estas organizaciones, los agentes de la sociedad civil más reivindicativos y activos en este último aspecto, especialmente en países del norte de Europa o en Norteamérica.

El estatus ilegal de uso y comercio de sustancias psicoactivas, dificulta enormemente la tarea de promover políticas de salud colectiva, esta es una realidad suficientemente amplia y significativa como para no dejarla de lado o en la última posición de las agendas políticas como hasta el momento. Los posibles intereses políticos para continuar afrontando este fenómeno desde la vía legal represiva y el control sanitario se ha demostrado que dejan mucho que desear y promueven el mercado ilícito, el enriquecimiento de grupos ilegales organizados, produce daños gravísimos a la población consumidora, especialmente a los más vulnerables, y por último pulveriza uno de los derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud y las libertades individuales. No deberíamos olvidar que la condición humana ha buscado la relación con las sustancias psicoactivas desde el inicio de los tiempos y que tendríamos que considerarla, desde un punto de vista antropológico, una actividad o tecnología más, constituyente de la vida en sociedad. Tenemos que asumir que el tabú hacia las drogas es un tema básicamente moral, por lo tanto requiere de nuevas formulaciones y propuestas que emanen desde una perspectiva ética.

#### **6.4 La normalización del consumo**

Hemos podido observar y contrastar que la gran mayoría de personas que utilizan cocaína por vía intranasal, no desarrollan problemas para su desarrollo individual y social, esto quiere decir que, cuando hablamos del problema de la cocaína, probablemente estamos focalizando el tema en las áreas más problemáticas y generalizando el problema al resto de la población. Esta es una buena estrategia de control social que ha funcionado muy bien

para las clases sociales dominantes, desde principios del SXX cuando se empiezan a ilegalizar la mayoría de drogas y a perseguir a todos sus consumidores.

El complejo tejido social es capaz de modificar, transformar, regular y controlar todas aquellas actividades que por sí mismas son vistas como peligrosas o que conllevan riesgo; conducir vehículos a motor, quizás sea uno de los mejores ejemplos para darnos cuenta de que cualquier persona sería potencialmente capaz de conducir contra dirección y arrollarnos fatalmente, pero raramente ocurre y si ocurre, es por circunstancias que escapan a cualquier tipo de consenso social.



**Graffiti situado en los alrededores del Hospital de Reus y en muchas otras ciudades catalanas.**

Ya he señalado que el miedo al descontrol es una de las características de las sociedades actuales. El cuerpo entendido como la unidad mente/cuerpo, ha sido tratado en esta investigación como el vehículo para construir determinados estilos de vida, como medio para la expresión personal y parte esencial de nuestra identidad. En la cultura del consumo o “sociedad consumista” el consumo de sustancias ilegales está asociado intrínsecamente a nociones de riesgo, posibilidades de daño y peligro y de “contaminación”. Los peligros y riesgos que amenazan a los individuos o a la naturaleza siempre

serán conceptualizados como armas utilizables en la lucha ideológica o dicho de otra manera, sería inconcebible imaginar una sociedad en que el discurso sobre el riesgo no estuviera politizado. La lógica del tabú, desde el conocimiento antropológico, es interpretada como un mecanismo para proteger a la sociedad contra las conductas consideradas dañinas o que representan amenazas, y no como un hecho incomprensible o irracional.

El concepto tabú, está estrechamente relacionado con el riesgo, el miedo a la "contaminación" como ya hemos indicado, la pérdida de control o al miedo al descontrol. La percepción compartida del riesgo es la mejor herramienta para elaborar mecanismos de control social tanto formal (desde las instituciones), como informal, cuando los mismos participantes de una determinada subcultura se controlan recíprocamente. De esta manera se ha construido social y culturalmente la percepción de riesgo hacia el consumo de sustancias psicoactivas y hacia sus usuarios, y se fundamentan al mismo tiempo en las políticas prohibicionistas. Así pues hemos interpretado el riesgo como una construcción socio cultural subjetiva, individual y colectiva, moldeada en el contexto de la vida cotidiana. De qué manera los individuos negocian estos "riesgos vividos", implica considerar las prácticas que inician en reacción a sus propias percepciones para evitar riesgos y reducir los daños del consumo para mantenerse normalizados.

La cuestión del riesgo se convierte así en un campo de conocimiento y de poder sobre el que se articulan los dispositivos de control social. Ya hemos señalado que los controles informales están imbricados en las relaciones sociales cotidianas produciendo formas de subjetivización (muchas veces inconscientes) muy efectivas, y que los controles formales están profesionalizados, institucionalizados y especializados. Al mismo tiempo los controles sociales delimitan los roles de los individuos respecto a las distintas instituciones sociales (formales/informales), por tanto el conocimiento previo de estos roles será lo que definirá y delimitará las "buenas" de las "malas" prácticas. Es lo que hemos cuestionado respecto a la "desviación social": una conducta desviada es objetivable sólo para quienes definen las normas, no necesariamente para quien realiza algún tipo de práctica catalogada como tal.

El “universo simbólico” que hemos podido ejemplificar a través de los relatos de los informantes es el que legitima/deslegitima y ordena/caotiza estos roles. Esto ha implicado una progresiva responsabilización hacia los ciudadanos sobre sus prácticas relacionadas con el cuidado de la salud siendo proporcionalmente inversa al rol de responsabilidad del Estado en materia de Salud Colectiva. Es ineludible a estas alturas de análisis reflexionar sobre la compleja interacción entre las variables farmacológicas, las características individuales y las socioculturales respecto al control de los efectos de las sustancias psicoactivas y considerar que: “las cualidades farmacológicas de las drogas son virtualmente insignificantes fuera de sus contextos político-económico y socioculturales<sup>69</sup>”.

En este sentido, una de las principales constataciones que he podido demostrar en esta investigación ha sido que los efectos y la percepción de calidad de la cocaína no vienen condicionados por sus propiedades farmacológicas, evidenciando el alto poder de la eficacia simbólica en estos casos. Hemos visto como sucedáneos o cocaína de muy poca calidad y pureza pueden tener un efecto placentero sobre sus consumidores y cumplir sus expectativas. He tratado de aflorar también, que el contexto y la ritualización del consumo son más efectivos y potentes que la sustancia en sí misma, tanto para quién consigue efectos positivos y una buena gestión de su uso, como para quién las consecuencias del consumo le han acarreado problemas graves.

Las principales variables (controles informales) que pueden modificar o minimizar los efectos desde un punto de vista químico farmacológico y evitar efectos secundarios o daños colaterales son: la no identificación con la cultura de la adicción, la delimitación del número máximo de veces que, dentro del grupo de iguales, se debe consumir cocaína en un período de tiempo determinado, gozar del estado de ánimo apropiado cuando se usa, evitar mezclas con otras sustancias que podrían distorsionar o abortar la experiencia, la elección de la vía de administración, el control de las dosis adecuadas y la calidad de la sustancia, la forma de gestionar el gasto máximo de dinero

---

<sup>69</sup> Bougois (2004)

invertido en cocaína, evitar problemas legales, y no alterar la estructura familiar, laboral o formativa y relacional.

Por otro lado la cuestión de género en contextos normalizados de consumo alcanza niveles hasta ahora inexistentes de equiparación entre sexos, especialmente en el ámbito del uso de drogas recreativo, siendo en el colectivo de mujeres dónde se ha podido observar más claramente la capacidad de autogestión, agencia, control y cese del consumo sobre todo ante la posibilidad de afrontar etapas de la vida importantes como la maternidad, etapa en la cual el consumo de sustancias psicoactivas está especialmente contraindicado y penalizado. Los padres y madres que han consumido y/o consumen gestionando positivamente los riesgos asociados deberían ser una pieza clave en la construcción de un nuevo modelo de políticas de drogas y posiblemente conformen un indicador de que este cambio es posible. Creo que, especialmente en la ruptura del modelo tradicional sexo-género que ha protagonizado un notable sector de mujeres en las sociedades occidentales contemporáneas, encontramos una oportunidad y modelo a seguir por lo menos en lo que educativamente hablando necesitamos para un cambio estructural de las políticas sobre drogas.

El estatus de ilegalidad y furtividad en el que se dan gran parte de los consumos de cocaína son los principales factores de riesgo. O lo que es lo mismo, las posiciones de subalternidad y desigualdad que ocupan muchas personas en la estructura social descrita en esta investigación determinan absolutamente la posibilidad de mantener una relación problemática con el uso de sustancias psicoactivas ilegales. Cuando estas condiciones no se dan por distintos motivos, es cuando deberían entrar en acción –y, por lo tanto, estaría legitimada- la existencia de los servicios o dispositivos encargados de atender, acompañar, informar y dotar de recursos personales y sociales a las personas que no han conseguido mantenerse normalizadas. Desde mi punto de vista existen dos tipos de servicio asistenciales, los que con su práctica contribuyen a forzar cambios en las políticas y en la percepción de la ciudadanía compartiendo y extendiendo sus conocimientos e intervenciones a la red comunitaria y los que perpetúan sin más, el modelo prohibicionista represivo y



el de consumo de drogas como desviación social, ayudando a reproducir el modelo de enfermedad/adicción y exclusión social estructural.

Antes de terminar me gustaría apuntar otro matiz metodológico, manifestando el nivel de conciencia o de "reflexividad" empleado para el desarrollo de esta investigación que según Garfinkel en Coulon (2004:43-44) "son las prácticas que describen y constituyen un "cuadro social", es decir las propiedades de las actividades que presuponen y hacen observables un fenómeno social. Con ello quiero argumentar que lo expuesto hasta aquí es producto de una "investigación situada", que forma parte también de mi posición como investigador y de mi ideología teórica al respecto – la cual he expuesto repetidas veces – y de la observación participante y, que el resultado del análisis presentado responda lo mejor posible a la complejidad de la realidad social. La modesta "descripción de un cuadro social" que he elaborado ha sido con el ánimo de aportar algún elemento significativo para la transformación de las políticas de drogas hacia un modelo más pragmático, efectivo y basado en los derechos humanos, la convivencia y las libertades individuales. En este sentido insisto en que el derecho a la búsqueda del placer debería incorporarse como un elemento más de la política pública y no quedar sólo como una reivindicación.

Pero no sólo limito los objetivos de esta tarea a aportar alguna propuesta fundamentada a nivel académico y político sino que nunca desistí de la idea de llegar a la ciudadanía en general, a las generaciones futuras, a las familias que han sufrido y/o sufren las consecuencias del prohibicionismo y a las personas que han sufrido y/o muerto a consecuencia de él.

## 6.5. Propuestas desde un modelo de Salud Colectiva

Mientras no llegan unas políticas de drogas más justas y eficaces basadas en la regulación y no en la prohibición del uso de la cocaína u otras sustancias psicoactivas<sup>70</sup>, he aquí algunas propuestas, a nivel de Salud Colectiva, que podrían ponerse en práctica.

1. Deberíamos poder conocer con la máxima exactitud posible el alcance del uso de cocaína y otras sustancias en cada contexto, región o Estado. Invirtiendo mucho más en estudios, tanto cualitativos como cuantitativos para complementar los impulsados actualmente por las instituciones gubernamentales<sup>71</sup> que hasta al momento se muestran insuficientes para reflejar la complejidad de la realidad. Un escenario de regulación facilitaría mucho la tarea.

2. Garantizar una formación holística, obligatoria y de calidad técnica a agentes de seguridad, profesionales del aparato judicial, profesionales de la salud, agentes de la gestión de políticas y recursos sociales, educadores, profesores, profesionales de los medios de comunicación y todos los actores sociales con responsabilidades públicas. En la misma línea sería interesante introducir en los currículums escolares y de secundaria contenidos transversales relacionados con la historia de las drogas (legales e ilegales), así como aspectos educativos sobre la gestión de su uso.

3. Crear, normalizar, extender y establecer puntos de información y análisis de sustancias para poder verificar el contenido y pureza antes de su consumo – al menos hasta que no exista un mercado regulado- así como proveer de espacios de consumo supervisado y materiales higiénicos y seguros para sus usuarios. Todos los servicios públicos de atención a los problemas

---

<sup>70</sup> Algunas expertas en materia de política de drogas como Sánchez-Avilés (2014) prevén que un posible escenario después de la revisión de los Convenios Internacionales en la UNGASS 2016 es el que se encuentre entre el de continuidad de políticas prohibicionistas y el de pequeñas concesiones. “En cualquier caso, parece que el proceso de transformación del régimen de control de drogas internacional es irreversible y que cambios sustanciales en su seno se producirán, si no de manera inminente, sí a corto plazo” (2014:325).

<sup>71</sup> Un buen ejemplo de ello es: <http://www.globaldrugsurvey.com/>

derivados del uso de drogas deberían estar dotados de estos servicios y complementarlos con las oficinas de farmacia.

4. Potenciar la asociación de consumidores de cocaína y otras sustancias en organizaciones de defensa de sus derechos, fomentando prácticas de autoatención, como por ejemplo elaborar materiales de sensibilización, mejorar la calidad del acceso mercado protegiéndose de los riesgos del mercado negro y reivindicar cambios en las políticas de drogas.

5. Como complemento del punto anterior, debería poder crearse un sistema de "clubs" de consumidores de cocaína, para poder elaborar pequeñas cantidades anuales de clorhidrato, sulfato u otros productos derivados de la planta de menor potencia (harinas, infusiones, comestibles) para sus socios, al mismo tiempo que poder establecer un "comercio justo solidario y ecológico" con poblaciones productoras de la planta de la coca fomentando así un consumo responsable.

6. Por último despenalizar el uso y tenencia de cocaína y otras sustancias psicoactivas que no estén destinadas al tráfico y regular su producción, distribución y formas de consumo. Sólo de esta manera nos sería posible trabajar con los problemas reales de los consumos de sustancias y no con las consecuencias de un sistema perverso y materialista.

Existen ya propuestas rigurosas a debate que plantean un posible escenario de regulación de estimulantes. Me parece una buena idea acabar esbozando un posible escenario diferente<sup>72</sup>, sugerente y que posiblemente acabase con gran parte de los problemas y desigualdades que el prohibicionismo ha generado. Salud colectiva implica, a mi entender, libertad de elección, ética, participación y respeto a la vida. Un modelo de regulación debe basarse en estos conceptos y no en el miedo, la desinformación y la hipocresía.

---

<sup>72</sup> Esta propuesta de regulación es un resumen traducido por mí mismo del dossier disponible en la red: *Después de la Guerra contra las drogas. "Un borrador para la regulación"* (Rolles, 2009).

El modelo a debate propuesto para la regulación de la cocaína en polvo es el siguiente:

El clorhidrato de cocaína estaría disponible para usuarios con licencia en virtud de un modelo farmacéutico especializado al por menor, o bajo ciertas circunstancias limitadas como la prescripción médica.

El suministro debería estar totalmente controlado por el Estado a través de una entidad con licencia estatal bajo licitación.

### **Controles sobre el producto. Dosificación y preparación**

- > El polvo sería un producto de calidad farmacéutica (sujeto a los mismos controles que los medicamentos).
- > Sobre la base de que la cocaína pura es casi desconocida en el mercado ilícito, un producto legal potencialmente puro podría ser reducido a un nivel de pureza adecuada debajo del 100% mediante el uso de un agente de corte o excipiente no tóxico y seguro.

### **Los controles de los precios**

- > Deberían establecerse precios unitarios fijos con la fiscalidad potencialmente incluida sobre la base de peso o % por unidad.
- > El valor preciso de precios tendría que ser variable basado en la experiencia de regulación y estar acordes con el comportamiento del mercado negro. Inicialmente se establecerían en un punto ligeramente por debajo de los precios de mercado negro.
- > Bajo un monitoreo de los usuarios/ compra/licencia los precios base podrían aumentar potencialmente con el volumen de compra como un desincentivo al uso excesivo.

## **Controles de embalaje**

- > Sin marca de envasado de acuerdo con las sustancias médicas blancas.
- > El polvo estaría en una unidad de sobres sellados fijos que se proporcionan dentro de un embalaje sellado secundario.
- > El contenedor sería a prueba de manipulación y a prueba de niños.
- > El contenido del etiquetado estándar debería indicar la potencia, unidades de salud y seguridad, la fecha de compra, caducidad, etc. Con información resumida e impresa más detallada dentro del embalaje.
- > Los detalles de licencia del comprador podrían aparecer en ambos embalajes según corresponda.

## **Controles sobre licencias de vendedores / proveedores en general**

- > Regulación de las horas permitidas de apertura, la densidad / localización de puntos de venta serían determinadas por las autoridades locales de licencias.

## **Publicidad / promoción**

- > Prohibición total de toda forma de publicidad y promoción, incluyendo un estricto control sobre la apariencia / señalización de puntos de venta.

Volumen de ventas / controles de racionamiento.

- > Se debe asumir un potencial intercambio de la mercancía que tendría lugar en entornos sociales, incluso si las ventas son limitadas sólo para uso personal. El volumen de ventas por comprador (por día / semana / mes) tendría correspondientemente un límite máximo establecido (y / o la escalada de los precios / estructura de volumen).

- > Requerimiento de un sistema de identificación vinculado a una base de datos de seguimiento de la compra para aplicar los controles de racionamiento.

### **Controles sobre el comprador / usuario**

#### Controles de acceso. Edad

- > El sistema de identificación debe controlar la edad de los usuarios vinculados al sistema de comprador con licencia.
- > Grado de intoxicación del comprador.
- > Se requeriría rechazar las ventas a los usuarios que claramente muestren un estado de intoxicación.
- > Se requerirán licencias para los compradores / usuarios.
- > En el primer caso, al menos, (sin duda para pruebas piloto) se establecería un sistema en virtud del cual se permitiría sólo el acceso para uso personal a los individuos autorizados. Esto podría estar relacionado con un sistema de compra basado en el monitoreo de identificaciones o licencias. Las licencias pueden ser revocadas por violaciones específicas (por ejemplo, las ventas secundarias).
- > Los envases podrían contener la identificación del usuario.

### **Las limitaciones en los lugares permitidos para el consumo**

- > El consumo público sería sancionado.
- > Se deberán resaltar y poner especial atención al consumo de cocaína en combinación con el alcohol.

También se contemplarían modelos potenciales para la regulación preparados de cocaína de menos potencia como los derivados directos de la hoja de coca, infusiones, harinas, caramelos, bebidas, etc. Tal desarrollo podría ser una forma beneficiosa de la reducción de riesgos, y potencialmente contribuir a una cultura más moderada y responsable del consumo de estimulantes tan arraigado en nuestra cultura.

Para finalizar debe tenerse en cuenta, como apunta Rolles (2009), que gran parte de la cultura y la sociedad contemporánea está impregnada de estimulantes. Los estimulantes farmacéuticos son prescritos ampliamente y se consumen en grandes cantidades (incluso y polémicamente entre niños de edad muy temprana). Además, dos de las drogas psicoactivas favoritas en el mundo, la nicotina y la cafeína, son estimulantes funcionales que saturan gran parte de la cultura contemporánea hasta el punto de la ubicuidad. En todo caso, este modelo de regulación no persigue el aumento de la demanda, sino controlarla, hecho que en gran medida facilitaría evitar las problemáticas que de su consumo pudiesen derivarse.

## Bibliografía

- Agar, M. (2003). "The Store of crack: towards a theory of illicit drug trends". *Addiction Research and Theory*, 11 (1), 3-29.
- Albert, E. (2011). "Are you experienced?". Druglink. July/August. [http://www.academia.edu/1174161/Are\\_You\\_Experienced\\_The\\_rise\\_of\\_the\\_International\\_Network\\_of\\_People\\_who\\_Use\\_Drugs](http://www.academia.edu/1174161/Are_You_Experienced_The_rise_of_the_International_Network_of_People_who_Use_Drugs)
- Alexander, B. K., (2001). "The Myth of Drug-Induced Addiction" a paper delivered to the Canadian Senate, January 2001, retrieved December 12th, 2004.
- Arana, X. (2003). "La globalización de las políticas de drogas en materia de drogas como obstáculo para la profundización en democracia". En Arana, X, Husak, D. y Scheerer, S (coord.). *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. (117-144). Madrid: Dykinson.
- Arana, X. & Germán, I. (2003). *Delimitación del "status" jurídico del ciudadano 'consumidor de drogas'. Propuesta de carta de derechos de los consumidores de drogas*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del gobierno vasco.
- Barriuso, M. (2011). "Los Clubes Sociales de Cannabis en España. Una alternativa normalizadora en marcha". Transnational Institute. Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 9. <http://www.tni.org/es/briefing/los-clubes-sociales-de-cannabis-en-espana>
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Paidós Ibérica. Original 1986.
- Becker, H. (2009). *Outsiders. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. Original 1963.



- Becoña, E. (2014). "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos". *C.Med.Psicosom*, nº110, 58-61.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2011). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. Original 1967.
- Bess, B., Janus, S. and Rifkin, A. (1972). "Factors in Successful Narcotics Renunciation". *American Journal of Psychiatry* 128:861-865.
- Bieleman, B, and DeBie, E. (1992). *In grote lijnen. Een onderzoek naar aard en omvang van cocaïnegebruik in Róterdam*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.
- Bieleman, B., Díaz, A., Merlo, G. & Kaplan Ch. D. (1993). *Lines across Europe. Nature and extent of Cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin*. Amsterdam: Swts & Zeitlinger.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Blackwell, J. (1984). "Drifting, controlling and overcoming: opiate users who avoid becoming chronically dependent". *Journal of drug Issues*, 13, 219-235.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico*. Barcelona: HORA. Original 1969.
- Borràs, T., Carbonell, J., De Andrés, M., Kjaer, J., Kempfer, J., Magrí, N. y Olivet, F. (2000). *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: Fundación CREFAT.
- Borràs, Tre & Trujols, J. (2013). "La reducción de riesgos en el ámbito asistencial". En David Pere Martínez Oró & Joan Pallarès (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. (219-238). LLeida: Milenio.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourgois, Ph. (1995). *In search of respect. Selling crack in el Barrio*. New York: Cambridge University Press.

- Bourgeois, Ph. (2004). "Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica". *Monografías Humanitas*, 5:95-103.
- Brill, L. (1972). *The De-Addiction Process*. Springfield: Charles C Thomas.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. et al. (2009). "Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain". *European Addiction Research* 15, pp. 171-8.
- Bullington, B. (1977). *Heroin use in the barrio*. Lexington: Lexington Books, D.C. Heath.
- Campero, J., C; Vargas, R. y Vergara, E. (2013). "De la represión a la regulación: Una propuesta latinoamericana para la reforma de las políticas de drogas". *Perspectivas*, nº2/2013.
- Canals, J. (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar*. Tesis doctoral no publicada. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Carey, J.T. and Mandel, J.A. (1968). "A San Francisco Bay area speed scene". *Journal of Health and Social Behavior*, 9:164-174.
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama. Original 1981.
- Cavan, S. (1972). *Hippies on the Haight*. St. Louis: New Critics Press.
- Claveland M. (2008). "The role of risk and protective factors in substance use across adolescence". *Journal of Adolescent Health* 43, 157-164.
- Cleckner, P.J. (1976). "Blowing some lines: Intracultural variation among Miami cocaine users". *Journal of psychedelic drugs*, 8:37-42.

- Cleckner, P.J. (1976). "Dope is the get high: A preliminary analysis of intracultural variation in drug categories among heavy drug users and dealers". *Addictive diseases*, 2:537-552.
- Cleckner, P.J. (1977). "Cognitive and rituals aspects of drug use among young black urban males". In: DuToit, B.M., (ed.) *Drugs, Rituals and altered states of consciousness*. Rotterdam: A.A: Balkema.
- Cocaine Project (1995). Nota de prensa de difusión de resultados. Online.
- Cohen, P. & Sas, A. (1993). *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Cohen, P. and Sas, A. (1989). *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*, en <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.cocaine.pdf>
- Cohen, P. and Sas, A. (1995). *Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986*. Amsterdam: Instituut voor sociale geografie, Universiteit van Amsterdam.
- Coleman, J. (1978). "A Theory of Narcotics Abstinence". Paper presented at the annual meeting of the Society for the study of social problems. San Francisco.
- Collins, R. (2011). "Drug consumption: a social ritual? The examples of tobacco and cocaine". En Hunt, G. Milhet, M. & Bergeron (eds.) *Drugs and culture. Knowledge, consumption and policy*. Farnham: Ashgate Publishing Ltd.
- Comas, D. (1985). *El uso de las drogas en la juventud*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Comelles, J.M. (1992). *El proceso de automedicación y la prevención de las drogodependencias" en Fundamentos teóricos en prevención*. Madrid: Fundamentos.
- Comelles, J. M. (1997). "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas". *Revista d'Etnologia de Catalunya* 11.

- Comelles, J. M. & Martínez Hernáez, A. (2008). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.
- Coulon, A. (2005). *La Etnometodología*. Madrid Catedra. Original 1987.
- Csordas, T. J. (1990). "Embodiment as a paradigm for anthropology". *Ethos*. Volume 18, Issue 1, 5–47.
- Dai, B. (1937). *Opium addiction in Chicago*. Montclair, NJ: Patterson Smith.
- Decorte, T. (2000). *The Taming of Cocaine*. Brussels: VUB University Press.
- Decorte, T. & Muys, M. (2010). "Tipping the balance. A longitudinal study of perceived "pleasures" and "pains" of cocaine use". En T. Decorte & J. Fountain (eds.) *Pleasure, Pain and Profit* (35-54). Lengerich: Pabst, Wolfgang Science.
- Decorte, T. & Slock, S. (2005). *The Taming of Cocaine. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*. Brussels: VUB University Press.
- Díaz, A. (1995). Historia natural del abuso de cocaína: Una tentativa de estudio de casos. Informe no publicado.
- Díaz, A. (1998). *Hoja, pasta, polvo, roca. El consumo de los derivados de la coca*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la UAB.
- Díaz, A., Barruti, M. & Doncel, C. (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaína a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Drogodependencias. Barcelona: FAD y Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de pureza y contaminación*. Madrid: Siglo XXI.
- Douglas, M. & Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Duff, C. (2004). "Drug use as a 'practice of the self': is there any place for an 'ethics of moderation' in contemporary drug policy?" *International Journal of Drug Policy*, 15 (5), 385-393.
- Durkheim, E. (1990). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: Presses Universitaires de France. Original, 1912.
- Edlin, B., Irwin, k., Faruque, S., McCoy, C., Word, C., Serrano, Y., Inciardi, J., Bowser, B., Schilling, R., Holmberg, S. and the Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. (1994). "Intersecting Epidemics. Crack Cocaine Use and HIV Infection among Inner-City Young Adults". *New England Journal of Medicine*; 331:1422-142.
- Eiximenis, F. (2009). *Regiment de la cosa pública*. Valencia: Bromera. Original, 1499.
- EMCDDA (2013). *Annual report 2013. The state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2015). *Annual report 2015. The state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Epele, M. (2007). "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras del acceso al sistema de salud". *Cuadernos de Antropología Social*, 25, 151-168.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Erickson, P.G; Watson, V; & Weber, T. (1995). "Percepciones de los usuarios de cocaína sobre su estado de salud y los riesgos del consumo de drogas", en *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- Erikson, P.G., Adalf, E.M., Smart, R.G., y Murray, G.F. (1994). *The Steel Drug. Cocaine and crack in perspective*. New York: Lexington Books.

- Esteban, M.L. (2004). "Antropología encarnada. Antropología desde una misma".  
*Papeles del CEIC# 12* junio 2004.  
[http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0416/12\\_04.pdf](http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0416/12_04.pdf)
- Ettore, B. (1985). "Psychotropics, passivity and the pharmaceutical industry". In A. Henman, R. Lewis & Malyon (eds) with B. Ettore & L. O'Bryan, *Big Deal: The Politics of the Illicit Drug Business*. London: Pluto.
- Ettore, E. (1992). *Women and Substance Use*. London: Macmillan.
- Etorre, E. (2004). "Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm". *International Journal of Drug Policy* 15, 327–335.
- Farquhar, J. & Lock, M. (2007). *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life*. London: Duke University Press.
- Fattinger K, Benowitz NL, Jones R.T. & Verotta D (2000). "Nasal mucosal versus gastrointestinal absorption of nasally administered cocaine". *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 56 (4): 305–10.
- Fernandes, L. (1990). *Os pós modernos ou cidade, o sector juvenil e as drogas*. Porto Faculdade Psicologia e Ciências Educação Univ. Porto.
- Fernandes, L. (1998). *O sítio das drogas. Etnografía das drogas Numa periferia urbana*. Lisboa: Notícias Ed.
- Fernandes, L. (2000). "Los territorios urbanos de las drogas. Un concepto operativo". En Grup Igia y colaboradores (eds.), *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias*. (53-60). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.
- Ferreroti, F. (2007). "Las historias de vida como método". *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 44, 15-40.
- Finestone, H. (1957). "Cats, kicks and color". *Social Problems* 5 (1): 3-13.

- Friedman, S.R. (2002). "Sociopharmacology of drug use: initial thoughts". *International Journal of drug policy*, 13(5), 341-347.
- Ford, CH. (2004). *Guidance for working with cocaine and crack users in primary care*. UK: Royal College of general practitioners. <http://www.rcgp.org.uk/professional-development/~media/Files/SMAH/RCGP-Guidance-for-working-with%20cocaine-and-crack-users-in-primary-care-2004.ashx>
- Foucault, M. (1985). *The history of sexuality, volume two: The use of pleasure*. London: Penguin.
- Foucault, M. (1990). "Historia de la medicalización", en *La vida de los hombres infames*. Madrid, la Piqueta. Pp,121-152. Original 1974.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI. Original 1984.
- Funes, J. y Romaní, O. (1985). *Dejar la heroína*. Madrid: Cruz Roja.
- Gamella, J. (1991). "La lógica de lo endovenoso". *Claves para la razón práctica*, nº118, 72-78.
- Gamella, J. (2008). *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Editorial Popular. Original 1990.
- Gamella, J. y Meneses, C. (1993). "Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: censo intensivo de los heroinómanos de cuatro barrios de Madrid". VV.AA., *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*, 293-323.
- Gamella, J. (1994). "The spread of IV Drug Use and AIDS in a neighborhood, Spain". *Medical Anthropology Quarterly*, 8.
- García Roca, J. (2012). *Reinvención de la exclusión social en tiempos de crisis*. Madrid: Fundación Foessa.
- Garfinkel, H. (1973). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giddens, A. (1997). "Vivir en una sociedad postradicional", en Beck, U., Giddens, A., y Lash, S. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. (77-136). Madrid: Alianza.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península. Original, 1991.
- Goffman, E. (1967). *Interaction rituals*. New York: Doubleday.
- Goffman, E. (2008). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. Original 1963.
- González, C., Funes, J., González, S., Mayol, I. y Romaní, O. (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Barcelona: Grup Igia.
- Good, B.J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Goode, E. (1984). *Deviant behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gordon, D.R. (1988). "Tenacious assumptions in western medicine". En: M.Lock y D.R. Gordon (eds.) *Biomedicina examined*. (19-56) Dordrecht: Kluwer.
- Gould, L., Walter, A.L., Lansing, E., and Lidz, C.E. (1974). *Connections: Notes from the heroine world*. New Heaven: Yale University Press.
- Granda, E. (2004). "A qué llamamos salud colectiva, hoy". *Rev Cubana Salud Pública*. vol.30, n.2. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&nrm=iso)>.



- Grund, J.P. (1993). *Drug use as a social ritual. Functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.  
<http://www.drugtext.org/library/books/grund01/grundcon.html>
- Grund, J.P., Kaplan, C.H. & DeVries, M. (2004). "Rituales de Regulación: El consumo controlado e incontrolado de las drogas en el marco natural". En Heather, N; Wodak, A; Nadelman, Ethan; O'Hare, Pat (eds.), *La cultura de drogas en la sociedad del riesgo*. Barcelona: Publicaciones Grup Igia. Original, 1994.
- Grund, J.P. (2005). "The eye of the needle: an ethno-epidemiological analysis of injecting drug use". En Pates, Richard, McBride, Andrew & Arnold, Karin (eds.), *Injecting Illicit Drugs* (11-32). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Grund, J.P., Coffin, Ph., Jauffret-Roustide, M., Dijkstra, M., Bruin, D. & Blanden, P. (2010). « The fast and furious — cocaine, amphetamines and harm reduction ». En Rhodes, T. & Hedrich, D. (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (101-104). Luxemburg: EMCDDA. Publications Office of European Union).
- Grund, J.P., Ronconi, S. & Zuffa, G. (2013). *Operating Guidelines: Beyond the disease model, new perspectives in HR, towards a self regulation and control model*. EU: NADPI project, New approaches in drug policy & interventions.  
<http://formazione.fuoriluogo.it/wp-content/uploads/2014/01/NADPI-ws1-operational-guidelines-fv.pdf>.
- Grup Igia (ed.) (1996). *Programas de reducción de riesgo: Grupos de usuarios, Tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas*. Barcelona: Publicacions del Grup Igia.
- Grup Igia y Cols. (1998). *Diversificación de los Programas de Intercambio de jeringas*. Barcelona. Grup Igia.
- Grup Igia.y Cols. (2000). *Contextos, Sujetos y Drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública y FAD.

- Hallowell, A. I. (1955). *The Self in Its Behavioral Environment. Culture and Experience*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía y métodos de investigación*. Barcelona. Ediciones Paidós.
- Haro, A. (2000). "Cuidados profanos una dimensión ambigua en la atención de la salud", en Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.). *Medicina y cultura: Estudios entre la Medicina y la antropología*. Barcelona. Edicions Bellaterra.
- Hernández, M. (2010). "El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa". *Revista interuniversitaria de formación del Profesorado*, 24 (3), 25-46.
- Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C, et al. (1998). "Evaluation of a brief intervention to reduce initiation to injecting". *Drugs Education Prevention Policy*, 5, 185-194.
- Hunt, N., Albert, E. and Montañés, V. (2010). "User involvement and user organising in harm reduction". En *EMCDDA Monograph. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*.  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_101264\\_EN\\_emcdda-harm%20red-mon-ch12-web.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101264_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch12-web.pdf)
- Husserl, E. (1993). *Ideas*. Madrid: FCE. Original, 1913.
- James, J. (1976). "Prostitution and addiction: An interdisciplinary approach". *Addictive Diseases*, 2:601-618.
- James, J (1977). "Ethnography and social problems". In: Weppner, R.S., ed. *Street Ethnography*. Los Angeles: Sage.
- Jelsma, M. (2003). Drugs in the UN system: The unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs. Amsterdam: Transnational Institute. Available at: <https://www.tni.org/en/un-drug-control/ungass/item/2240-ungass-the-unwritten-story>

- Jordi i Gonzalez, R. (2003). *Colectanea de speciers, mancebos boticarios, boticarios, farmacéuticos practicantes de farmacia y farmacéuticos de Catalunya: (1207-1997)* Barcelona: Fundació Uriach.
- Kaplan C.D., de Vries M.W., Grund J.P. and Adriaans N.F.P. (1990). "Protective Factors: Dutch Interventions, Health Determinants and the Reorganization of Addict Life." Pp. 165-176 in H.A. Ghodse, C.D. Kaplan and R.D. Mann, eds, *Drug Misuse and Dependence*, Park Ridge, New Jersey: Panthenon Publishing Group.
- Kirmayer, L.J. (1988). "Mind and body as a metaphors: hidden values in biomedicine". En M.Lock y D.Gordon (eds.), *Biomedicine examined* (57-93) Dordrecht: Kluwer.
- Kleinman A. (1978). "Concepts and Model for the comparison of medical systems as a cultural model". *Soc. Sci. and Med.*, Vol 12. pp 85-93.
- La Barre, W. (1975). *The peyote cult*. Handen, CT: Archon Books. Original, 1938.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., et al. (2007). "I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smocking resources are distributed". *International Journal of Drug Policy*, pp. 1–10.
- Lévi-Strauss, C. (1995). *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós. Original, 1974.
- Lindesmith, A. R. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Luhman, N. (2013). "A combined social prevention". En Debaulieu, C, Luhmann, N. & Maguet, O. (eds.), *The history & principles of harm reduction, between public health & social change*. France: Médecins du monde.
- Lupton, D. (2013). *Risk*. Routledge, New York. Original 1999.

- Llorca, A. (2010). *Antropología Médica y Epidemiología: hacia una mayor comprensión y normalización del fenómeno social de consumo de drogas*. Tesina de Máster. Antropología Médica y Salud Internacional. DAFITS URV. [http://www.encod.org/info/IMG/pdf/ANTROPOLOGIA\\_MEDICA.pdf](http://www.encod.org/info/IMG/pdf/ANTROPOLOGIA_MEDICA.pdf)
- Llorca, A. (2013). "La organización de los usuarios". En Martínez Oró, D. P. & Pallarès, P. (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, (195-208). Lleida: Milenio.
- Llorca, A. y Borràs, T. (2013). "La diferencia que hace la diferencia: La ampliación de la mirada de género e introducción a una teoría del cuerpo. Una estrategia para aprender junt@s". En Llorca, A. & Borràs, T. (eds.), *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas* (264-280). Reus: Grup Igia.
- Llorca, A. y Borràs, T. (2014). "Mujeres y Drogas: Más allá de la heteronormatividad". *Revista Cañamo Chile*. N: 30 Marzo.
- Llorca, A. & Martínez-Oró, D. P. (2015). "Contextos sociales y consumo de los derivados de la coca: el ocaso del prohibicionismo". *VVAA Roadmaps to regulation Report, Information handed*. Oxford: Beckley Foundation. En prensa.
- Mac Hill Hughes, H. (ed.) (1971). *The fantastic lodge. The autobiography of a girl drug addict*. Greenwich: Fawcett Publications.
- Marandaa, H., Chenglong, H. and Rainone, (2011). "Crack cocaine and sex". *Journal of Psychoactive Drugs*, Volume 36, Issue 3, 2004 p-315-322.
- Marlatt, G.A. (1998). "Basic principles and strategies of harm reduction". En Marlatt, G.A. (ed.) *Harm Reduction, pragmatic strategies for managing high-risk behavior*. New York-London: The Guilford Press.
- Martínez Hernández, A. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

- Martínez-Hernández, A., Comelles, J.M. y Periguero Gil, E. (2015). "Genealogía de la Antropología Médica en España". *Revista de dialectología y tradiciones populares*, vol.LXX, n. °1, 205-233, enero-junio.
- Martínez Oró, D.P y Pallarès, J. (2009). *Entre rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína*. Lleida: Milenio.
- Martínez Oró, D. P. & Conde, F. (2013). "¿Consumo de drogas o drogas de consumo? La influencia de la Sociedad de Consumo en los consumos de drogas". En Martínez Oró, D. P. & Pallarès, J. (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (39-54). Lleida: Milenio.
- Martínez Oró, D. P. & Pallarès, J. (2013). "Riesgos, daños y placeres". En Martínez Oró, D. P. & Pallarès, J. (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (23-36). Lleida: Milenio.
- Martínez Oró, D. P. (2014). *Sense passar-se de la ratlla. La normalizació del consums recreatius de drogues*. Barcelona: Ed. Bellaterra.
- Matza, D. (1981). *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus. Original, 1964.
- Mauss, M. (1925). "Essai sur le don: Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques". *L'année sociologique, nouvelle série*, 1.
- Mauss, M. (1950). *Une Catégorie de L'Esprit Humain: La Notion du Personne, Celle du "Moi."* *Sociologie et Anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France. Original 1938.
- Mead, G.H. (1993). *Espíritu, persona y sociedad*. México: Paidós. Original, 1934.
- Menéndez, E.L. (1978). "El Modelo Médico y la salud de los Trabajadores" en: Basaglia, Franco et al: *La Salud de los Trabajadores*. México. Nueva imagen, pp.11-53.
- Menéndez, E.L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, D.F: Editorial Alianza Mexicana. Consejo nacional para la Cultura y las Artes.

- Menéndez, E. L. (ed). (1991). *Antropología el alcoholismo en Méjico. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México: Cuadernos de la Casa Chata 179.
- Menéndez, E.L. y Pardo R.B. di (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociológicos*. Abril. Hemeroteca virtual ANUIES.
- Menéndez, E. L. (2000). "La dimensión antropológica", En Grup Igia y colaboradores (eds.), *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias*. (79-98). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.
- Menéndez, E. L. (2001). "De la reflexión Metodológica a las prácticas de investigación". *Relaciones*, 22 (88) pp.119-164.
- Menéndez, E. L. (2001). "Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y Mercado de saberes". Cuadernos de Antropología Social n.13, pp. 9-51.
- Menéndez, E. L. (2005). "El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores". *Revista Salud Colectiva*. 1(1) pg. 9-32. Enero-Abril.
- Meneses, C. (2001). *Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroíomanía femenina*. Granada: Universidad de Granada.
- Meneses, C. (2002). "De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres". *Miscelánea Comillas*; 60: 217-43.
- Merleau-Ponty, M. (1942). *La Structure du Comportement*. Paris:Presses Universitaires de France.
- Merleau-Ponty, M. (2007). « Phenomenology of perception », en Farquhar, J. Y Lock, M. (Org.) *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life*. London: Duke University Press.

- Merlo, G., Borazzo, F., Moreggia, U., and Terzi, M.G. (1992). *Network of powder. Research report on the cocaine use in Turin*. Ufficio Coordinamento degli interventi per le Tossicodipendenze.
- Morningstar, P.J. & Chitwood, D.D. (1982). *Cocaine user subculture. Proceedings of the symposium on cocaine*. New York: Narcotic and drug research, Inc. and New York State Division of substance abuse services.
- Moore, J., Cerea, L., Garcia, C., Garcia, R., and Valencia, F. (1974). *Homeboys*. Philadelphia: Temple University Press.
- Mugford, S.K. y Cohen, P. (1989). *Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sidney, Camberra and Melbourne*. Report to research into Drug Abuse Advisory Committee, National campaign against drug abuse.
- Nichter, M. (2006). "Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica". *Desacatos*, enero-abril n°20:109-132. México DF., CIESAS.
- O'Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning E. y Drucker E. (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- O'Malley, P. and Valverde, M. (2004). "Pleasure, Freedom and Drugs: The uses of "pleasure" in liberal governance of drugs and alcohol consumption". *Sociology*, Volume 38 (1):25-42.
- Observatorio Español sobre Drogas (OEDT). (2015). Informe 2013. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- ONU (1961). Single Convention on Narcotics Drugs.  
[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf)
- Oretti, R. & Gregory, P. (2005). "Women and injecting". En Pates, Richard, McBride, Andrew & Arnold, Karin (eds.), *Injecting Illicit Drugs* (59-68) Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

- Page, B. y Singer, M. (2010). *Comprehending Drug Use. Ethnographic research at the social margins*. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press.
- Pallarès, J. (1995). *La dolça punxada de l'escorpí*. Lleida: Pagès Editors.
- Parés, O. (2013). "La génesis de la reducción de riesgos". En David Pere Martínez Oro & Joan Pallarès (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (71-88). LLeida: Milenio.
- Pates, R. & Witcher, J. (2005). "History of injecting". En Pates, Richard, McBride, Andrew & Arnold, Karin (eds.), *Injecting Illicit Drugs* (1-10) Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington: Mass D. C. Heath.
- Peele, S. (1987). "A moral vision of addiction. How people's values determine whether they become and remain addicts". *Journal of drug issues*, Vol.17(2):187-215.
- Peele, S. (1990). "Addiction as a Cultural Concept". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205-220. Peele, S. (1998). "Cocaine and the concept of addiction: Environmental factors in drug compulsions". *Addiction Research*, 6, 235-263.
- Peele, S. (2010). "The meaning of addiction: DSM-5. Gives the lie to addiction as a chronic brain disease". *Psychiatric Times*, August, 24.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P. y Wolff, F.A. (2002). 'Effects of concurrent use of alcohol and cocaine', *Addiction* 97(7), pp. 773-783.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004). "Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups". *European Addiction Research* 10, pp. 147-55.
- Plant, M. (1974). "Assessing drugtaking as a problem: An English observation study". *British Journal of Addiction*, 71:155-159.



- Plant, M. (1975). *Drugtakers in an English Town*. London: Tavistock Publication.
- Ramírez, S. (2013). "Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud". En Oriol Romaní (ed.) *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV.
- Reinarman, C. & Levine, H.G. (2004). "Crack in the rear-view mirror: Deconstructing drug war Mythology". *Social Justice*, 311, (2), 182-199.
- Reinarman, C. (2005). "Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease". *Addiction Research and Theory*. 13, 307–320.
- REITOX (2012). National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Spain. New Development, Trends and in-depth information on selected issues. EMCDDA.
- REITOX (2013). National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Spain. New Development, Trends and in-depth information on selected issues. EMCDDA.
- REITOX (2015). National report (2014 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Spain. New Development, Trends and in-depth information on selected issues. EMCDDA.
- Reynaud-Maurupt, C. & Hoareau, E. (2010). *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés"*. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Rhodes, T. (2009). "Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach". *International Journal of Drug Policy* 20 (3), pp. 193–201.
- Rivers, W.H.R. (2010). "*Medicina, màgia i religió*" en Martínez Hernáez (ed.) Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Servei de Publicacions.
- Rodríguez Cabrero, G. (1988). *La integración social de los drogodependientes*. Madrid : PNSD.

- Romo, N. & Pérez, N. (2013). "¿Las chicas también arriesgan?". En David Pere Martínez-Oró & Joan Pallarès (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (239-250). Lleida: Milenio.
- Rolles, S. (2009). *Alter the war on drugs: Blueprint for regulation. Executive Summary*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation.
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D. & Slater, J. (2012). *The alternative world drug report. Counting the costs of the war on drugs. Executive summary*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation.
- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.
- Romaní, O., Espinal, N. y Rovira, J. M. (1989). *Presa de contacte amb els drogodependents d'alt risc*. (PCDAR). Barcelona: Institut Municipal de Salut.
- Romaní, O. & Rimbau, C. (1992). *Drogodependientes: circuitos informales y procesos de integración social*. Barcelona: IRES.
- Romaní, O., Baulenas, G., Borràs, T., Fernández, L. y Sánchez, E. (1995). *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup Igja.
- Romaní, O. (1997). "Etnografía y drogas. Discursos y prácticas". *Nueva Antropología*, XVI (52), 39- 66.
- Romaní, O. y Comelles, J.M. (1999). "Automedicación y dependencia. Las contradicciones ligadas al uso de psicotrópicos en las sociedades contemporáneas". *LiberAddictus* núm. 33.  
<https://www.researchgate.net/publication/269409529> Automedicacion y dependencia Las contradicciones ligadas al uso de psicotropicos en las sociedades contemporaneas primera parte
- Romaní, O. (2004). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel. Original, 1999.

- Romaní, O. (2005). "Globalización, Anti-globalización y políticas de reducción de Daños y Riesgos". *Eguzkilo*, 19, 91-103.
- Romaní, O. (2006). "Barcelona desde la Academia o los avatares de una antropología implicada". En Feixa, C. (dir.) *Jóvenes 'latinos' en Barcelona. Espacio público y cultura urbana*. Barcelona: Anthropos.
- Romaní, O. (2008). "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño". *Salud Colectiva*, Buenos Aires. Septiembre-Diciembre.
- Romaní, O. (2010). "De jóvenes y riesgos, algunas propuestas teóricas". En Romaní, O. (coord) *Jóvenes y Riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Bellaterra.
- Romaní, O. (2013). "Reducción de daños y control social. ¿De qué estamos hablando?". En Martínez Oró, D. P & Pallarés, J. (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (103-116). Lleida: Milenio.
- Romo, N. (2001). *Mujeres y drogas de síntesi. Género, riesgo en la cultura del baile*. Donostia:Gakoa.
- Romo, N. (2010). "La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas". *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), 269-272.
- Rosen, G. (1974). *De la Policía Médica a la Medicina Social*. México:Siglo XXI.
- Rosenbaum, M. (1973). *The World and career of the woman heroin addict*. San Francisco: Institute for scientific analysis.
- Rosenbaum, M. (1981). *Women on heroine*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Roso, A., Romanini, M., Macedo, F., Angonese, M., Monaiar, A. & Bianchi, M. (2013). "Discourses about crack in the printed mass media". *Estudios de Psicología. Campinas*. 30 (3), 455-465.

- Rubin, V. and Comitas, L. (1976). *Ganja in Jamaica: A Medical Anthropology study of chronic Marijuana use*. Scotch Plains: Mouton/MacFarland.
- Sabbag, R. (2002). *Snow Blind. A brief career in cocaine trade*. Edinburgh: Canongate. Original 1976
- Sackman, B.S. (1976). *Angela's Band: An ethnography of disciplined heroin users*. Unpublished. Los Angeles: Bertram, S., Sackman Associates.
- Sánchez Avilés, C. (2014). *El régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con políticas nacionales. El caso de la política de drogas en España*. Tesis doctoral no publicada. Departament de Dret. Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.
- Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu. Original, 1962.
- Schutz, A. (1974). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu. Original, 1964.
- Sepilli, T. (1996). "La medicina popolare in Italia". *La Ricerca Folklorica*, 8:3-136.
- Sepúlveda, M. (1997). "El silencio de los angustiados: contextos discursivos en el consumo de Pasta Base de Cocaína". En Hopenhayn, M. (Comp.) *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sepúlveda, M. y Romaní O. (2013). "Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo". En Martínez Oró, D. P. & Pallarés, J. (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. (89-102). Lleida: Milenio.
- Sepúlveda, M. (2010). "Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio". *El Cotidiano*, 163, 55- 65.

- Sepúlveda, M. (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: exotización, vicio y enfermedad*. Tesis doctoral no publicada. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- Sharpe, T.T. (2001). "Sex-for-Crack-Cocaine Exchange, Poor Black Women, and Pregnancy". *Qualitative Health Research*, Vol. 11 No. 5, September 2001 612-630. Sage.
- Singer, M. & Baer, H. (2011). *Introducing Medical Anthropology. A discipline in action*. Maryland: Altamira Press. 2012.
- Southwell, M. (2005). "Transition to and from injecting". En Pates, Richard, McBride, Andrew & Arnold, Karin (eds.), *Injecting Illicit Drugs* (118-134) Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Southwell, M. (2008). *Consumer action and drug supply networks, unpublished report*.  
<http://tinyurl.com/consumeractiondealers>
- Southwell, M. (2010). "People who use drugs and their role in harm reduction" en Rhodes, T. & Hedrich, D. (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (101-104). Luxemburg: EMCDDA. Publications Office of European Union).  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_101267\\_EN\\_emcdda-harm%20red-mon-ch4-web.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101267_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch4-web.pdf)
- Southwell, M. & Durjava, L. (2013). "Viviendo en sueños, gestionando las realidades. Ketamina". En Llorca, A. & Borràs, T. (eds.), *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas* (304-327). Reus: Grup Igia.
- Sutherland, E.H. (1937). *The professional thief*. Chicago: University of Chicago Press.
- Symington, A. (2007). "Ottawa: crack pipe program cancelled by city council". *HIV/AIDS Policy & Law Review* 12, pp. 29–30.

- Taylor, A. (1993). *Woman Drug Users. An ethnography of a female injecting community*. New York. Oxford.
- TNI (2003). *Coca, cocaína y las Convenciones Internacionales*. Transnational Institute Informe sobre políticas de drogas, 5. Ámsterdam: TNI.
- Toronto Harm Reduction Task Force (2003). *Peer Manual, A guide for peer workers and agencies*. <http://www.harmreductionnetwork.mb.ca/docs/thrtf.pdf>
- Trautmann, F. Barendregt, C. (1994). *The European Peer Support Manual*. Trimbos Institute. <http://www.trimbos.org/~media/Programmas/Internationalisering/Peer%20Support%20Manual.ashx>
- Treloar, C. & Holt, M. (2006). "Deficit models and divergent philosophies: Service providers' presepctives on barriers and incentives to drug treatment". *Drugs: education, prevention and policy*, August 2006; 13 (4): 367-382).
- UNODC. (2015). *Informe Mundial sobre las drogas 2015*. Resumen Ejecutivo. Ginebra: UNODC.
- Usó, J. C. (1996). *Drogas y cultura de masas. España 1855-1995*. Madrid: Taurus.
- Valverde, C. (2015). *De la necropolítica neoliberal a la empatía radical. Violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización*. Barcelona: Icaria: Más madera.
- Van Dam, T. (2008). "A brief overview about the drug user movement". En Anker, J., Grosso, L., Van Dam, T. & Camoletto, L. *Empowerment and Self-Organisations of Drug Users*. 57-61. Amsterdam: Correlation Network <http://www.correlation-net.org/images/stories/pdfs/products/empowerment.pdf>
- Vancouver Declaration (2006). *Why the world needs an international network of activists who use drugs*. <http://www.inpud.net/en/vancouver-declaration>
- Vives, J.L. (2007). *El socorro de los pobres. La comunicación de bienes*. Madrid: Tecnos. Original, 1526 y 1535.

- Waldorf, D., Murphy, S., Reinerman, C. and Joyce, B. (1977). *Doing Coke: An ethnography of cocaine users and sellers*. Monograph. Washington, D.C.: Drug Abuse Council.
- Waldorf, D. (1980). "A brief History of illicit-drug ethnographies". V.V.A.A, *Ethnography: A research tool for policymakers in the drug and alcohol fields*. Rockville Maryland: NIDA.
- Waldorf, D., and Biernacki, P. (1981). "The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings". *Journal of Drug Issues* 11(1):61-74.
- Waldorf, D., Reinerman, C & Murphy, S. (1991). *Cocaine Changes*. Philadelphia: Temple University Press.
- Weber, M. (1973). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu. Original, 1922.
- Weber, M. (1984). *Economía y sociedad*. México. FCE Original 1922.
- Young, A. (1982). "The anthropologies of illness and sickness". *Ann. Rev. Anthropol* 1982. 11:257-85. Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.
- Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University.
- Zuffa, G. (2014). *Cocaína. Hacia un modelo basado en la autorregulación. Nuevas tendencias en la reducción de daños. Serie reforma legislativa en materia de drogas*. Amsterdam: Transnacional Institute.

- Todas las referencias on-line han sido consultadas por última vez el 5/1/2016, excepto: Díaz, A. (1995). *Historia natural del abuso de cocaína: Una tentativa de estudio de casos y Cocaine Project* (1995). Nota de prensa de difusión de resultados, consultados el 4/8/2015. Actualmente han dejado de estar disponibles on-line en el sitio web del TNI.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

"EL PÁJARO ESTÁ EN EL NIDO". COCAÍNA, CULTURA Y SALUD: MÁS ALLÁ DEL MODELO DE ADICCIÓN.

UNA ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN REUS.

Antoni Llord Suárez