

Consumo de Drogas ilícitas: Estilos de Vida, Riesgos y Realidades

Gabrielle LEFLAIVE

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología,
Universidad Complutense de Madrid
gabrielle_leflaive@hotmail.com

RESUMEN

En este artículo se esboza un análisis de la construcción sociocultural del riesgo en el triple contexto de la modernidad tardía, del giro reciente de la biomedicina hacia la prevención, y de los discursos del Sida, para resaltar los contenidos semánticos que la noción de riesgo conlleva implícitamente a la hora de utilizarla en un ámbito como el del consumo de drogas ilícitas. La investigación etnográfica en un poblado marginal de Madrid donde se vende y consume heroína y cocaína permite contrastar la «heterodefinición» del riesgo con las lógicas, variadas y complejas, de los estilos de vida de los drogodependientes, y las realidades experimentadas por ellos.

Palabras clave: drogodependencias, riesgo, estilo de vida, Sida, marginación social, etnografía de las drogas.

Illicit drugs use: lifestyles, risks and realities

ABSTRACT

In this article a general analysis of the socio-cultural construction of risk is undergone, in the triple context of late modernity, of the recent shift in biomedicine towards prevention, and of the current discourses on Aids, in order to bring out the meanings that the notion of risks implicitly conveys when applied in a field such as illicit drug use. Ethnographic research carried out in a marginal shanty-town on the outskirts of Madrid where illicit drugs are sold and used enables to contrast this external definition of 'risk' with the varied and complex logics underlying drug users' lifestyles, and the realities that they experience.

Key words: Drugaddiction, risk, lifestyle, AIDS, social margination, ethnography of drug scenes

SUMARIO: I. Introducción. II. La noción de riesgo. 1. La sociedad del riesgo. 2. Medicina preventiva y estilo de vida. 3. Sida, riesgo y drogas. III. Riesgos, Estilos de Vida y Salud. IV. Vidas cotidianas de drogodependientes: realidades y prioridades. IV.1. El «machaca». IV.2. El consumidor oculto integrado. IV.3. El drogodependiente apoyado. V. Conclusiones. VI. Bibliografía.

I. INTRODUCCIÓN

Las reflexiones que presento en este artículo¹ giran entorno al concepto de *riesgo* para la salud, con respecto al consumo de drogas ilícitas (en particular heroína y cocaína). Propongo analizar, por un lado, cómo se ha construido ese concepto desde la medicina y las políticas sociosanitarias, y por otro lado, los discursos, percepciones, experiencias y prácticas de los propios consumidores de drogas. Para este último aspecto, me apoyaré en las informaciones recogidas a través de mis con-

tactos con consumidores de drogas ilícitas, tanto mediante la observación como a través de entrevistas en profundidad. Este trabajo de campo etnográfico se está desarrollando en un poblado marginal de las afueras de Madrid, «Las Barranquillas», que constituye hoy en día el principal lugar de venta al por menor y de consumo de esas dos drogas en la capital.

A modo de introducción, y antes de abordar el análisis del concepto de riesgo y de cómo los riesgos son vividos concretamente a través de los estilos de vida de los drogodependientes, me

¹ Este trabajo ha sido objeto de una ponencia en el IX Congreso de Antropología de la FAAEE organizado en Barcelona del 4 al 7 de septiembre 2002.

parece útil aportar algunas informaciones sintéticas sobre «Las Barranquillas».

Las Barranquillas es un poblado de chabolas, donde residen unas 120 ó 130 unidades familiares² de gitanos, de las que la mayoría (no todas) se dedica a la venta al por menor de heroína y cocaína. En esa antigua zona de huertas donde un grupo de gitanos pobres se había asentado para vivir de la venta ambulante y de la charrería, algunos gitanos procedentes de otros poblados de la periferia de Madrid se instalaron a partir del año 1997 para dedicarse al comercio de heroína y cocaína. Se asistió, después, a la salida de muchos de los residentes más antiguos del poblado de las Barranquillas, que se negaban a dedicarse a la venta de drogas y huían del ambiente cada vez más marginal y deteriorado del poblado: drogodependientes sin hogar que empezaron a residir de forma permanente en el poblado, presencia policial más fuerte, deterioro material creciente, visibilidad mayor de las prácticas más «espantosas» del consumo de drogas, extensión de la violencia, de la intimidación, y de los pequeños tráficos, etc. A partir del año 1999 el fenómeno de Las Barranquillas, en tanto que «bajos fondos» alrededor de la venta y el consumo de heroína y cocaína en Madrid, empezó a tomar la importancia que tiene hoy en día. Se observa allí un continuo vaivén de coches y de peatones, de noche tanto como de día, un constante movimiento de personas que vienen «a pillar» (comprar droga) y a consumir. El carácter de «gueto» del poblado, su delimitación espacial y su marginación total con respecto al resto del contexto urbano, favorecen el consumo *in situ* y el desarrollo de actividades conexas, pues al ser este consumo ilícito y fuertemente estigmatizado, el drogodependiente en-

cuentra allí un lugar protegido, aislado, donde puede consumir fuera de la vista del resto de la sociedad. Encuentra también recursos y actividades complementarias a la compra de la droga: material para drogarse, otros consumidores para socializarse, y recursos de asistencia a los drogodependientes ofertados por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid o por varias ONG's.

Si miramos de forma más amplia el desarrollo histórico del consumo de heroína en un gran centro urbano como Madrid, desde principios de los años 80, el fenómeno de las Barranquillas hoy en día corresponde a una tercera fase. La primera (años 80) fue la de un consumo y una venta de «barrio»: la distribución estaba en manos de traficantes turcos e Iraníes que delegaban la venta al por menor a camellos de los barrios. En la segunda fase (años 90) la venta se concentraba en un cierto número de poblados de la periferia —el comercio intermediario y al por menor pasaba cada vez más en manos de gitanos que lo organizaban desde estos poblados marginales— mientras el consumo local en la calle se hacía menos visible. En una tercera fase asistimos a una concentración casi exclusiva en Las Barranquillas³: oculto, aislado, el peor aspecto del consumo de drogas ilícitas quedó relegado fuera de la sociedad, como si ésta hubiera conseguido ya superar la «crisis de la heroína» al aparcar a los drogodependientes en un submundo aparte, invisibilizado. El foco de «riesgo» que representaba el consumo callejero de heroína para la juventud ha sido expulsado — aparentemente, por lo menos. Los datos disponibles sobre el consumo de heroína (indicadores indirectos del Observatorio Español Sobre Drogas - Marzo 2001) parecen confirmarlo⁴.

² En el sentido «payo» de familia nuclear (matrimonio con sus hijos), no de familia gitana extensa: varias unidades pueden pertenecer a la misma familia extensa.

³ Las Barranquillas no es por supuesto el único lugar de venta y consumo de heroína y cocaína. Existe otro poblado en el norte de Madrid que presenta una actividad importante, así como algunos puntos de venta dispersados en varias zonas marginales. Por otra parte el pequeño comercio de droga (en forma de «papelinas») sigue practicándose en los barrios o en zonas centrales (Gran Vía), pero los consumidores acaban acudiendo a Las Barranquillas donde el precio y la calidad de la droga son mucho mejores. En cuanto al comercio de cocaína, existe otro mercado mucho más amplio y difuso (en bares, discotecas, megafiestas, a través de camellos) pero que corresponde más a un tipo de consumo que los profesionales cualifican de «recreativo», y que concierne a un perfil distinto de consumidores del que se está estudiando aquí: en general están integrados socialmente, a menudo no se consideran como drogodependientes, y rechazan la heroína y los consumidores de heroína.

⁴ Disminución a partir del 1994 del número de muertes por sobredosis, reducción del número de casos de Sida relacionados con el consumo de drogas, reducción, a partir del 1999, del número de personas admitidas en tratamiento por consumo de heroína (a pesar de un aumento paralelo de la oferta de asistencia), aumento de la edad media de los consumidores admitidos en tratamiento (lo que indicaría una menor incorporación de jóvenes al consumo de heroína), cambio en las formas de consumo, con un abandono significativo de la vía inyectada a favor de la vía fumada (L. DE LA FUENTE (1997)). Por otra parte, la importancia atribuida

Sin embargo, en 1999 Madrid era todavía la comunidad autónoma con la mayor tasa de casos de Sida asociados al uso de drogas inyectadas (70 casos por millón de habitantes) y la proporción de nuevos casos de Sida en el año 2000 atribuible al consumo de drogas supera todavía la mitad de todos los casos en España, representando a su vez la cifra más alta de Europa, tras Portugal. Los consumidores de drogas siguen estando «en alto riesgo» con respecto al Sida.

II. LA NOCIÓN DE RIESGO

Hoy en día la palabra «riesgo» es omnipresente en la acción y las políticas sociosanitarias, especialmente en la era del Sida. Deborah Lupton, en su libro reciente dedicado al concepto de riesgo (1999), subraya la importancia creciente del concepto y del lenguaje del riesgo en los discursos mediáticos y expertos en las últimas décadas; cita en particular un estudio que muestra un aumento muy rápido del uso del término en las publicaciones médicas y epidemiológicas en Europa y Estados Unidos (D. Lupton (1999: 9)). Por otra parte, como lo subraya Tim Rhodes, investigador social británico en el campo del VIH y del consumo de drogas, la noción de riesgo constituye el «pan cotidiano» conceptual de las iniciativas de prevención del VIH y del consumo de drogas, pero sin que la noción sea realmente comprendida y menos aún cuestionada (T. Rhodes (1995: 125)). Según las observaciones que he podido hacer en un contexto madrileño de consumo de heroína y cocaína, esta reflexión sigue siendo plenamente justa: el vocabulario del riesgo domina todas las iniciativas sociosanitarias en el ámbito de las drogas («prevención de riesgos», «prácticas de riesgo», «reducción de riesgos») cuando al mismo tiempo las prácticas de los usuarios de drogas se perciben en general por parte de los profesionales como irracionales y autodestructivas. Me parece entonces necesario volver atrás en el razonamiento y examinar cómo el concepto de riesgo ha llegado a tener tanta centralidad, cómo se ha construido históricamente y, a través de esa construcción, qué significados so-

ciales ha cristalizado.

Tres movimientos socioculturales han contribuido a la emergencia del riesgo como concepto central, ubicuo, en especial con respecto al VIH/Sida:

— La nueva configuración sociocultural de las sociedades industriales avanzadas, que podemos llamar, según los autores, «postmodernidad», «modernidad tardía» o «modernidad reflexiva», y ubicar temporalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX. La proliferación de las disciplinas dedicadas al riesgo, el uso del concepto en ámbitos muy variados de la vida social (economía, bolsa, ecología, industria y comercio, salud pública, etc.), y la sensibilización creciente de las poblaciones occidentales con respecto a las amenazas generadas por el desarrollo tecnológico y científico (movimientos ecologistas), llevan a un cierto número de científicos sociales a interpretar el riesgo como un concepto característico, un analizador de las sociedades occidentales contemporáneas. Vivimos en una «sociedad del riesgo», según el título del famoso libro de Ulrich Beck.

— En el ámbito sociosanitario, el giro a partir de los años 70 de una medicina curativa hacia una medicina preventiva, basada en la promoción de la salud y en la educación para la salud, con la introducción del concepto de «estilo de vida» y su corolario, la noción de «conductas de riesgo».

— La epidemia del Sida que produce una ruptura: tras la casi eliminación de las enfermedades infecto-contagiosas en las sociedades industrializadas, y su reemplazo en términos de importancia en las tasas de morbilidad / mortalidad por enfermedades crónicas y accidentes, la emergencia del Sida revela aun más los límites de la acción médica que se ve obligada a reorientar su intervención hacia la prevención. La identificación del virus VIH y de sus modos de transmisión, asociada a la imposibilidad de crear una vacuna y de curar la enfermedad, llevan a generalizar el uso de una serie de nociones basadas en el concepto de riesgo —grupos de riesgo, conductas / prácticas de riesgo— y en su opuesto, la idea de seguridad (sexo seguro).

por los ciudadanos al problema de las drogas ilícitas simbolizado por la heroína disminuye en las encuestas de población general (Observatorio Español sobre drogas (marzo 2001:15)), y asistimos a un desplazamiento hacia nuevos temas de preocupación: el botellón, el consumo de éxtasis, de tabaco, de cocaína.

II.1. LA SOCIEDAD DEL RIESGO

La palabra riesgo es moderna: nace en el contexto de la transición de la Edad Media hacia la Modernidad, con la navegación (la etimología del término remite a la palabra italiana «risco», escollo) y el seguro marítimo, primer sistema de control del riesgo planificado. Luego se extiende a través de las técnicas de aseguramiento que se desarrollan con la sociedad capitalista, y que se apoyan en las modernas teorías de probabilidades (Pascal, Bernouilli)⁵. Teóricamente, el riesgo se refiere a un daño que puede producirse como consecuencia no intencional de la acción (R. Ramos (1999)): el riesgo es la probabilidad de ocurrencia de un daño no deseado combinado con la magnitud de ese daño. La idea de riesgo aparece con el paso de un tipo de sociedad tradicional dominada por la fortuna o el destino a una sociedad moderna «hecha» por el hombre, dominada por una visión prometéica.

El riesgo constituye una técnica cognitiva que permite reducir la incertidumbre del mundo, domesticar el azar, «colonizar el futuro» (Giddens, 1995). Para Mary Douglas, la noción de riesgo es del mismo orden que las de pecado o tabú: es el lenguaje que tienen las sociedades contemporáneas para explicar las desdichas, protegerse frente a las amenazas y a las manifestaciones del mal, atribuir la culpa por esas desgracias, y asegurar la justicia.

Según la tesis de U. Beck (1998), la «sociedad del riesgo» coincide con la emergencia de un nuevo tipo de amenazas, los riesgos ambientales antropogénicos, generados por el desarrollo. Estos se caracterizan por su aspecto global y ya no local, por la dimensión catastrófica e irreversible de los daños potenciales, y por la expansión del horizonte temporal de sus efectos (generaciones futuras). La sociedad ya no es capaz de administrar los temores que ella misma ha generado. La vida se llena de riesgos, debido también a la individualización característica de las sociedades contemporáneas. Se impone la exigencia de que los sujetos produzcan sus propias biografías, con la reducción de la influencia de las instituciones tradicionales en la formación de la identidad personal (empresa, familia, roles de género, ...).

Muchos aspectos de la vida individual se contemplan ahora como el resultado de decisiones: elección de una carrera, de la pareja, de la ocupación u oficio, de un «estilo de vida», y esas decisiones conllevan «riesgos» que los sujetos deben tener en cuenta, sopesar y prever: paro, inestabilidad conyugal, conflictos en las relaciones privadas, rupturas familiares, enfermedades, etc.

Aunque Beck indica que los riesgos son constructos sociales y no esencias, y que no existen independientemente de la percepción pública que de ellos se tiene, la explicación que nos aporta para dar cuenta de la emergencia del riesgo como concepto central es en el fondo realista, es decir basada en la aparición real de nuevos peligros ecológicos ligados al desarrollo industrial y a la tecnociencia. Por otra parte, no muestra claramente los vínculos entre los dos aspectos de su tesis, los riesgos ambientales globales de tipo catastrófico y los riesgos individuales. Sin embargo, se puede resaltar el punto común entre las dos dimensiones de su análisis (ecológica e individual): el fenómeno de la *atribución* creciente de los sucesos a las *decisiones* humanas. Como lo subraya N. Luhmann (1992), la semántica del riesgo conlleva a la vez una *decisión*, que ha de tomarse para evitar el daño, y un cálculo temporal, una *gestión del futuro*.

En sus trabajos sobre riesgo, Mary Douglas insiste en la dimensión cultural de la construcción de los riesgos y de su percepción. Muestra que los riesgos, por debajo de un lenguaje que se quiere científico y neutro, universal y objetivo (1992:15), revelan siempre usos morales y políticos, y que las distintas actitudes ante los riesgos plantean en realidad un debate de valores. «A refusal to take sound hygienic advice is not to be attributed to weakness of understanding. It is a preference. To account for preferences there is only cultural theory» (1992: 103). Ello lleva la autora a emprender una crítica radical y sistemática de los estudios de «percepción del riesgo», que considera son sesgados por el individualismo metodológico y el utilitarismo, al contemplar las actitudes ante los riesgos como el resultado de un cálculo racional, de una decisión individual basada en el objetivo de maximizar la utilidad. La toma de ries-

⁵ Véase F. EWALD (1986), N. LUHMANN (1992).

gos se configura entonces como falta de racionalidad, atribuible en general a una carencia de información o a una disonancia cognitiva, en una explicación que deja de lado la intersubjetividad, el consenso, y la influencia del grupo y de las instituciones sociales en las percepciones y decisiones. Para Mary Douglas, el riesgo funciona como lenguaje de la *atribución de culpa* y de la protección de los valores de la comunidad, sea cuando se utiliza como una arma contra la autoridad, una defensa contra el abuso de poder de los grandes intereses industriales en una sociedad individualista (1992:15), o cuando se culpa a un grupo o un individuo por ser «de riesgo» con el fin de mantener el orden moral y la cohesión social.

La idea de «riesgo social» constituye justamente el eje del análisis de F. Ewald, discípulo de Foucault, en sus trabajos sobre el riesgo en el contexto del desarrollo del Estado de Bienestar (1986). Contrariamente a Beck, Ewald muestra que la «sociedad del riesgo» no corresponde exclusivamente a la modernidad tardía, sino que el riesgo ha sido un concepto fundamental de las sociedades capitalistas modernas. A través de un análisis histórico de los «dispositivos de prudencia», es decir de las maneras de producir la seguridad en la sociedad moderna, Ewald muestra como el riesgo prolifera a partir de finales del siglo XIX con el paso de una filosofía liberal del vínculo social basada en la responsabilidad y la virtud individual de la previsión, a una «sociedad del aseguramiento» en la que domina el principio de solidaridad, y la necesidad de prevención. En el primer diagrama, el sujeto está vinculado por obligaciones morales de no dañar al prójimo, y sólo se le puede exigir la reparación de daños ocurridos si se demuestra su responsabilidad o culpa. Pero la idea de que la responsabilidad individual basada en la imputación de culpa puede regular perfectamente las acciones humanas a nivel del conjunto de la sociedad, encuentra sus límites con el fenómeno del accidente laboral o industrial. Justamente, a raíz de un largo debate entorno a la indemnización de los accidentes de trabajo y del problema de las pensiones (finales del siglo XIX), emerge la idea de derechos sociales con un desplazamiento de la noción de culpa hacia la idea de *riesgo*: el daño que resulta de un accidente debe ser socializado, colectivizado, mediante el sistema de seguro que desemboca progresivamente en el sistema de la «Seguridad Social» y en el Estado de Bienestar.

La idea de riesgo procede de un tipo de pensamiento estadístico y probabilístico: la regularidad de los accidentes, por ejemplo, es independiente de la conducta de los individuos, la propia sociedad industrial y urbana genera de forma inherente, «normal», una serie de daños, y el hecho de configurarlos como riesgos permite evaluar, localizar y sobre todo compensarlos. El problema de la justicia se desplaza de la cuestión de la responsabilidad individual a la cuestión de la equidad en la reparación y la indemnización de los daños sufridos. Al mismo tiempo, el riesgo constituye una categoría *moral*, que permite a la sociedad prescribir lo que se debe hacer o no, designar las conductas beneficiosas para el bien de todos y al contrario las conductas nocivas que entrañan un coste social elevado. El peligro en el diagrama previo de la responsabilidad era una cuestión individual, *el riesgo se vuelve una cuestión colectiva*. El riesgo permite el desarrollo de una nueva moral social que funciona como una economía (basada en la comparación de los costes colectivos con las ventajas individuales), y que se apoya en la idea de *norma*: en efecto, el aseguramiento es una técnica de identificación de los individuos con respecto al grupo en función no tanto de una calidad abstracta ideal o definida *a priori*, sino más bien en función de la *media* del grupo. La tecnología del riesgo permite entonces definir las normas e identificar las diferencias con respecto a esas normas, diferencias que se llegan a definir como «riesgos». El riesgo cobra el significado de *anomalía* o de *inadaptación*. El anormal es aquel que se diferencia demasiado de la norma (media) del grupo y por consiguiente representa para este una amenaza, un peligro, un riesgo. Y ello apela una intervención colectiva, por parte del Estado. La detección sistemática constituye una nueva técnica de vigilancia, en el sentido de Foucault, pero una técnica ya no disciplinaria, sino normativa, que se apoya en la voluntaria aceptación por parte de los individuos de los intereses y de las necesidades del Estado, con los que deben coincidir sus objetivos individuales de autonomía, de búsqueda de la salud, de la felicidad y del bienestar, a través de una internalización de las normas colectivas.

La semántica del riesgo que se puede retener del análisis esbozado hasta ahora es multifacética. Hablar de riesgo es, implícitamente, plantear los sucesos potenciales como resultados —no deseados pero productos en todo caso— de una

decisión, y el modelo que subyace a esa decisión es el modelo individualista, racionalista y utilitarista del «Homo Economicus» liberal. Por otra parte, el riesgo es una técnica de dominación o «colonización» del futuro, una forma de administrarlo ya, en el presente. Al mismo tiempo, el riesgo remite a una norma social y a un modelo de control (de vigilancia, en términos de Foucault) basado en la detección de las diferencias individuales con respecto a las normas con el fin de prevenir sus consecuencias y costes sociales mediante la intervención del Estado.

II.2. MEDICINA PREVENTIVA Y ESTILO DE VIDA

Publicado en 1974, el Informe Lalonde (Marc Lalonde era entonces Ministro de Sanidad en Canadá) puso en crisis el sistema biomédico y la concepción dominante de la salud pública en occidente. En 1978, los principios del informe fueron adoptados en muchos países occidentales para la planificación de las políticas públicas de sanidad, luego por la OMS, y se asistió a un cambio profundo de la visión de la intervención sanitaria, un verdadero cambio de paradigma: la salud ya no era cuestión de atención (intervención curativa) sino que el foco de prioridad pasaba a la prevención y a la promoción de la salud. ¿Qué ideas favorecieron ese cambio de paradigma? Y ¿qué relación tiene con el riesgo?

Uno de los antecedentes históricos de las nuevas ideas sobre la salud planteadas en el Informe Lalonde fue el «Framingham Heart Study», que tenía como objetivo identificar los factores o características comunes que contribuyen a la aparición de las enfermedades cardiovasculares —cuyo peso en las tasas de mortalidad iba en aumento y que se configuraban como una nueva «epidemia» americana⁶. Ya en los años 60 los resultados del estudio resaltan el tabaquismo como «factor de riesgo» de las enfermedades cardiovasculares (ECV), así como el colesterol, la pre-

sión sanguínea y la obesidad, y se descubre que el ejercicio físico representa al contrario un «factor de protección» (disminuye la probabilidad de ECV). En 1981, se demuestra en un informe de gran impacto la relación entre la dieta alimenticia y el riesgo de ECV. Lo que el Framingham Heart Study establece de manera científica es la relación entre ciertas prácticas de la vida cotidiana (dieta, ejercicio físico, consumo de ciertas sustancias) y el «riesgo» (la probabilidad) de contraer cierto tipo de enfermedad⁷.

Otro antecedente que fue utilizado directamente para la elaboración del Informe Lalonde era el trabajo de Thomas McKeown, que establecía, en un análisis global de la evolución de la salud en Inglaterra, que la baja regular de las tasas de mortalidad a lo largo del siglo XX se debía por completo a los cambios en los niveles de vida material, es decir en los estilos de vida y en el medio ambiente, y no a los avances de la medicina. El mismo tipo de análisis aplicado a las causas globales de mortalidad en la sociedad canadiense revelaba la importancia de la «autoexposición a riesgos», es decir de «las conductas del estilo de vida» («Lifestyle behaviour») (L. MacKay (2000)).

Pero entonces ¿Qué hacer para mejorar la salud? El concepto de «estilo de vida» se acuñaba para relacionar el nivel de salud con determinados hábitos personales de vida. Se definía como «la aglomeración de decisiones que toman los individuos y que tienen un efecto significativo sobre su salud». «Conductas» como el tabaquismo, el consumo de alcohol o de otras drogas no médicas, el estrés, el uso de los cinturones de seguridad en los coches, etc. llegaron a ser consideradas como la elección individual de un estilo de vida, constituyendo a su vez la causa de —o forma de evitar— una enfermedad o la muerte. La noción misma de «estilo de vida» implicaba que la conducta formaba parte de un ámbito autodeterminado de la vida, que se podía cambiar, y encontraba sus raíces en la visión liberal del individuo como actor racional. Por consiguiente, la

⁶ Véase página web sobre Framingham Heart Study

⁷ La idea de relacionar prácticas de alimentación, de higiene, de actividad física y sexual, etc. con la salud y la enfermedad es muy antigua: véase por ejemplo las preocupaciones y recomendaciones en los textos griegos antiguos, analizados por Michel FOUCAULT en «Histoire de la sexualité - II L'Usage des Plaisirs». Lo novedoso aquí es la voluntad de establecer de manera científica, es decir en términos estadísticos y probabilísticos, unas relaciones de causalidad entre ciertas prácticas y ciertos padecimientos. Al mismo tiempo, el tipo de causalidad introducido es de una naturaleza nueva: ya no se basa en una ley de las ciencias naturales (la acción específica de un germen determinado) sino en una ley de distribución observada.

mejora de la salud pasaba por el cambio masivo de las conductas individuales. La idea de «self-empowerment» constituía entonces, de forma lógica, un medio para este cambio social, utilizando el «marketing social», los medios masivos de comunicación y las técnicas publicitarias.

El Informe Lalonde sacudía la visión dominante de la salud como una cuestión de sistema curativo de atención, en una era dominada por enfermedades no infecciosas. En efecto, mostraba cierto pesimismo en cuanto a las posibilidades de mejorar significativamente el sistema sanitario y el medio ambiente, considerados como dimensiones del «campo de salud («Health field») que, junto con la biología humana y el «estilo de vida», afectan el nivel de salud de una población. Pero al mismo tiempo, y de ahí su éxito, el informe proporcionaba la base de un nuevo optimismo al centrar la intervención sobre la persuasión individual para cambiar el estilo de vida personal, y llevar a los sujetos a asumir la salud como un ámbito de su propia determinación. Una gran parte de la causalidad de los problemas de salud quedaba atribuida a las elecciones personales, el destino se veía reemplazado por el *riesgo* en una conceptualización de la salud y la enfermedad como algo que el individuo crea, y no como algo que le ocurre, una cuestión de *responsabilidad personal* sobre la que cada uno puede ejercer un control.

II.3. SIDA, RIESGO Y DROGAS

Cuando la prevención aparece como la única intervención posible para controlar la epidemia del Sida, la noción de riesgo se impone para articular la manera de pensar la enfermedad y su prevención. Por otra parte, la transmisión sexual del virus del Sida, además de la sanguínea, favorece la configuración rápida del Sida como una enfermedad de la transgresión, de la perversión. Tras su identificación inicial en Estados Unidos como «peste gay», el Sida se identifica con los «cuatro H» (Hemofílicos, Homosexuales, Haitianos, Heroínómanos) o «*grupos de riesgo*» que quedan así definidos, finalmente, por su alteridad

con respecto a una normalidad implícita y dominante, lo que a su vez refuerza su exclusión y su marginación.

En España, esa construcción inicial del Sida como la «enfermedad del otro» va pareja con una respuesta muy limitada por parte de la Salud Pública en los años 80. Según el análisis crítico de F. Villaamil (2001), la enfermedad fue construida inicialmente como endemia, localizada en grupos específicos ubicados fuera del cuerpo social y asociados con dos tipos de conducta anómala, la delincuencia (usuarios de drogas) y la promiscuidad (homosexuales, prostitutas). La prioridad era evitar la alarma en la población general, dejando a su suerte los grupos más afectados: los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) eran apelados a dejar su adicción según un paradigma «libre de drogas», y los homosexuales se representaban como un grupo fuertemente organizado que, se suponía, tenía la capacidad de luchar de manera autónoma contra la infección. A principios de los años 90, tras la irrupción de casos de transmisión heterosexual, la inquietud cambia de naturaleza y de intensidad, al configurarse el Sida ya no como endemia limitada sino como epidemia que amenaza la «población general». Un nuevo slogan se difunde: el Sida es un riesgo de todos. Amenaza con «alcanzar al cuerpo normal» (F. Villamil (2001:660)). De forma tardía, con una dedicación limitada de recursos, y desde una lógica del desbordamiento más que del control, los poderes públicos aplican el modelo internacional de respuesta al Sida pero centrándolo más en la protección de la población general que en la detención de los estragos de la enfermedad en los grupos ya muy afectados: UDVPs y homosexuales. La noción misma de «grupo de riesgo» empieza a ser cuestionada, y un nuevo discurso se hace dominante, basado en la idea de «*práctica de riesgo*», al mismo tiempo que se produce cierta normalización de la epidemia y de su gestión, en particular con la aparición de los tratamientos antirretrovirales y la «*cronoficación*» del VIH⁸.

La noción de «*práctica de riesgo*», si bien parece actuar al principio como contradiscurso frente al discurso previo de los grupos de riesgo (lu-

⁸ Aunque, según los discursos dominantes, hubiera sido la intervención de las instancias de Salud Pública, y la adopción por parte de los grupos afectados de las medidas de prevención recomendadas por éstas, lo que hubiera permitido controlar la epidemia de Sida.

cha contra la identificación «homosexual» y «drogadicto» = Sida y contra la estigmatización de estos grupos), apoya finalmente una individualización de la prevención, que descansa enteramente en la responsabilidad personal mediante la «estrategia de la sospecha»: lo riesgoso es el sexo con «desconocidos», lo que deja en manos del individuo la responsabilidad de definir qué relación (con qué persona, en qué contexto) es «segura» o de «riesgo», y lleva de forma contraproducente a una construcción del preservativo como símbolo de las relaciones sociales no normativas, «de riesgo». Se niegan con ello los contextos sociales en los que se producen las relaciones sexuales y los significados que estas conllevan, y la negociación del uso del preservativo sólo es posible para aquel que tiene el poder de definir y calificar la relación.

Para volver al fenómeno de consumo de drogas ilícitas, el Sida aparece en un contexto de alarma social en torno a este fenómeno representado esencialmente como un problema de seguridad ciudadana⁹. El «problema social de las drogas» se reduce, en la representación social común, al consumo inyectado de heroína, que ofrece el caso paradigmático a partir del cual se habían elaborado los conceptos biomédicos y psicológicos que iban a dominar la forma de entender el consumo de drogas y de intervenir sobre él: habituación (o tolerancia) y escalada, dependencia o adicción, síndrome de abstinencia, compulsión. El fuerte impacto del Sida entre los «UDVP», pronto identificados como grupo de riesgo, lleva a otra asociación simplificadora: «el» riesgo es la inyección intravenosa, o como lo indica Tim Rhodes (1995) *inyección = infección*. Ello conduce finalmente a adoptar —aunque de forma tardía y con recursos limitados— las políticas de «reducción de daños» o «reducción de riesgos» ya desarrolladas en América del Norte y en Europa, que consisten en abandonar parcialmente el objetivo ideal «libre de drogas» y en aplicar medidas de prevención de la infección mediante el abastecimiento de jeringuillas estériles o el «mantenimiento con metadona».

En el ámbito de las drogas, la inyección se ha configurado, pues, como *el* riesgo. Bajo este punto de vista, el hecho de mantener la práctica de la inyección se vuelve incomprensible, irracional

y hasta amoral. Tal visión, sin embargo, no permite tener en cuenta los contextos sociales en los que se practica de forma usual el consumo de heroína, ni la forma en que los sujetos responden a los discursos del riesgo y a las estrategias sanitarias de prevención y control en sus vidas cotidianas. Además, el «drogadicto» se reduce a una figura abstracta, universal: el inyector de heroína que sirve de referente para configurar la imagen del «yonquí». Ello a su vez reduce las posibilidades de que la epidemia de VIH/Sida sea eficazmente atajada y controlada entre este colectivo, y de mejorar sustancialmente y rápidamente su calidad de vida.

¿Cómo se reciben estos discursos y estrategias, como se negocian o se resisten? ¿Cuáles son las preocupaciones prioritarias de los consumidores y cómo las afrontan? Para contestar a ello es necesario conocer aquellos contextos sociales y la manera dinámica en la que se han formado y se van transformando los «habitus» o «estilos de vida» de los consumidores, con el fin de entender sus prácticas y representaciones. Pero antes de aportar algunos elementos de respuesta, basados en el trabajo de campo etnográfico realizado en Las Barranquillas (parte IV), quiero explicitar los fundamentos teóricos de los conceptos de «estilo de vida» y de «habitus» utilizados aquí (parte III).

III. RIESGOS, ESTILOS DE VIDA Y SALUD

En el análisis de la noción de riesgo y de sus nuevos usos, destacué tres aspectos implícitos. El primero es su relación con la idea de norma (definida en función de una media estadística), que le permite funcionar como una nueva técnica de control social, en la que se trata no tanto de prohibir o reprimir sino más bien de actuar sobre las conciencias, de sensibilizar, convencer e incitar.

Luego subrayé que la noción de riesgo conlleva un proceso de individualización en la forma de abordar los fenómenos y problemas sociales, individualización que lleva a la atribución de culpa o por lo menos de responsabilidad en el sujeto individual, bajo un nuevo lenguaje que

⁹ Véase O. ROMANÍ (1999).

ya no se presenta como de índole moral o ética (el pecado) sino como del orden de lo racional, de la libre elección (uno ha elegido sabiendo los riesgos que corría).

En tercer lugar, destacó la idea de que hablar de riesgo es una forma de gestionar el futuro, lo que a su vez requiere una determinada concepción del tiempo y una proyección del sujeto en el futuro. Sin embargo, esa representación del tiempo y proyección del sujeto en un futuro no tienen por qué ser homogéneas en todos los estratos sociales y subgrupos culturales, lo que permitiría entender en parte el eterno conflicto entre «expertos» y «leigos», los primeros considerando irracional que los segundos no sigan sus recomendaciones basadas en evidencia científica, los segundos teniendo dificultades en reconocerse a través de los «riesgos» designados por los primeros.

Mirando más concretamente la semántica actual del «riesgo para la salud», este se presenta como algo que se toma o se evita, ubicado en el ámbito del hacer más que del suceder. Presupone un agente, una acción, una decisión, lo que en la literatura anglosajona se designa como «agency». En el campo de la enfermedad, de la salud y de la atención, ello indica un cambio bastante radical de perspectiva, con respecto a la enfermedad vista tradicionalmente como algo que a uno le sucede, que uno «padece».

Al mismo tiempo, el discurso sanitario del riesgo está legitimado por su carácter científicamente probado en base a datos estadísticos, cuando en realidad solamente está designando una determinada eventualidad —entre muchas otras— que puede ocurrir con cierta probabilidad. A través del riesgo para la salud, se produce la absorción de muchos ámbitos de la vida social dentro del campo de intervención de la medicina (dieta, vida sexual, actividades de ocio, determinadas etapas de la vida social reducidas a su dimensión fisiológica como la adolescencia, el embarazo, la primera infancia, la menopausia, etc.), en un movimiento de medicalización¹⁰ de la sociedad,

que deja fuera del ámbito de la salud pública y de la acción sanitaria importantes factores que objetivamente pueden tener tanto o más impacto sobre la salud de los sujetos de ciertos grupos sociales, como las condiciones medioambientales y laborales, la desnutrición, etc. De esta forma, el riesgo permite anticipar la atribución de culpa, y llega a constituir el eje de un sistema moral (en el sentido de normativo) autolegitimado.

E. Menéndez (1998) formula una crítica sistemática del concepto de estilo de vida manejado por la epidemiología y las instancias sociosanitarias en general, surgida de la semántica del riesgo para la salud tal como acabo de resumirla, para proponer una «revisión epistemológica» de las dos nociones, estilo de vida y riesgo, con el fin de asentar una verdadera y eficaz prevención para la salud.

El estilo de vida de los epidemiólogos se basa en un modelo individual y voluntarista, en el que el sujeto puede elegir libremente y actuar en términos intencionales y responsables, lo que revela «la tendencia de la biomedicina a colocar la responsabilidad de su enfermedad en el paciente», y «constituye una variante de la culpabilización de la víctima» (1998: 56). El concepto de «estilo de vida» propuesto por E. Menéndez, que quiero aplicar en el presente trabajo, es al contrario sociocultural. El autor resalta, en primer lugar, que las capacidades de elección y de modificación de los comportamientos que afectan la salud dependen en gran medida del sector sociocultural de pertenencia y de las condiciones estructurales que afectan, de forma diferenciada, a esos sectores. Menéndez pregunta: «¿porqué fumar o comer grasas animales son riesgos de estilo de vida, y no lo es beber agua no potable o no comer a grados de desnutrición crónica? ¿Porqué caminar o correr por los parques forma parte de un estilo de vida y no el trabajo campesino o el de los albañiles?» Respuesta: «En los primeros casos, las posibilidades personales y del grupo social pueden, en algunos casos, favorecer la mo-

¹⁰ Para E. MENÉNDEZ (1990), el concepto de «medicalización» se refiere al fenómeno creciente, en las últimas décadas, «según el cual cada vez más áreas del comportamiento social e individual son patologizadas», extendiendo el ámbito de intervención de la biomedicina más allá de su capacidad demostrable para curar. Lo que ocurre con el fenómeno de la medicalización es la aplicación de medidas de índole biomédica para atacar las causas inmediatas (aparentes, superficiales) de los problemas prioritarios, sin analizar ni tratar las causas estructurales (o profundas) que suelen ser de naturaleza social, directamente ligadas a las relaciones de poder y a las desiguales condiciones económicas y políticas que afectan los distintos grupos sociales (empleo y condiciones de trabajo, contaminación, acceso a recursos como agua potable, alimentos, servicios sanitarios, educación, etc., relaciones sociales con otros estratos,...).

dificación de sus comportamientos, mientras que en los segundos es mucho más difícil debido a condiciones estructurales, de orden económico y también cultural, que limitan o impiden las posibilidades de elección» (E. Menéndez, 1998: 50).

E. Menéndez señala por otra parte la falacia de creer que los cambios de comportamientos (de «estilos de vida») favorables para la salud se deben a la aplicación del consejo médico, cuando en realidad se explican principalmente por unos procesos de modificación socio-históricos, en los que se transforman las condiciones sociales y materiales que afectan la vida cotidiana. Cita por ejemplo un trabajo de Terris, que muestra que en Estados Unidos y Canadá no fue la intervención de los servicios de salud pública o de la profesión médica la que permitió una mejor prevención de las enfermedades cardiovasculares, sino las acciones de la propia población. Lo que ocurre es que las clases medias y altas de los países occidentales «modifican sus comportamientos porque están accediendo a una nueva cultura de la salud, a una nueva relación con el cuerpo, con la noción de vejez, con una nueva ideología de la «eterna juventud», con la posibilidad consciente de prolongar la esperanza de vida, etc. y con posibilidades materiales e ideológicas de poder generar esas modificaciones» (1998: 53-54). En cambio, como lo muestran otros estudios citados en el mismo artículo, las clases trabajadoras se enfrentan con importantes condicionantes ambientales, laborales en particular, que obstaculizan el cambio de determinados hábitos del «estilo de vida» y el seguimiento de las recomendaciones médicas. Por ejemplo, las personas cuyo empleo no se adapta a los ritmos naturales del cuerpo (trabajo de noche, horarios largos e irregulares) o que trabajan a destajo o en tensión suelen fumar más y tener menos posibilidad de reducir o suprimir el tabaquismo. Añadiría a este análisis de E. Menéndez que los procesos históricos relativos a la cultura de la salud y del cuerpo se inscriben también dentro de una transformación más amplia de las estructuras de producción, en las que los servicios ocupan una parte cada vez más importante en comparación con la producción primaria o secundaria. Como corolario a esa tendencia, la imagen, el «look», la presentación, llegan a tomar cada vez más importancia con respecto a la materia, al producto, al contenido. En efecto, la persona que vende servicios se vende a sí misma, tiene que convencer de su capacidad

relacional e intelectual, de su flexibilidad y rapidez. Ya no puede convencer únicamente enseñando las calidades (solidez, durabilidad) de un producto material. A ello va asociada una nueva imagen corporal: delgadez, rapidez, juventud, cuerpo deportivo, estilo, forma de vestir, de hablar, etc. El paso en las estructuras de producción de lo material a lo inmaterial, del producto físico a la imagen, se traduce también por el uso creciente de las nuevas tecnologías de la información, y por nuevas prácticas en la vida laboral que se diferencian cada vez más de las prácticas vigentes en los sectores primarios y secundarios: horarios flexibles, dieta ligera, consumo menor de alcohol, grasas y tabaco (preocupación por la salud, la figura, la apariencia...), etc.

El concepto de estilo de vida que propugna E. Menéndez permite superar otra deficiencia visible en su uso médico y epidemiológico: el hecho de aislar determinadas conductas (las llamadas «conductas de riesgo»: fumar, beber, comer grasas, etc.) del conjunto de prácticas y representaciones en las que se inscriben y cobran significado. Es necesario devolver al «estilo de vida» la dimensión global, holista, que tenía originariamente en las ciencias sociales, antes de su reducción, por la biomedicina, a conductas aisladas, sin ninguna articulación con las condiciones materiales y políticas en las que los sujetos producen y reproducen su vida cotidiana. Este holismo es lo que permite «entender el comportamiento de un fumador o un alcoholizado en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural» (E. Menéndez, 1998: 53). Por ejemplo, la corriente de estudios sociológicos e históricos de la clase obrera en Inglaterra se apoya en una interpretación holista de «la cultura de la clase obrera en la que el hábito de fumar, de beber cerveza, de practicar la violencia física, de considerar al *pub* como parte central de su vida social, etc. son «hábitos» constitutivos de sus modos de vivir, de su forma de estar en el mundo, de relacionarse con las otras clases, y por supuesto con los servicios de salud» (1998: 52).

El holismo del «estilo de vida» que defiende Menéndez, así como la importancia atribuida a los factores estructurales, es decir socioeconómicos, políticos, y de relaciones entre sectores sociales, permite subrayar aquí la proximidad de ese concepto con el de «habitus» de Bourdieu (1979). Resumiendo y retomando más o menos las palabras de Bourdieu, el habitus se defi-

ne como un sistema de disposiciones generadoras de percepciones, representaciones y prácticas, producidas por tres factores: un tipo particular de condiciones de vida, la práctica misma en los distintos campos de la vida social, y la historia de los sujetos. Lo que Menéndez designa como «condicionantes estructurales» se cristalizan en los hábitos mediante la homogeneidad de las condiciones de vida de los grupos sociales, lo que a su vez produce prácticas adecuadas, positivamente sancionadas, que resultan inteligibles y previsibles en el medio social de pertenencia del sujeto. Por ello esas prácticas parecen «evidentes», «naturales». El hábito, para Bourdieu, tiende con mayor seguridad que las reglas explícitas y las normas implícitas a garantizar la conformidad de las prácticas, y su constancia a través del tiempo (o la dificultad experimentada para cambiarlas). Esas disposiciones que conforman un hábito se «incorporan» tanto metafóricamente en la mente como realmente en el cuerpo, y se «naturalizan», es decir que son olvidadas como historia. El carácter de «sistema» de las disposiciones del hábito, como el holismo del estilo de vida de Menéndez, remite a una lógica interna global, que hace que el hábito es transferible de un campo social a otro. También advierte contra la posibilidad de entender una práctica aislándola de todos los demás elementos que forman parte de las prácticas, representaciones y «gustos» generados por un determinado hábito, del mismo modo que el «el estilo de vida de un sujeto es su vida, y no sólo un riesgo específico» (Menéndez, 1998: 49). Finalmente, el elemento de «gusto» (percepción) en el hábito de Bourdieu remite a las relaciones entre los distintos grupos o estratos sociales, es decir las relaciones de poder, pues el gusto es una forma de «distinguirse», de darse «un lugar en el mundo» (Menéndez, 1998: 54) y marcar su diferencia.

IV. VIDAS COTIDIANAS DE DROGODEPENDIENTES: REALIDADES Y PRIORIDADES

Existen una serie de determinantes estructurales que actúan para el conjunto de consumidores

de drogas ilícitas: la prohibición de las sustancias en cuestión (en el caso estudiado aquí: la heroína y la cocaína) lo que implica a su vez la existencia de un mercado negro, unos precios altos, una oferta irregular en términos de cantidad y de calidad, la sistemática adulteración de las sustancias y la imposibilidad de controlar su composición química, los contextos marginales y de delincuencia en los que se desarrollan la compra/venta, la represión penal de la venta y del consumo¹¹, la extendida corrupción en las instituciones de control y represión, y la fuerte estigmatización social que rodea el consumo. Otro condicionante general es la construcción del consumo de esas sustancias, por parte de las instancias sociosanitarias y de la opinión pública, como una enfermedad que requiere intervención ya no sólo represiva sino sobre todo médica, construcción que se revela a través de los términos científicos de «consumo abusivo» o «abuso», de «compulsión», «adicción», «dependencia física y psicológica», etc., y a través de los distintos recursos de «desintoxicación», «tratamiento», «reinserción», y «ayuda» a los drogodependientes.

Esa primera observación permite subrayar la discrepancia que existe entre el discurso de las instancias de gobierno y sociosanitarias por una parte, y la experiencia directa, por otra parte, que tiene el consumidor de heroína y/o de cocaína del contexto social en el que está parcial o totalmente inserto. En el primer caso, el *consumo de drogas* (prohibidas) constituye en sí un *riesgo para la salud*, y más particularmente la *inyección*, que representa el mayor riesgo debido a su asociación con la infección del VIH. En cambio, el principal conjunto de riesgos percibidos por el usuario debería describirse objetivamente no como riesgo de las drogas sino como *riesgo de la prohibición*: riesgo de represión policial y penal, de exclusión social, de ruina económica, de engaño sobre la sustancia consumida, de imposibilidad de abastecimiento, de robo y violencia en los contextos de venta y consumo, etc. A ese conjunto de riesgos se suma, para el usuario, la *obligación de ser tratado*, de someterse a la intervención sociomédica, para su «reinserción» como miembro sano (que no consume drogas ilícitas) de la sociedad, obligación que los sujetos difícilmente

¹¹ Al no ser constitucional la represión del consumo, esta se ejerce de forma disfrazada y arbitraria, bajo acusaciones de tráfico o de incitación al consumo.

pueden resistir, salvo en los casos de completa marginación o de exitosa ocultación.

La observación etnográfica en un medio de consumo de heroína y cocaína como Las Barranquillas lleva a formular una segunda constatación básica: los estilos de vida de los consumidores presentan una gran variedad. No se trata meramente de una variedad directamente observable en las formas y la intensidad del consumo, o en el grado de dependencia (sea esta entendida como real, objetiva, o como percibida por el sujeto), variedad que supondría distintas consecuencias sobre las condiciones de vida, el estado de salud y las prácticas cotidianas. Se trata más bien de articulaciones, globalmente distintas, de un conjunto de prácticas y de representaciones relacionadas con todos los aspectos de la vida diaria: higiene, alimentación, salud, tiempo, dinero, relaciones sociales y familiares, trabajo, gustos, formas de vestir y de hablar, ocio, etc., y en las que el consumo de drogas ocupa un determinado lugar.

A través de algunos tipos brevemente descritos, se pueden resaltar unos contrastes muy claros en las maneras en que los drogodependientes viven, perciben, y afrontan (o no) los «riesgos» de su forma de vivir. La tipología presentada a continuación no es exhaustiva ni tiene pretensión de universalidad, pero servirá como ilustración etnográfica de la complejidad de un fenómeno como el consumo de drogas ilícitas y de sus relaciones con la problemática de la salud / enfermedad, en un contexto sociocultural determinado.

IV.1. EL «MACHACA»

El machaca cumple un rol importante en la organización de la venta de drogas en los poblados marginales. Está empleado por un vendedor (una «casa») para dos funciones esenciales: la vigilancia, y la captación de clientes. Los machacas forman la figura más ostensible de las Barranquillas, la que da al poblado su apariencia de «bajos fondos», de «patio de Monipodio». Marcadamente sucios, algunos con defectos físicos, muchos con los dientes destrozados, gritan des-

de los porches de las casas con sus voces cascadas la calidad de la droga que vende su empleador: «¡Escama, buena escama, caballo, tengo buen caballo!»¹². Su papel consiste en controlar las entradas y salidas de la casa, asegurarse de que no haya una cola demasiado importante de clientes que podría atraer la policía (municipal o secreta¹³), expulsar a los clientes conflictivos (que insisten para conseguir una dosis por debajo del precio o fiada, y acaban montando escándalos), y vigilar para poder alertar del acercamiento de la policía, lo que llaman «dar el agua». Se le puede también pedir al machaca, si la policía amenaza con entrar en la casa, que desaparezca por la ventana con el paquete de droga y que se esconda hasta que la vigilancia policial se termine. Muchos usuarios habituales de Las Barranquillas consideran que los gitanos «emplean» (o utilizan) machacas con el objetivo esencial de poder «hacerles comer el marrón» en caso de intrusión policial, es decir que aquellos acaben acusados y cumplan las penas que al camello le incumbiría normalmente.

La relación del machaca con su empleador(a) es de casi esclavitud, o así por lo menos está percibido por muchos usuarios de las Barranquillas. El arreglo entre ellos consiste, en cierta forma, en cambiar una dependencia por otra: la dependencia hacia la droga por la dependencia hacia el «camello». El machaca está para cumplir los antojos de su «amo», vigilancia y captación pero también todo tipo de tarea (recoger y cortar leña, limpiar, etc.) y a cambio este le proporciona a horarios regulares (cada tres o cuatro horas) la dosis de droga que el machaca necesita por su adicción. El empleador también le alimenta y puede exigirle que duerma en la casa cuando cierra la venta por la noche. En efecto, en sólo una parte de las casas se prolonga la actividad comercial durante la noche, debido al riesgo policial adicional que representa. Muchos gitanos dejan el poblado sobre las 21 ó 22 horas, para volver a su piso de residencia en otro barrio de Madrid. Los machacas, salvo alguna excepción, suelen vivir de forma permanente en el poblado.

De forma general, aunque no siempre, los vendedores expresan de forma muy clara su despre-

¹² La escama designa una calidad de cocaína, que se supone es la mejor. El caballo es el nombre usual de la heroína.

¹³ La «secreta» no tiene nada de secreto en el poblado, los machacas conocen perfectamente sus vehículos y saben identificar a los policías secretas a los que atribuyen apodos («El Sevillano», «El Niño», «El Rompepuertas»).

cio de los machacas (y también de los drogadicto en general), y su poder sobre ellos, manteniendo un control marcado de sus movimientos y unas reglas estrictas de higiene y de separación física con respecto a ellos: el machaca no puede comer ni dormir en los mismos espacios que la familia de la casa, ni usar los baños; se le designa para las tareas menos consideradas (limpiar, servir la mesa, cargar leña,...). En el poblado se cuentan muchas anécdotas que resaltan la dureza de la relación vendedor / machaca: humillación, explotación, e incluso en algunos casos violencia física. Todo un complejo de odio, desprecio y revancha se cristaliza en la relación del vendedor (gitano) hacia el machaca (payo, drogadicto). Pero sin embargo, el machaca es un «personaje» en el poblado, marca su importancia con respecto a los usuarios de las Barranquillas, gritando órdenes («¡No te aparques aquí, fuera!»), y jugando con su imagen de «héroe» de este contexto marginal, porque se mueve bien en él, conoce las reglas del juego, corre «riesgos» (policía, violencia del poblado). Sobre todo, los clientes dependen del machaca para saber dónde se vende la droga y a qué precio, poder entrar y salir de las casas, y aparcar su coche con un mínimo de seguridad.

La vida del machaca está (casi) exclusivamente centrada en el poblado y la droga, en un submundo ilícito, cerrado y marginal, en el que tiene un limitado acceso a recursos materiales y poco tiempo para cuidar su higiene, su salud y su apariencia, sabiendo que el entorno físico en el poblado, de barro, polvo, basura extendida por todas partes, carencia de sombra, de agua corriente etc., lleva necesariamente a mantenerse en un estado constante de suciedad. Pero sobre todo la preocupación por aquellos aspectos —higiene, salud, presentación exterior de la persona— se reduce a un mínimo, pues son normas del «mundo exterior» que allí, en el poblado, no parecen tener vigencia. Las relaciones sociales del machaca giran al rededor de ese papel en tanto que machaca, esa figura casi por definición degradada y sucia, a la vez agresiva y dependiente (de la droga, del camello). La presencia desde el año 2001 de un albergue de emergencia que ofrece ducha, ropero, comidas y cama (o posibilidad de dormir en una silla en la sala de televisión) ha representado, sin duda, una mejora en la calidad de vida de los residentes permanentes del poblado, en particular gracias a la posibilidad de dormir unas horas al abrigo del frío y de la llu-

via. Pero el machaca no modifica esencialmente su forma de vida a pesar de la presencia de tales recursos, pues tiene otras prioridades y trata de alejarse lo menos posible del centro del poblado (el albergue está ubicado al exterior, a unos 800 metros de las primeras casas del poblado). Cuando no está trabajando para su empleador, se dedica a buscar maneras de conseguir droga, mediante toda una serie de formas de «reciprocidad» con los clientes del poblado o con otros residentes, y mediante la venta de material (jeringuillas, amoniaco, papel aluminio o «plata», toallitas, pipas para fumar, etc.). El consumo elevado de cocaína favorece una organización cotidiana de las actividades en las que el dormir, el comer, o el cuidarse ocupan un espacio muy reducido, de última prioridad.

La preocupación principal del machaca es hacer bien su trabajo, conseguir la satisfacción de su empleador, con él que comparte, debido al arreglo entre ellos, un interés común: que funcione la venta en buenas condiciones, evitando ser arrestado por la policía. Aunque en menor medida que el vendedor, está implicado en el tráfico ilícito de drogas y podría ser inculcado en caso de redada, además de perder su fuente de alimento y de droga. Su «estilo de vida» es parte integrante de la forma en que se ha configurado históricamente la venta y el consumo de heroína y cocaína como resultado de la prohibición de las drogas, de la marginación y del movimiento de concentración que evoqué en la introducción; también se inscribe dentro de las relaciones gitanos / payos a nivel de la sociedad española en general.

El machaca suele ser hombre (hay pocos casos de mujeres machacas en Las Barranquillas), de cierta edad (entre 30 y 45 años), de origen social modesta y con una larga historia de consumo de drogas, a menudo asociada con una historia también larga de delincuencia y de estancias en la cárcel. Consume en general heroína y cocaína inyectadas, y su drogodependencia se traduce por un nivel bastante alto de consumo. Cuando su empleador le da su dosis, se aleja de la casa donde trabaja y se junta con otros consumidores habituales del poblado para prepararse su «pico». No tiene dificultades para conseguir el material de inyección, acercándose a los recursos de intercambio de jeringuillas que acuden al poblado o pidiendo a los «vendedores de chutas» (otros residentes del poblado, también drogodependientes, que se dedican a la venta de material para

drogarse), al menos que disponga él mismo de una bolsa de material para la venta. Se puede decir que el uso de jeringuillas estériles está hoy en día casi instituido en el poblado como práctica perfectamente normal. En cambio, el machaca no suele respetar mucho las otras precauciones de higiene normalmente recomendadas en la preparación de la inyección (limpiarse la piel antes y después de la inyección, preparar la solución en un recipiente estéril, filtrarla), y además tiene bastante prisa (su empleador le espera).

La situación del machaca presenta una ventaja esencial: ha resuelto de forma estable la preocupación central de los usuarios de drogas con su nivel de consumo, es decir conseguir la droga y no pasar mono. No necesita «buscarse la vida» (eufemismo utilizado en el medio de los consumidores para designar las actividades de robo, hurto, trapicheo, tráfico, engaño, mendicidad, etc. destinadas a financiar el consumo). En cambio, otros problemas le acechan: debido al largo tiempo que se ha ido inyectando, las venas más asequibles y menos peligrosas (brazos, manos, luego piernas) acaban atrofiadas, le cuesta cada vez más encontrar un buen sitio de inyección, y puede pasar a prácticas de mayor peligro, como la inyección en el cuello o el ingle (peligrosa debido a la probabilidad superior de inyectarse en una arteria, lo que los consumidores llaman «vena de fuego» y que provoca una inflamación y un dolor fuertes, o de hacer mal la inyección por la dificultad de acceso a estas partes del cuerpo, y provocar bultos, abscesos,...). Las variaciones en la calidad de la droga disponible también le afectan: las dosis con las que se le paga, al ser menos concentradas, serán menos eficaces para «quitarse el mono» y pasará un período de tensión y de malestar hasta que vuelva a haber «buen género». En cambio la eventualidad de una sobredosis no forma parte de sus preocupaciones, su consumo está regulado en cantidad por su situación de machaca, y al no tener fuentes directas de dinero, le es difícil «pasearse».

La forma de vivir del machaca no le permite fácilmente integrar la idea de prevención, pues su consumo se configura como una necesidad, una rutina diaria en unas determinadas condiciones a las que se adapta de forma habitual, en las que el aspecto laboral ocupa un lugar destacado. Sólo en caso de sufrir una herida o un absceso molesto acudirá a los servicios de atención (curas)

disponibles en el poblado. De forma general, al tener una doble posición de consumidor y de «trabajador» en la organización de la venta, su implicación es alta, así como su marginación con respecto a la sociedad «normal», y no suele contemplar salir de la droga, «quitarse» o pedir el ingreso en un programa de metadona.

VI.2. EL CONSUMIDOR OCULTO INTEGRADO

Se trata de una situación totalmente distinta en la que se compagina una vida integrada según las normas de la sociedad general (el sujeto reside con su familia o pareja, tiene un empleo o está estudiando, no tiene antecedentes judiciales, cumple con las principales obligaciones de la vida social: tener documentación, pagar impuestos, cuidar su apariencia, etc.) con un consumo de drogas que el sujeto mantiene oculto con respecto a todo o casi todo su entorno social. Su principal prioridad: seguir manteniendo su «vicio» oculto —así lo formula él (ella) mismo(a), a menudo. Sabe muy bien que el descubrimiento por parte de su familia, de su empleador, de sus amigos (a veces su pareja) de que es «drogadicto» le acarrearía una serie de dificultades y de pérdidas, materiales y de imagen social. Ya no será más que un «yonquí», y para siempre, aunque a menudo él o ella no se ve así, justamente porque trabaja y cumple con sus obligaciones básicas. Pero conoce perfectamente la estigmatización, la incompreensión y las sanciones que el entorno le haría pagar. A raíz de esa preocupación principal, la ocultación de su consumo, el consumidor integrado debe enfrentar a diario una serie de problemas serios que le producen a menudo tensión y angustia. En primer lugar evitar el mono. Si su nivel de dependencia es importante, necesitará por ejemplo consumir heroína cuando se levanta para poder «funcionar», lo que implica que cada día debe tener guardada la dosis para el día siguiente. Para poder consumir, organiza una serie de mentiras y de estrategias para escaparse al poblado o consumir a escondidas (en el baño,...), y debe ser sumamente cuidadoso con el material de consumo y cualquier signo exterior que se pueda asociar a las drogas. El consumo absorba todo el tiempo libre que consigue sacar, y lamenta a menudo no poder llevar una vida «normal»

con actividades sociales o culturales como ir al cine, leer, ir de copas con los amigos, viajar o tomar vacaciones, etc. Los drogodependientes de este tipo suelen fumar heroína y base de cocaína y no inyectarse. El paso a la inyección ya no sería compatible con su forma de vida, implicaría la casi imposibilidad de ocultar su drogodependencia. Ellos asocian también la inyección con la imagen del «yonquí yonquí», descuidado, tirado, degradado, que ya no tiene vínculos con la sociedad. La idea de pincharse les produce grima, y aun siendo usuarios frecuentes del poblado, no les gusta ver de cerca a los inyectores hacerse su pico.

Otra prioridad es resolver el aspecto económico del consumo. El coste de la compra de droga y de los otros gastos ligados al consumo (gasolina para acudir en coche al poblado, o coste de las cundas)¹⁴ aunque variable, representa en todo caso un importe elevado con respecto a los ingresos normales de una persona de clase trabajadora. Las soluciones son variadas: los más jóvenes que todavía residen con la familia pueden dedicar buena parte de su salario o dinero de bolsillo a su consumo, y entonces lo importante es mantener este estable; algunos trabajadores consiguen asociar a su actividad laboral estrategias para aumentar sus ingresos de forma ilícita, robando o traficando material o mercancías, y así dedicar la mayor parte de sus ingresos oficiales para los gastos corrientes de la vida «normal»; los consumidores ocultos de clase alta no tendrán en principio dificultades excesivas para financiar la droga; la situación más tensa es la del trabajador que debe además de su actividad laboral y del tiempo de consumo dedicarse a alguna actividad complementaria para «buscarse la vida».

Como consecuencia de ello, la subida del precio de la droga (que va pareja a menudo con una baja en su concentración y por consiguiente lleva a consumir más), como la que ocurrió en Las Barranquillas desde principios de enero del 2002 hasta marzo, tiene consecuencias drásticas para este perfil de consumidor. Todo el equilibrio frágil que ha logrado establecer, en términos de organización del tiempo, de estrategias de ocultación, de energía gastada en la conserva-

ción de su situación social, se ve amenazado por la subida fuerte y repentina del coste de su consumo y la dificultad de «quitarse el mono». Muchos informantes en esta situación expresaron su deseo de desintoxicarse y «salir de la droga» al sufrir los estragos del difícil abastecimiento en droga. Sin embargo, el paso es difícil, entre otras razones porque los recursos que existen de ayuda a la desintoxicación (salvo quizá los recursos privados de pago) están mal enfocados para este tipo de consumidor, en el sentido de que implican extraerse de la vida social normal, hacer conocer su consumo a su entorno, en resumen adoptar una identidad de drogodependiente que es la que justamente se han esforzado en negar o ocultar. Paradójicamente, los recursos de ayuda a los drogodependientes les exigen que se corten de la sociedad y se declaren como tales (ingresando en una comunidad terapéutica, o utilizando el entorno social para seguir y controlar el proceso de desintoxicación ambulatoria o el mantenimiento con metadona) para luego «reinsertarse», cuando se trata de personas ya integradas socialmente, puesto que su entorno (familiar, laboral) no sospecha su consumo y les trata como personas normales y normalmente dignas de confianza, confianza que por supuesto perderían por completo al ser reconocidos como «drogadictos». Una informante me dice, en el caso de que su familia supiera que consume heroína: «Si faltaría dinero en casa, no se lo pensarían, dirían en seguida, es ella, la yonquí». El contacto de esa categoría de drogodependientes con los recursos sociosanitarios dedicados a la droga han sido en general nulos o muy escasos, a la vez por falta de necesidad (porque han tenido cierto éxito en mantener su forma de vida ocultando su consumo), y porque cuando los necesitan, consideran que son inadecuados.

Los consumidores ocultos suelen pensar que su consumo de drogas no afecta su salud. Mantienen hábitos de vida higiénicos y saludables, cuidan su apariencia, y para ellos su forma de consumo no acarrea consecuencias negativas, salvo quizá la delgadez, que achacan a la droga misma (que hace adelgazar en sí, para algunos, o que disminuye el apetito para otros) y también al hecho de utilizar el tiempo de comida para acu-

¹⁴ La cunda es un sistema de «taxi» informal, organizado desde diversos puntos de la ciudad para el desplazamiento de los consumidores hasta el poblado y vuelta.

dir al poblado (en el horario del medio día es cuando más trabajadores acuden a pillar y consumir). La salud se configura casi al revés: la droga es lo que permite estar bien, funcionar, y el verdadero problema es el mono con sus síntomas y el malestar que produce.

Hasta ahora cogí como referencia, en esa categoría de consumidores ocultos integrados, a personas que suelen reconocerse como drogodependientes, que consideran que están «enganchadas al caballo» y sufren periódicamente de esa dependencia, al mismo tiempo que no admiten ser asimiladas al «yonquí» tal como se lo imagina la sociedad en general. Existe también otro perfil de consumidores, que no se contemplan a sí mismos como enganchados, y dicen que mantienen un consumo ocasional, esporádico, sin ser dependientes. El tiempo desde el inicio del consumo es en general el elemento que mejor define la línea divisora entre esas dos formas de identificación, pues al prolongarse el período de consumo¹⁵, el «habitus» de la persona va integrando cada vez más la droga en su estilo de vida, hasta que se vuelva una necesidad o rutina. En el caso del consumidor «no enganchado», el orden de las prioridades descritas hasta ahora sigue válido, simplemente la articulación de los elementos del estilo de vida plantea menos dificultades (ocultación más fácil, financiación también, ausencia de mono, ...). Sin embargo, los consumidores de más experiencia consideran que aquí está el mayor riesgo de la droga: ese período en que parece que uno puede controlar y dominar la droga, que puede seguir disfrutándola sin volverse dependiente, en la que no se percibe el peligro de acabar enganchado. Muchos consumidores ocultos lamentan principalmente haber sido iniciados al consumo, haber conocido el caballo. A partir de sus representaciones y experiencias, lo que correspondería a la idea de riesgo asociado a la droga se puede resumir de la manera siguiente: el primer riesgo es engancharse, el segundo es ser descubierto, el tercero es pasar mono. El temor a ser robado, engañado o sufrir violencia en el contexto del poblado es también una preocupación, pero que suele ir disminuyendo con la rutina y la familiarización.

IV.3. EL DROGODEPENDIENTE APOYADO

Me refiero en este caso a personas cuyo entorno familiar conoce su estado de drogodependencia y sigue apoyándolas, o por lo menos proporcionándolas un mínimo de medios para vivir en condiciones decentes, sin que acaben «en la calle». La presión del medio familiar para que se «cure» hace que el drogodependiente apoyado ha pasado a menudo por varios recursos de desintoxicación y reinserción (comunidades terapéuticas, Centros de Ayuda a los Drogodependientes, etc.) y su historia es frecuentemente la de una alternancia de tratamientos y de recaídas. Su consumo también ha pasado por altibajos y cambios de vías de administración, y la experiencia de la cárcel es frecuente en esta categoría, así como el paro, con períodos de trabajo en empleos precarios y provisionales. Muchos de aquellos drogodependientes «están en metadona», es decir que desde un CAD (Centro de Ayuda a los Drogodependientes) se les dispensa diariamente una determinada dosis de metadona (sucedáneo sintético de la heroína, administrado por vía oral). Ello no impide que sigan consumiendo a veces heroína, y a menudo cocaína —frecuentemente en forma inyectada— y otras sustancias para «colocarse»: benzodiazepinas (Tranquimacín, Rohipnol, ...) compradas de forma ilícita en el mercado callejero, alcohol.

Desocupados, dependientes (sin recursos o medios de vida propios), controlados (por el CAD que controla su consumo de drogas mediante pruebas de orina, por la familia), suelen buscar en el «estar pedo»¹⁶ una escapatoria a sus dificultades de identidad, su falta de perspectivas, sus eventuales problemas con la justicia (causas pendientes), su desesperación ante los intentos fallidos de «reinserción» social, su vergüenza. Un perfil típico de esta categoría sería el de un o una joven entre 18 y 30 años, de clase trabajadora, que fue iniciado/a al consumo de drogas y a la delincuencia ya en la adolescencia, a menudo empezando con otras drogas antes del «caballo»: hachís, extasy, cocaína...

La preocupación principal para los drogodependientes apoyados es «buscarse la vida» a dia-

¹⁵ Lo que no se debe interpretar como una evolución inevitable: muchos consumidores esporádicos, «no enganchados» simplemente dejan de consumir heroína y salen del contexto estudiado aquí.

¹⁶ Sentirse bajo el efecto de la droga, cual sea ésta

rio, y al mismo tiempo evitar ser pillado y tener (más) problemas con la policía y la justicia. Una práctica frecuente para ello es el robo de productos alimenticios (embutidos, latas de productos caros) o de alcohol en los supermercados, que luego venden en bares, en pequeños comercios, o en pequeños mercados informales de barrio donde los vecinos compran estos productos robados a mitad de precio. También intentan vender los artículos robados directamente a los gitanos del poblado o intercambiarlos por droga.

El drogodependiente apoyado divide su tiempo entre el poblado y la ciudad (para buscarse la vida), está en constante movimiento andando de un punto al otro a veces varias veces al día, concentrado en la resolución de su problema inmediato: sacar algo de dinero, ir a pillar, luego «ponerse» (consumir la droga). El grado de implicación en este estilo de vida puede ser menor o mayor; en particular, entre aquellos que están en tratamiento con metadona, algunos tienen un consumo más esporádico y acuden al poblado de forma irregular. La importancia del consumo y del tiempo pasado en el poblado dependerá en parte del apoyo de su entorno familiar y de su grado de desocupación y aburrimiento, de malestar existencial, de sentimiento de culpa y vergüenza.

A través de sus contactos con las instituciones sociosanitarias, los drogodependientes de esa categoría suelen conocer su estado en términos de infección al VIH y a las hepatitis B y C, y beneficiarse de un seguimiento médico y de un tratamiento en caso de ser seropositivo. Por otra parte, su vínculo con un hogar permite que tengan unas condiciones mínimas de salud e higiene aseguradas (ducha, ropa, cena caliente, sueño,...). Pero lo que más caracteriza a este tipo de consumidor es la inestabilidad, los cambios, los altibajos: períodos de cogerse entre manos, períodos de dejadez, en las que pasa un poco de todo, incluso hasta dejar de tomar el tratamiento antirretroviral. A menudo su aspecto físico traduce los efectos de su historia de consumo y de su estilo de vida: delgadez, dentadura en mal estado, forma particular de andar (un tanto vacilante, con el cuerpo ligeramente hacia delante). A parte del hogar, las relaciones sociales suelen limitarse a los «colegas» con los que consume y se «busca la vida».

Los episodios de sobredosis en esta categoría son bastante frecuentes, debido en particular al policonsumo: la acumulación de los efectos de una dosis de heroína con alcohol, benzodiazepinas y eventualmente metadona es difícil de controlar, y produce regularmente casos de reacción aguda que necesitan una intervención sanitaria. Pero ello no se traduce por la toma de precauciones particulares, pues lo que manda es la búsqueda del «pedo». Incluso en sus relatos de sobredosis, algunos indican que tras la intervención médica, que consiste a menudo en inyectar naloxona —un antídoto a los opiáceos que anula en seguida los efectos depresores del sistema nervioso central— su principal idea era volver a consumir para sentir de nuevo el «pedo» que se les acababa de interrumpir.

El elemento más frecuente de la recaída, tras un tratamiento y un período sin consumir (a veces de años), es el «homenaje» con colegas o con la pareja. El homenaje es una sesión de consumo deseada para volver a sentir el placer del consumo y de su ambiente, representada como puntual y sin consecuencias: «No pasa nada si sólo me doy un pequeño homenaje, no me volveré a enganchar». Pero en general el homenaje lleva a repetir el día siguiente, y el siguiente..., y recaer en el círculo pillar / buscarse la vida / ponerse, con además la preocupación de ocultarlo al entorno familiar que consideraba al sujeto como curado y empezaba a suavizar su control¹⁷. Esta ocultación suele durar poco, pues como dicen, las recaídas son las peores, y el consumo suele subir rápidamente, a veces hasta un nivel más alto de lo que era antes del período de abstinencia.

Finalmente, la situación del drogodependiente apoyado se articula alrededor de una falta de perspectivas y de un sentido bastante desintegrado de la identidad (fracasado, yonquí, sentimientos de culpa y de vergüenza), en la que la vergüenza ocupa un sitio importante: seguir siendo un «yonquí» tras haber conseguido «curarse» y estar sin consumir drogas durante uno o varios períodos tiende a mostrar hasta qué punto el sujeto, a sus propios ojos, es incapaz de «controlarse», carece de fuerza de voluntad. No es de extrañar, entonces, que los mensajes de prevención y de conductas saludables cuajen difícil-

¹⁷ Es, según un informante, «el mejor momento para conseguir que te den dinero; piensan que estás quitado, te ven bien»

mente para estas personas. Aquellos que se inyectan suelen utilizar jeringuillas estériles, pues es la práctica vigente en el poblado, pero en su lógica, la salud, finalmente, tiene poca importancia, sobre todo en términos de anticipación de un eventual futuro lejano (¿en qué futuro se proyectan?). Los «riesgos» principales que les amenazan son el homenaje y la recaída cuando están en un período sin drogas, y por otra parte la vergüenza, y la sobredosis.

V. CONCLUSIONES

Otros casos que implican formas distintas de vivir, como el del drogodependiente sin hogar, de los «okupas» que comparten, entre varios drogodependientes, una vivienda abandonada en la ciudad, o del cocainómano de clase media-alta que viene a Las Barranquillas a veces para «pillar» y consume la cocaína esnifada, hubieran añadido variedad y complejidad a lo que he querido mostrar aquí: las lógicas de las vidas de los drogodependientes no se resumen a una dependencia hacia la heroína, una necesidad de aumentar el consumo y eventualmente de pasar a la vía inyectada, una compulsión irreprensible por consumir, y una falta de conciencia o de racionalidad en el hecho de no adoptar medidas de higiene, de salud y de prevención, o de no recurrir a los recursos que en particular proponen la dispensación de la metadona para conseguir el abandono de la inyección. Muchos otros aspectos intervienen para configurar un conjunto de prácticas rutinarias, cotidianas que no son particularmente «pensadas», no son objeto de una decisión ni son necesariamente el resultado de una compulsión, sino que simplemente se hacen, porque forman parte de una manera de adaptarse a una serie de condicionantes (materiales, sociales, políticos, etc.), y de una determinada representación que tiene el sujeto de sí mismo, de la droga, de su vida, de lo que debe evitar o conseguir en prioridad. En este contexto los riesgos «hete-

rodefinidos» es decir seleccionados desde la perspectiva de la intervención sociosanitaria, sobre todo alrededor de la inyección, no tienen la realidad que su definición objetiva en el discurso sociosanitario pretende que tenga. Más aun, la noción de riesgo puede percibirse como la imposición de un control y una culpabilización más, lo que a su vez podría llevar a más distancia con respecto a los recursos de «ayuda» y más marginación. Ello es el caso por ejemplo cuando un médico, tras haber efectuado un análisis químico de una muestra de droga¹⁸ a la petición de un usuario preocupado por su calidad, le contesta: «es el riesgo que corres». Por cierto, la eventualidad de sufrir las consecuencias de una contaminación de la droga con un cuadro de fiebre aguda, por ejemplo¹⁹, es otro riesgo que concierne a todos los consumidores y que se deriva de la imposibilidad de controlar la calidad de los productos vendidos en un mercado ilícito. La respuesta del médico que acabo de citar remite otra vez a la idea de que sabiendo eso, el usuario sencillamente tendría que dejar de comprar y consumir droga, o sino asumir ese riesgo a su costa. Se trata de un mensaje con alto contenido moral: te desvías de la norma (pecas) y tienes que pagar, o volver a la norma.

El conocer estos estilos de vida en su variedad y complejidad, en su articulación entre prácticas cristalizadas a lo largo del tiempo y representaciones que se elaboran en un contexto sociocultural, permitiría quizá entender mejor los factores socioculturales y los procesos dinámicos que contribuyen a crear el tipo de situaciones esbozadas aquí, y por ende aportar elementos de reflexión sobre los objetivos, la eficacia y la adecuación de las intervenciones sociosanitarias.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- BECK, Ulrich (1998 y 1986): *La sociedad del riesgo*. Barcelona, Paidós.
- BOURDIEU, P. (1979): *La distinction. Critique sociale du jugement*, París, Editions de Minuit.

¹⁸ Se trata de un servicio ofertado por ciertos recursos, en particular por la «Narcosala» (Dispositivo Asistencial de Venopunción de la Comunidad de Madrid), consistiendo en un análisis químico de resultado rápido que indica la presencia o no de heroína y de cocaína, sin más: no se conoce ni la concentración de esas drogas, ni la naturaleza de las otras sustancias contenidas en el polvo, es decir la composición del «corte».

¹⁹ Como lo que ocurrió en el poblado de Pitis en el verano 2001 (cuatro personas sufrieron un mismo síndrome de fiebre aguda tras inyectarse cocaína comprada en el poblado en un período de tres días).

- CASTEL, Robert (1981): *La Gestión de los Riesgos. De la Anti-psiquiatría al Postanálisis*. Barcelona, Anagrama.
- DE LA FUENTE, Luis (1997): *Tendencias temporales y geográficas de la vía de administración de la heroína en España*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- DOUGLAS, Mary (1992): *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. Londres, Routledge.
- EWALD, François (1986): *L'Etat Providence*. Paris, Grasset.
- GIDDENS, Anthony, (1995 y 1991): *Modernidad e identidad del Yo. El Yo y la Sociedad en la Época Contemporánea*. Barcelona, Península.
- LUHMANN, N. (1992): *Sociología del Riesgo*. Guadalajara (Mex.), Universidad de Guadalajara.
- LUPTON, Deborah (1999): *Risk*. Londres, Routledge
- MENÉNDEZ, E. (1990): «Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural» en *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Méjico, Ed. CIESAS.
- MENÉNDEZ, E. (1998): «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes». *Estudios Sociológicos*, N.º 46.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS, Marzo 2001. *Informe n.º 4*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- RAMOS TORRE, Ramón (1999): «Prometeo y las flores del mal: el problema del riesgo en la sociología contemporánea» en *Globalización, riesgo, reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea*. RAMOS TORRE R. y GARCÍA SELGAS F. (Eds). Madrid, C.I.S. pp. 249-274.
- RHODES, Tim (1995): «Theorizing and Researching «Risk»; Notes on the Social relations of Risk in Heroin Users' Lifestyles» en *AIDS: Safety, Sexuality and Risk*. AGGLETON, Peter, DAVIES, Peter, and HART Graham (ed.). Londres, Taylor and Francis, pp. 125-143.
- ROMANI, Oriol (1999): *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona, Ariel.
- VILLAAMIL, Fernando (2001): *Homosexualidad y SIDA*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Antropología Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.
- Documentos electrónicos:*
- MCKAY, Lindsey (2000): «Making the Lalonde Report». En línea en World Wide Web: www.cprn.com/docs/health/bmlr_e.pdf.
- Framingham Heart Study: Página en World Wide Web: www.nhlbi.gov/about/framingham.