

## ***"Dime dónde consumes y te diré..." Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción***

Antoni Llorca Suárez

Servei d'Addiccions i Salut Mental. Hospital Universitari Sant Joan de Reus <sup>1</sup>

MARC (Medical Anthropology Research Center) Universitat Rovira i Virgili

DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.616>

### **Resumen**

En este artículo se presenta un modelo de análisis sociocultural del uso de cocaína a partir de la identificación de distintos espacios de consumo. Este modelo forma parte de una investigación sobre las diferentes variables socioculturales que influyen en la salud de las personas consumidoras de cocaína, así como en el mantenimiento de sus funciones y relaciones sociales. Se ha realizado trabajo de campo etnográfico durante un año y medio en Reus guiado por las teorías fenomenológicas y del interaccionismo simbólico. También se han realizado 36 entrevistas en profundidad a consumidores de distintas modalidades. Los principales resultados han sido comprender cómo los espacios de consumo moldean la experiencia y las condiciones de riesgo donde estas prácticas se llevan a cabo y visibilizan al mismo tiempo cómo los factores socio-estructurales impactan sobre la salud y el estatus social de los consumidores.

**Palabras clave:** etnografía, cocaína, adicción como enfermedad, salud colectiva

---

<sup>1</sup> Enviar correspondencia a: [allort@grupsagessa.com](mailto:allort@grupsagessa.com) (Antoni Llorca Suárez)



Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

## Abstract

This article presents a model of socio-cultural analysis of cocaine use based on the identification of different consumption spaces. This model is part of a research on the different socio-cultural variables that influence the health of cocaine users, as well as the maintenance of their social functions and relationships. Ethnographic field work has been carried out for a year and a half in Reus guided by phenomenological theories and symbolic interactionism. There have also been 36 in-depth interviews with consumers of different modalities. The main results have been to understand how consumption spaces shape the experience and risk conditions where these practices are carried out and at the same time make visible how socio-structural factors impact on the health and social status of consumers.

**Keywords:** ethnography, cocaine, addiction as a disease, collective health

## Introducción

El objetivo de este artículo es resumir uno de los principales resultados de investigación derivados de la tesis doctoral<sup>2</sup> que consistió en describir las variables socioculturales que influyen en la salud de las personas consumidoras de cocaína en Reus. Desde la perspectiva teórica de la Antropología Médica Crítica se han enfatizado y focalizado los aspectos culturales, sociales y políticos del fenómeno, dejando en segundo y tercer plano, pero sin omitirlos, otros modelos interpretativos como el conductual o el biológico/farmacológico.

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, Tarragona), desarrollando proyectos de Salud Colectiva<sup>3</sup> y reducción de daños y riesgos entre la población consumidora y policonsumidora de

---

<sup>2</sup> Llorc, A. (2016). *"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. En prensa.

<sup>3</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. Este último consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y poder ejercer un mayor control sobre la misma poniendo énfasis en los factores socioeconómicos como fuente de desigualdades sociales con relación a la salud.

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

toda clase de drogas legales e ilegales. En el ámbito comunitario, la colaboración con la asociación ARSU<sup>4</sup> y el centro de reducción de daños, acogida y actividades "La Illeta"<sup>5</sup>, ha desarrollado un papel central tanto para mi posición profesional, como para el desarrollo de esta investigación, facilitando el conocimiento directo de este fenómeno y gran parte de los informantes a los que he accedido.

En la primera fase de la investigación, y a partir de los relatos, discursos y la observación participante, se distinguieron tres modelos de administración de la sustancia, que no se describirán en este artículo, a saber, esnifado, inyectado y fumado (base). Las formas de consumo me sirvieron inicialmente para estructurar la investigación, describiendo las técnicas de uso, el contexto en que se dan y la interpretación que los sujetos realizan de las mismas. Este enfoque me permitió abordar el problema de estudio sin necesidad de diferenciar entre tipos de consumidores problemáticos o normalizados.

En segunda instancia, y objetivo de este artículo, se presenta un modelo de análisis sociocultural del uso de cocaína basado en la caracterización de distintos espacios de consumo identificados. Podremos observar cómo estos espacios moldean la experiencia y las condiciones de riesgo en que estos consumos se realizan e influyen también en la socialización de sus actores.

A continuación, se introducen los diferentes apartados que conforman el presente artículo. Primero, se resume el marco teórico metodológico fundamentado en las potencialidades de la etnografía como método de investigación social, la construcción sociocultural del concepto de adicción como enfermedad y las bases fenomenológicas que permiten significar la experiencia vivida como objeto de estudio. Concluye la primera parte con una introducción al concepto de territorios urbanos y las interacciones entre sujeto, sustancias y contextos.

---

<sup>4</sup> Associació Reus Som Útils: [www.arsu.es](http://www.arsu.es) Asociación para la defensa de los derechos de las personas consumidoras de drogas de Reus. Proyectos de reducción de daños, autoapoyo y educación de pares.

<sup>5</sup> Atiende necesidades básicas y ofrece actividades alternativas lúdico-culturales, ocupacionales y de inserción laboral a personas que presentan carencias básicas de tipo social y problemática asociada al uso de drogas.

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

Una segunda parte, describe las características del trabajo de campo así como la composición de la muestra de informantes y métodos utilizados para obtener los datos de investigación. En la tercera parte, se presentan los principales resultados obtenidos que se articulan mediante un modelo de análisis sociocultural de los espacios utilizados para el consumo de cocaína. Y para finalizar se exponen y discuten las conclusiones derivadas de todo el proceso de investigación.

### **Marco teórico-metodológico**

Fundamentaré en este apartado las cualidades específicas de la antropología médica y la etnografía como estrategia de investigación para el estudio del fenómeno de uso de drogas, basándome en su especificidad y la efectividad para el estudio de los fenómenos sociales 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. También destaco su enfoque holístico, el cual permite analizar la realidad interrelacionando los distintos niveles de la misma (micro-macro) y de su capacidad para interactuar con los grupos estudiados, no sólo a nivel de investigación-acción, sino también a nivel de concienciación, movilización de objetivos y cobertura de necesidades.

La etnografía ha hallado en la llamada perspectiva y/o filosofía hermenéutica interpretativa de los hechos sociales (fenomenología) una fuente de inspiración al compartir la búsqueda del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida cotidiana y la perspectiva de los participantes (Husserl, 1993; Schutz, 2008; Garfinkel, 2006; Berger y Luckmann, 2001; Mead, 1993). Así, la filosofía fenomenológica se presenta como una filosofía del hombre en su actividad cotidiana, capaz de explicar el sentido de este mundo vital de una manera rigurosamente científica. Su objeto es la demostración y explicación de las actividades de conciencia (*Bewusstseinsleistungen*) de la subjetividad trascendental dentro de la cual se constituye este mundo de la vida (Schutz 2008:128).

Garfinkel (2006), dentro de las corrientes de la sociología fenomenológica moderna, desarrolló lo que denominaría «etnometodología», el estudio de los «etnométodos», las herramientas, habilidades, aprendizajes, discursos y prácticas que los actores o

Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

sujetos utilizan para posibilitar la vida en común, gestionando y regulando las relaciones sociales que establecen. Es una noción previa a lo que más tarde Bourdieu (2002:448) denominará *habitus* o la «clase incorporada»: propiedades biológicas socialmente moldeadas o las posturas prácticas o explícitas sobre el mundo social. Goffman (1974:22), sobre la misma base, trabajará el concepto «marcos de análisis», desarrollando la idea de que toda «experiencia», «toda actividad social», puede contemplarse desde varios «encuadres» y que estos se relacionan entre sí.

La etnometodología, orientación a la cual adscribo esta investigación, plantea que las actividades por las cuales los actores sociales producen y manejan escenarios organizados de cotidianidad, son idénticos a la manera como éstos cuentan o «hacen explicables» estos escenarios. Esas prácticas y sus propias explicaciones tienen un carácter explícitamente «reflexivo» o «encarnado» (Garfinkel, 2006:9).

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. De esta manera, se intenta desarrollar una comprensión de las conductas que de otro modo podrían parecer irracionales, automatizadas, sin sentido o que pasarían desapercibidas. Mientras la literatura actual sobre la adicción tiende a reflejar los intereses de los psicólogos, psiquiatras y de los sociólogos de la desviación social, los antropólogos indagan sobre la cuestión mediante la participación en los procesos y con los mismos actores protagonistas, descubriendo una realidad formada por un complejo sistema sociocultural.

Es importante señalar otra vez la premisa sobre que las cuestiones relacionadas con la salud son mucho más que fenómenos estrictamente biológicos. Los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición son estructuras universales en cualquier grupo humano que permiten desarrollar distintos sistemas de atención a la salud y a la enfermedad.

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

Antoni Lloret Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

protagonismo para poder explicar, también, cómo se construye un modelo y un discurso de la normalización del uso de drogas (Martínez-Oró, 2015), ya no sólo a nivel individual o grupal, sino a nivel social. Por otro lado, la teoría de los modelos explicativos (Kleinman, 1997:97) permitirá complementar la descripción de las distintas prácticas de autoatención (Menéndez, 2005:55) 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 sociopolítico 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 —el uso de drogas legales—, y que tiene que ver también con los procesos de autoatención.

Este tipo de enfoque posibilitará, al mismo tiempo, construir un modelo de análisis fundamentado en las distintas concepciones teóricas de la antropología médica, *illness-disease-sickness* (Young, 1982:257; Martínez Hernández, 2008), que no sólo tendrá en cuenta las discursivas de la enfermedad —en este caso la adicción—, sino que también tendrá la de la dimensión social en donde todas estas significaciones cobren realidad. Podremos hablar, pues, a partir de este momento, del denominado sistema drogas, que tiene en cuenta la relación entre el individuo y la sustancia, y también la de todos los factores socioestructurales 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, las creencias relacionadas, los distintos efectos sobre distintas personas, la dosificación, los procesos de 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 etcétera.

Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, *perifèria* 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

En los distintos estudios etnográficos clásicos<sup>6</sup> sobre el uso de drogas, podemos observar cómo emergen otros conceptos o estructuras analíticas que serán muy útiles para ordenar y elaborar un marco de referencia para estudiar los distintos usos y significados de la cocaína en este trabajo. Por ejemplo, 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 en espacios no formalmente institucionalizados, 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 de la enfermedad como problemática o de la desviación social, visibilizando la capacidad de autogestión de los consumidores o la pérdida de control por otro lado. También los estudios que tienen en cuenta la teoría de la desviación social (Becker, 2009) permiten visualizar y contrastar la teoría de los procesos de etiquetación o etiquetamiento que han sido tradicional 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 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

---

<sup>6</sup> Ver, por ejemplo: Llorc, A. (2016). Etnografía y consumo de drogas. Relatos para la gestión de la salud pública.

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, *perifèria* 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

se ha conseguido llegar a un suficiente nivel de consenso. La adicción como enfermedad no surgió de la acumulación natural de descubrimientos científicos (Reinarman, 2005:308), sino que fue inventada histórica y culturalmente bajo condiciones específicas, promulgada por actores e instituciones particulares y se reprodujo por medio de ciertas prácticas discursivas. Según Peele (1985:6), la idea de que la adicción es resultado de un mecanismo biológico específico que bloquea el cuerpo en un patrón invariable de comportamiento, está siendo ampliamente discutida. Otros autores apuntan que inicialmente se gestó como un término «especulativamente neurobiológico», escasamente «científico» en lo metodológico y arraigado profundamente a intuiciones «psicológicas» (Apud y Romaní, 2016:117).

Por ejemplo, Peele (2010:1) arguye que, a pesar de que los líderes del grupo de investigadores encargados de delimitar los trastornos relacionados con las sustancias para el nuevo DSM-V sean unos grandes defensores de la noción de la adicción como enfermedad, nada de lo propuesto en el nuevo manual 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», remplazando 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 en el DSM-V no existente en la versión anterior). Estas sustancias tienen un perfil químico y farmacológico totalmente distinto. La realidad clínica de los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el uso de sustancias psicoactivas es muy compleja por su elevada carga social (por ejemplo, disponibilidad y precio de la sustancia, expectativas, percepción de riesgo de cada sustancia, procesos de aprendizaje, diversidad de contextos, etc.). Sin negar el claro peso biológico de este proceso, 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 (Becoña, 2014:61).



Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

El término adicción, pues, se nos presenta como un 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 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 ese 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 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.

En suma, continúa predominando el discurso basado en los experimentos con animales en laboratorio en lugar de reforzar la imagen de que el uso de toda sustancia depende del entorno del usuario. 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

Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

y públicas de la adicción, pero no lo hacen. Continúan manteniendo un papel subsidiario dentro de lo que hemos denominado *Modelo Biomédico*, que ha creado, a mi parecer, el «modelo de adicción como enfermedad» a favor de sus intereses y el de las clases dominantes en una sociedad neoliberal que busca establecer mediante sus tentáculos, mecanismos de control social para perpetuarse.

### **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 concepto de *embodiment* es paradigmático de esta nueva concepción materialista de la experiencia, traducido como corporalización de la experiencia. «Nociones como cuerpo, 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 Hernáez, 2008:115). Este paradigma metodológico se caracteriza por una compleja disolución de la dualidad entre cuerpo y mente, objeto-sujeto característicos de la filosofía cartesiana.

Scheper-Hughes y Lock (1987:26) afirman que las culturas son disciplinas que proporcionan códigos y pautas sociales para la domesticación del cuerpo individual de acuerdo con las necesidades de la política y del orden social. Douglas (1973:173) expone 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 con la cultura, sino que debe ser considerado como el sujeto de la cultura, es decir, el sustrato existencial de la

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

cultura (Csordas, 1990:5). 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, 1987:25). 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, 2004:39).

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 sustentarán gran parte del análisis de los datos etnográficos obtenidos para la elaboración de esta investigación y la descripción de los espacios físicos y simbólicos que se desarrollan en este artículo. También permiten contextualizar los consumos de cocaína desde una perspectiva crítica: 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.

### **Territorios urbanos y las interacciones entre sujeto, sustancias y contextos**

En este apartado pondremos de relieve la dimensión físico-espacial del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas como una dimensión constitutiva de su expresión. No sólo tendremos en cuenta a los actores, sino también los espacios en los cuales interaccionan algunas de sus actividades (Fernández, 2000), forjando así la base para el análisis central de este artículo.

Han existido y existen, en relación con el uso de drogas, espacios públicos, zonas o territorios que mantienen desde hace décadas actividad relacionada con la

Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

compraventa y consumo de sustancias psicoactivas (inyectado, fumado, en sus diferentes variantes) y que forzosamente se convierten en puntos de convivencia y contacto con el resto de ciudadanía. Podemos llamar a estos espacios "territorios psicótopos", «definidos como un lugar de concentración espontánea de actores sociales de las drogas; o como un 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» (Fernández, 2000:57, en Llorc, 2013:198).

Este tipo de escenarios deben ser considerados prioritarios para nuestras investigaciones naturalistas, pues ofrecen retos y oportunidades de conocimiento: prácticas ocultas, las relaciones, las creencias, los rituales de consumo o las experiencias subjetivas, permitiéndonos acceder a una parte de la lógica de los mecanismos de exclusión social, relacionada con la ilegalidad, la clandestinidad y los riesgos asumidos en consecuencia. El acceso y conocimiento exhaustivo de estos lugares es complicado para muchos investigadores, y la colaboración de usuarios o exusuarios de drogas nos puede facilitar mucho el acceso a este campo. Así como he señalado antes la importancia desde un plano fenomenológico, de la interacción entre la cultura y el cuerpo, también podemos considerar los espacios psicoactivos como elementos ineludibles en el análisis social del uso de drogas, convirtiéndose también en parte del objeto de estudio antropológico. Veremos en la sección de resultados cómo se han categorizado distintos tipos de espacios mediante los datos etnográficos obtenidos. Podemos considerar, así, a los espacios simbólicos como parte de la cultura y, por tanto, consideraremos su capacidad de moldear el cuerpo y las actividades de la vida cotidiana en sus distintas dimensiones.

### **Trabajo de Campo**

El periodo de recogida de datos etnográficos empezó en junio de 2013 y se prolongó hasta enero de 2015; éste se ha basado en sesiones de observación participante (6 horas mensuales) en diferentes escenarios de consumo (chutaderos, espacios de compraventa, espacios de ocio nocturno, y espacios privados) y 36 entrevistas semiestructuradas a consumidores de cocaína, las cuales han requerido

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

más de un encuentro y un mínimo de tres horas de entrevista. Buscaba perfiles de consumidores en función de su predilección 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 ha propuesto para tipificar al consumidor de cocaína de riesgo. Para facilitar la tarea y porque también me pareció razonable, decidí flexibilizar los criterios de inclusión y rebajar hasta 15 veces en el último año o en el anterior como requisito mínimo para entrar en el estudio.

Las entrevistas se estructuraron con la intención de obtener un relato biográfico focalizado en la historia de consumo de cocaína. Tras recoger elementos descriptivos de las características de socialización, sistema de pertenencia y nivel socioeconómico de cada informante, las entrevistas se centraron en la descripción de los distintos procesos de socialización y relación con la sustancia: iniciación, dosificación, técnicas de consumo, evolución del consumo, presencia o no de otras sustancias, lugares de consumo, aspectos relacionados con la salud, descripción de los efectos negativos y positivos, problemáticas relacionadas, prácticas o estrategias de reducción de daños y riesgos, reflexiones sobre la historia de consumo, contacto o no con centros asistenciales, problemas legales, impacto en las relaciones personales y sociales, etc. Aplicar el mismo esquema de entrevista semiestructurada ha permitido comparar y observar diferentes itinerarios de consumo obteniendo un marco de análisis de datos sólido y estructurado que ha facilitado establecer prioridades, detectar elementos simbólico-estructurales y unidades de significación para el estudio de los datos y las variables emanadas de las historias de vida focalizadas en el consumo.

El primer grupo de informantes a los que pude entrevistar se ha caracterizado por ser personas que acuden al servicio especializado de atención a realizar tratamiento psicoterapéutico y/o seguimiento sanitario y/o social por problemas con el consumo de cocaína esnifado mayoritariamente: 8 hombres y 1 mujer.

Para los perfiles —inyectado y fumado— fue relativamente fácil pensar en que compañeros de la asociación de usuarios o personas que participan en el proyecto del centro de acogida y reducción de daños anteriormente descritos, estarían

Antoni Lloret Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, *perifèria* 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

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. Con las personas que ya conocía de este subgrupo, intenté realizar todas las sesiones de grabación en alguna cafetería tranquila y cercana. Para las personas que no conocía elegí un despacho lo más informal posible en el mismo dispositivo, espacio que se encuentra en un lugar muy céntrico y bien conocido, facilitando así el encuentro. 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 2 mujeres.

El tercer grupo de informantes (18 personas: 8 mujeres y 10 hombres) consumidores de cocaína esnifada, 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 tuve dificultades para encontrar a personas interesadas que cumplieran el perfil, pero sí en materializar las entrevistas.

<b>En tratamiento psicoterapéutico</b> (consumo esnifado mayoritariamente)	1 mujer 8 hombres
<b>Contacto puntual o esporádico con centro de tratamiento</b> (consumo inyectado y/o base fumada)	2 mujeres 7 hombres
<b>Ningún contacto con centro de tratamiento</b> (consumo esnifado)	8 mujeres 10 hombres
<b>TOTAL</b>	36 participantes (11 mujeres/25 hombres)

**Tabla 1:** Participantes en el estudio

## Resultados

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

A continuación, vamos a presentar el modelo de análisis sociocultural del uso de cocaína a partir de la identificación y caracterización de distintos espacios de consumo utilizados por los informantes. El mismo se basa en la descripción estructurada a partir de la observación en el terreno y en las descripciones de los mismos actores.

La perspectiva analítica relacionada con los espacios físicos y psicosociales, socioculturalmente configurados y delimitados, permite establecer un sistema de análisis sobre el estilo de vida de los informantes, el estilo de consumo, la asunción de riesgos y su posición en la estructura social de contexto. A esta propuesta analítica la he denominado «Dime dónde consumes y te diré...». 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. Para ello también se utilizarán fragmentos de las entrevistas realizadas y algún detalle de las notas de campo del proceso de observación. Se presentan, a continuación, los espacios simbólicos identificados.

#### **a. 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 son las auténticas víctimas de la perversidad del sistema actual. El consumo en otras zonas de la vía pública, aparte de la ilegalidad a la que está sujeto, denota también comportamientos de riesgo no normalizados que pueden conllevar problemas añadidos a las personas que necesitan usar estos espacios; principalmente infección por VIH o Hepatitis por falta de material higiénico disponible, sufrir una sobredosis u otra alteración relacionada con el consumo sin ser atendido, ser asaltado o agredido o ser interceptado por la policía. Por otro lado, este tipo de escenarios son valorados positivamente por estar normalmente cerca de los espacios de compraventa, por la posibilidad de encontrar "socios" para "buscarse la vida" y/o para buscar restos de sustancias que han podido ser olvidados, descuidados o perdidos.

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

«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? Donde 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 coger una chuta... Pues la misma chuta la repartimos». (Hombre, 34 años).

«Antes las escondías por la calle o en un descampado. Las dejabas allí, igual había dos o tres jeringas, y *habían* jeringas que igual tenían 10 picos... y la aguja destrozada...». (Hombre, 46 años).

«Siempre consumía en zonas cercanas de donde compras en un descampadito, en las vías, para no ir con el material encima porque 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, porque siempre te vuelves más resabiado y no te fías mucho... Y ya de últimas siempre en casa, nunca por ahí...». (Mujer, 38 años).

A continuación, se presenta un fragmento de las notas de campo referente a los chutaderos:

«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. Rafa estaba de rodillas, bajo un puente del tren, lugar frecuentado para el consumo de inyección cerca de la zona de compraventa en el Barrio de Sant Josep Obrer. David le agarraba con todas sus fuerzas el antebrazo derecho a



Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

modo de torniquete. Rafa tenía unos brazos muy fuertes y las venas muy debilitadas; con muchas dificultades, por fin encontró la vena para inyectarse después de realizarse una auténtica 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"».

En este mismo apartado y en sus antípodas voy simplemente a mencionar las *salas de consumo higiénico* (las cuales no han sido objeto de observación etnográfica en este trabajo) pero debido a su función simbólica cabe realizar una breve mención.

### **Salas de consumo supervisado o higiénico**

Estas salas representan, allá donde las haya, una buena oportunidad educativa, sobre todo para evitar infecciones y problemas físicos o legales innecesarios. Llevan un control de las transiciones de vías de consumo y son una puerta de entrada a los servicios sociosanitarios para usuarios que permanecen fuera de las redes de atención y que, mayoritariamente, acuden a los chutaderos para consumir<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Para una buena revisión y estado de la cuestión sobre salas de consumo higiénico ver: *iApúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona*. (Clua, 2016).

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

### **b. Espacios domésticos**

Los espacios privados domésticos se han caracterizado en dos subgrupos, el primero, denominado «Diógenes», se relaciona con viviendas con pocas condiciones de higiene y destinadas básicamente al consumo. El segundo subgrupo corresponde a «espacios domésticos normalizados» donde el consumo de sustancias no es la principal actividad de la vivienda.

#### ***Diógenes***

Corresponden a espacios privados, domésticos y marginales. Los tipos de vivienda que incluyen son las habitaciones realquiladas, los pisos de patada en la puerta o casas ocupadas que, por otro lado, son los 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, normalmente), 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 de la cocaína base. La mayoría de las veces la acumulación de objetos, desechos y útiles destinados al consumo representan, al mismo tiempo, tanto la escasez como la oportunidad de un posible consumo inminente. Al igual que en los espacios denominados "chutaderos", estos lugares ilustran a la perfección estilos de vida totalmente organizados alrededor del consumo, abandonando total o parcialmente aspectos importantes de la relación con la sociedad. El riesgo asumido en estos espacios es ligeramente menor que en los espacios "chutaderos" por la intimidad y no exposición a factores externos que puedan interferir en el consumo.

«Entonces 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 "papelinas", una de cada o dos de cada, o así... Yo me empecé a enganchar, no salía, no hacía nada, la esperaba a ella a que viniera o la iba a buscar a las 12 o a las 11, cuando tenía ella dinero, y para casa o esperar. Un calvario. Hacía un par de mamadas o tres y ya está, o a saber lo que hacía, y yo la esperaba

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

a ella, en casa... Y me empecé a enganchar porque ya lo necesitaba, ya estaba apartado de la gente, no salía, sólo la esperaba a ella para consumir (...). Yo sabía que era más adictivo o igual que inyectado, pero no haces caso porque no estás centrado, estás aislado de la sociedad, no quieres ver a nadie, pasas de la gente, y yo estaba sin trabajo... Esto influye mucho, también. Había algún enfadado: era cuando ella llegaba a casa y venga, me daba una rayita o me traía gente y se pinchaban en casa, y yo decía: "¡esto no puede ser!". A mí me daba mucha cosa, pero luego ya no... Ella no se pinchaba, yo tampoco, fumábamos todos los días. Después nos separamos y yo continuaba». (Hombre, 47 años).

«Normalmente siempre lo hago con una persona en casa, a veces vienen muchas personas a consumir a casa...: "oye por favor, ves a comprarme, yo te invito...", ya te ponen el caramelo, pues no saben los sitios, y ya se lo hacen ahí con nosotros...». (Mujer, 32 años).

### **Espacios domésticos normalizados**

Debemos tener en cuenta, al igual que en los espacios «Diógenes», 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 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. Muchas veces este tipo de escenarios son los más utilizados para consumos en solitario, que en un marco de no regulación, pueden convertirse en problemáticos, por tratarse de sustancias no reguladas y por las dinámicas establecidas fuera de los controles informales y de autorregulación que ofrece el consumo en grupo.

Antoni Lloret Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

«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 que suela comentar con nadie...». (Hombre, 42 años).

«Lo que hacía era aprovechar de estar sola en casa, meterme una raya, una cervecita y estar allí de puta madre, en vez de disfrutar el tiempo sola en casa, leyendo un libro o haciendo alguna manualidad que me guste o algo, no». (Mujer, 37 años).

### **c. Espacios de tolerancia/legitimación**

Este tipo de contextos son, en su mayoría, espacios de relación caracterizados muchas veces por la permisividad del consumo, sobre todo en la esfera grupal/ritual, pero también en el ámbito de consumo individual. Mayoritariamente son espacios de ocio, fiesta o celebración, espacios colonizados por el fenómeno de normalización del consumo de sustancias psicoactivas y donde los usos grupales (controles informales y autorregulación positiva) son mayoritarios, cumpliendo funciones de contexto de iniciación en muchas ocasiones. También podemos incluir en esta categoría los espacios de compraventa, los cuales cumplen otra función práctica y donde las dinámicas de control informal y autogestión positiva no son sus características principales.

«Lo más exagerado que he visto es en los pueblos, en las fiestas mayores de pueblo, es increíble, yo con un gramo ya tengo suficiente. Yo cuando he ido a hacer una raya, he ido a hacerla y he regresado a la fiesta. Pero, 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, ijoder! ¡Que la fiesta está allí...!". Si vas de ese rollo, te quedas en tu casa un miércoles y te cierras y lo haces, eso ya es exagerado... Gente de mi peña, también ves que cada fin de semana, que cada viernes... y dices, "hombre, tío, joder, chaval, piensa que tienes una hipoteca, ¿no? Que tienes un alquiler tío, que estás cobrando 2000 euros y a fin de mes llegas sin un puto duro"». (Hombre, 39 años).

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

«Entonces, empecé a fumar, esa noche misma ya me gasté un montón de dinero, 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 vendieran, y poder fumar allí, y fumabas allí y claro, eso... ¡buff!, era... tú cuando pasabas cerca de ahí pensabas, llego allí y ¡pam! Y la verdad es que cuando estaba allí venía mucha gente con las ansias de coger la pipa rápido y fumar. Empecé y ya era imposible parar». (Hombre, 42 años).

Fragmento de las notas de campo referente a Espacios de tolerancia/ legitimación:

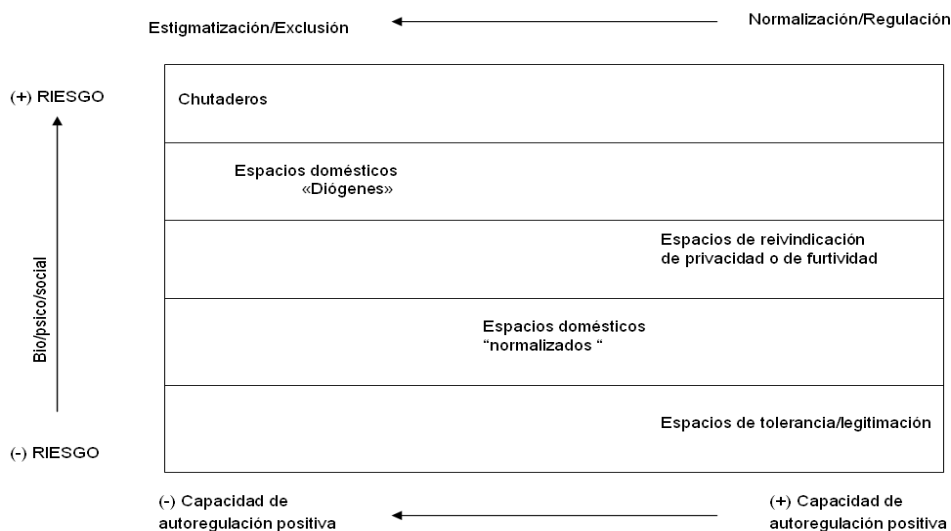
«El tercer vendedor, Dani, accedió a poder quedarme en su domicilio durante algunas horas diferentes días para observar su actividad. Inicialmente, elegí los viernes pensando que cerca del fin de semana la actividad sería mayor. Finalmente realicé observación mayoritariamente los viernes pero también 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, donde podían haber de 10 a 20 gramos aproximadamente. Cada vez que venía un cliente, elaboraba las bolsitas de medio gramo o de un gramo. Al mismo tiempo la bolsita la guardaba en un bote de cristal, el típico de las

Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

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 cómo 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».

Una vez descritos los espacios simbólicos en coherencia con el trabajo etnográfico, se presenta a continuación un esquema sintético donde se pueden apreciar cuáles son los espacios de consumo que representan un mayor/menor riesgo (biopsicosocial) y una mayor/menor tendencia a sufrir procesos de estigmatización/exclusión social.



**Ilustración 1:** Esquema de síntesis de los resultados

Como podemos observar en el esquema, las distintas posiciones que los individuos pueden ocupar en el gráfico (aunque muchas veces pueden producirse transiciones entre distintos escenarios) delimita estructuralmente la capacidad de autogestión positiva del consumo, disminuyendo drásticamente al acercarse a escenarios de

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

estigmatización, que a la vez incluyen un mayor riesgo biopsicosocial. Los espacios que presentan mayor cuota de normalización del consumo disminuyen proporcionalmente los riesgos biopsicosociales, ya que están sujetos a mayor grado de control social informal y formal, potenciando así una mayor capacidad de autogestión positiva y de autorregulación del consumo.

### **Conclusiones**

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 sociopolítico capaz de explicar, desde una dimensión subalterna, pero no por ello menos válida, algunos de los factores socioestructurales que influyen en la salud de las personas que consumen cocaína.

Desde una perspectiva etnográfica, he pretendido también poner de relieve el sentido de «la acción social» (consumo de cocaína) en el contexto de la vida cotidiana sin atender a diagnósticos o etiquetamientos que de los individuos o de su contexto de uso se puedan desprender. Este enfoque ha permitido, al mismo tiempo, analizar los «significados y espacios compartidos» de la población estudiada y así entender la naturaleza de determinados roles y el funcionamiento del entramado de controles informales y formales para regular el consumo.

El análisis de los distintos espacios de consumo ha permitido articular un modelo de descripción basado en las fuerzas y/o variables socioestructurales que moldean y complejizan las lecturas biomédicas del fenómeno, sobre todo aquellas basadas en el modelo de adicción como enfermedad cerebral. Sólo modificando el marco legal desde un modelo de prohibicionista hacia un modelo de regulación, podríamos revertir muchos de los aspectos negativos de esta situación que, como podemos constatar el esquema analítico anterior, se dan mayoritariamente en la esfera

Antoni Lloret Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

social, política y, por consecuencia, legal. La furtividad y el estigma, prácticas derivadas de un modelo social basado en la adicción como enfermedad y el prohibicionismo como política, permiten convertir la acción social del consumo de cocaína en una acción de riesgo múltiple (de carácter biopsicosocial) de difícil control desde una perspectiva de salud colectiva.

Al considerarse el uso de cocaína, desde el discurso biologicista, como una práctica de autoatención desviada y susceptible de ser modificada —por no considerar que la población por sí 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. Este hecho provoca irremediabilmente, a medio y largo plazo, que el consumo a escondidas o en solitario en consecuencia, pueda devenir problemático debido a la estigmatización del consumo de una sustancia ilegal. También por todo su simbolismo relacionado, puede convertirse en una práctica con más riesgo, ya que no sólo debemos atender a los riesgos que para la salud pueda comportar (por ejemplo, adulteración de la sustancia) sino que deberemos atender a muchos más riesgos colaterales —por su estatus legal y consideración sociocultural— debido a su ilegalidad.

Primero, la ilegalidad provoca que la calidad de la sustancia no pueda garantizarse, exponiéndose las personas consumidoras a riesgos innecesarios y peligrosos para la salud, y al mismo tiempo puede causar problemas legales que acentúan los procesos de estigmatización y exclusión social. Segundo, la furtividad y el "secreto" provocan que a nivel psicológico y social se deban afrontar dificultades que de otra manera no aparecerían, impidiendo afrontar los problemas de uso o dependencia con muy pocas probabilidades de éxito al no disponer de una red personal y social capaz de gestionar y apoyar a las personas que puedan necesitar tratamiento o intervenciones de profesionales por no poderse mantener normalizadas. También entran aquí en juego los controles informales que ejerce la sociedad sobre los individuos que se desvían de lo preestablecido, tanto a nivel familiar como de las relaciones sociales, siendo muchas veces este tipo de control más "duro" que los controles formales (policía, centros de salud, espacios laborales...). En consecuencia, podemos observar cómo la capacidad de los individuos y/o grupos de



Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, *perifèria* 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

consumidores para autogestionar positivamente el consumo, aumentará proporcionalmente ante mayores niveles de normalización/regulación de estas prácticas y sustancias.

En este sentido y a modo de conclusión, entiendo que es necesario enfocar nuevas investigaciones hacia la capacidad de autorregulación de los individuos y grupos de personas consumidoras fundamentadas en su conocimiento, experiencia y prácticas. De esta manera podremos avanzar hacia unas políticas sobre drogas más ajustadas a la realidad y que garanticen mayores cuotas de salud colectiva. Las condiciones de ilegalidad y de furtividad en las que se dan gran parte de los consumos de cocaína son los principales factores de riesgo identificados, así como los potenciadores de problemáticas asociadas. O lo que es lo mismo: las posiciones de subalternidad y de desigualdad que ocupan muchas personas en la estructura social (y que cristalizan muchas veces, como hemos podido observar, en espacios de consumo marginalizado) determinan absolutamente la posibilidad de mantener una relación problemática con el uso de sustancias psicoactivas ilegales. En estas condiciones, y mientras no acontezcan cambios significativos en la regulación de las sustancias psicoactivas, los servicios públicos o dispositivos encargados de atender, acompañar, informar y dotar de recursos personales y sociales (no de castigar y perseguir) a las personas que no han conseguido mantenerse normalizadas mediante un modelo de consumo autorregulado, deben perseverar en sus estrategias para minimizar los riesgos y daños relacionados con el consumo y defender los derechos más básicos de las mismas.

## Bibliografía

Apud, I. y Romaní, O (2016), La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia, *Health and Addictions*, 16 (2), pp. 115-125.

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*, 110, 58-61.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657.x16-es>

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, *perifèria* 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

Berger, P. y Luckmann, T. (2001) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original 1966]

Bourdieu, P (2002) *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. México DF: Taurus.

Clua, R. (2016). *iApúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona*. Tesis doctoral. No publicada. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Antropologia Social i de Prehistòria. <http://hdl.handle.net/10803/392671>

Csordas, T. J. (1990) Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47. <https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010>

Douglas, M. (1973) *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de pureza y contaminación*. Madrid: Siglo XXI.

Fernández, 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* (pp. 53-60). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.

Garfinkel, H. (2006) *Estudios en Etnometodología*. Madrid: Anthropos. [Original, 1968].

Goffman, E. (1974) *Frame Analysis. An essay on the organization of experience*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.

Kleinman, A. (1997) *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

Husserl, E. (1993) *Ideas*. Madrid: FCE. [Original, 1913]

Llorca, A. (2013) La organización de los usuarios. La reducción de daños en el ámbito de la exclusión social. En Pallarès, J y Martínez Oró, D.P. (eds.), *De riesgos y Placeres. Un manual para entender las drogas* (pp.195-207). Lleida: Ed. Milenio.

Antoni Llorc Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

Llorc, A. (2016) Etnografía y consumo de drogas. Relatos para la gestión de la salud pública. *INFONOVA*, 29, 73-88.

[https://www.dianova.es/images/pdf/publicaciones/Infonova/INFONOVA29\\_web.pdf](https://www.dianova.es/images/pdf/publicaciones/Infonova/INFONOVA29_web.pdf)

Llorc, A. (2016) "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. Universitat Rovira i Virgili. En prensa.

<http://www.tdx.cat/handle/10803/399306>

Martínez Hernández, A. (2008) *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez Oro, D. P. (2015) *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona: Ed. Bellaterra.

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, L.E. (2005) Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología social*, 1, 33-69.

O'Malley, P. y Valverde, M. (2004) Pleasure, Freedom and Drugs: The uses of "pleasure" in liberal governance of drugs and alcohol consumption. *Sociology*, 38(1), 25-42. <https://doi.org/10.1177/0038038504039359>

Peele, S. (1985) *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington: Mass D. C. Heath.

Peele, S. (2010) The meaning of addiction: DSM-5. Gives the lie to addiction as a chronic brain disease. *Psychiatric Times*.

Reinarman, C. (2005) Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory*, 13, 307-320. <https://doi.org/10.1080/16066350500077728>

---

Antoni Llorca Suárez, "Dime dónde consumes y te diré..." *Cocaína, cultura y salud: más allá del modelo de adicción*, perifèria 23(1), junio 2018

[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)

Scheper-Hughes, N. and Lock, M. (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-41.

<https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

Schutz, A. (2008) *El problema de la realidad social. Escritos I*. Buenos Aires: Amorrortu. [Original, 1962]

Young, A. (1982) The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11(1), 257-285.

<https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>