



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Janeiro

Brasil

Candil, Ana Laura

Una lectura socio-antropológica sobre las sobredosis y los cortes en la piel
Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 26, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 549-568

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400846676011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Una lectura socio-antropológica sobre las sobredosis y los cortes en la piel

|¹ Ana Laura Candil|

Resumen: Este artículo busca aportar a la problematización de las interpretaciones biomédicas y psi clásicas acerca de las *sobredosis* y los *cortes en la piel* que, en ocasiones, afectan a los/as jóvenes y adultos/as que usan intensivamente drogas. Mientras que los *cortes en la piel* han sido prioritariamente enunciados como parte de la sintomatología que definiría a los trastornos “borderline”, las *sobredosis* han sido explicadas como un exceso de sustancias ingeridas de las que el cuerpo puede metabolizar. Partiendo de una aproximación etnográfica sobre los tratamientos ambulatorios a los/as usuarios/as intensivos/as de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, se busca colaborar al cuestionamiento de los saberes expertos clásicos, exponiendo diversas dimensiones que se enlazan en ambas prácticas: deterioro corporal, saturación en los modos de sentir dolor, barreras de acceso al sistema de salud y estrategias de supervivencia en contextos hostiles.

► **Palabras-clave:** corporalidad; drogas; deterioro; sobredosis; cortes en la piel.

¹ Universidad de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina
(anacandil@yahoo.com.ar).

Recibido: 09/06/2015
Aprobado: 08/12/2015

*E são tantas marcas
Que já fazem parte
Do que eu sou agora
Mas ainda sei me virar*

Lanterna dos Afogados
Os Paralamas do Sucesso (1989)

A partir de una investigación mayor que tuvo como objetivo analizar los tratamientos ambulatorios públicos de salud sobre los usos intensivos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (CANDIL, 2015a), este artículo se propone realizar *una* lectura – entre varias posibles – sobre ciertas heridas que, en ocasiones, in-corporan los/as jóvenes y adultos/as que transitan estas terapéuticas. En el inicio de la investigación, la corporalidad no parecía ser un dominio significativo a ser considerado en el análisis de los tratamientos. Sin embargo, durante el trabajo de campo fue tornándose relevante y necesaria de atender ya que no tenía un lugar preponderante dentro de la dinámica terapéutica, aún cuando ésta se apoya en los múltiples cuerpos que la hacen posible: los/as usuarios/as, sus redes de proximidad y los profesionales de la salud.

La corporalidad de los/as jóvenes y adultos/as que realizan tratamientos ambulatorios para reducir y/o suprimir la ingesta intensiva de sustancias ya se encontraba deteriorada con anterioridad al inicio del consumo. Según sus relatos, fracturas, lesiones, delgadez dan o dieron forma a sus geografías corporales. Los abordajes socio-antropológicos sobre salud (LOW, 1994; JENKINS; VALIENTE, 1994; GOOD, 2003; GRINBERG, 2009) y sobre drogas (CONNORS, 1994; BOURGOIS, 2004; EPELE, 2011) han mostrado que los padecimientos y dolencias son maneras en que los malestares, violencias y sufrimientos sociales son in-corporados. También han señalado que la ingesta intensiva de tóxicos si bien tiene por objeto la búsqueda de placer, conlleva la incorporación de malestares. Malestares modelados por los procesos político-económicos y mediados por dinámicas locales que dan ritmo a la cotidianidad de la vida signada por la escasez en las poblaciones desfavorecidas urbanas en la fase neoliberal del capitalismo (EPELE, 2010; BOURGOIS, 2010). En consonancia con estas aproximaciones y con los desarrollos analíticos sobre la

corporalidad, este escrito apuesta a colaborar en el análisis de las implicancias sociales y subjetivas de los *cortes en la piel* y las *sobredosis*.

Sobre la aproximación metodológica

La investigación en la que se enmarca este artículo¹ fue realizada siguiendo los lineamientos de la metodología cualitativa, específicamente del enfoque etnográfico (ACHILLI, 2005; GUBER, 2012). En dicha investigación perseguí el objetivo de describir los tratamientos públicos ambulatorios de salud sobre los/as usuarios/as intensivos/as de drogas contemplando: las dinámicas terapéuticas, la corporalidad, las prácticas de cuidado y autocuidado, y las diversas fracciones de la vida cotidiana que se ven revisadas en dichos tratamientos. Realicé el trabajo de campo durante dos años (2012-2013). El referente empírico y la principal unidad de observación fue una institución pública de salud ambulatoria, interdisciplinaria y especializada en consumos problemáticos de drogas localizada en un barrio segregado dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires, con casi dos décadas de trayectoria de intervención, a la que llamaré El Punto. La investigación fue evaluada y avalada por el Comité de Ética del Instituto Gino Germani, adecuándose a los recaudos que regulan las investigaciones en salud. A fin de asegurar los derechos de los/as participantes y su identidad, modifiqué los nombres de los entrevistados.

Las técnicas de producción de datos fueron principalmente las observaciones participantes en El Punto de: grupos terapéuticos; grupos de familiares; sala de espera; entrevistas institucionales; vereda de la institución; reuniones de equipo; jornadas de capacitación; jornadas hospitalarias; mesas de gestión barrial; y también visité tres barrios en los se emplazan instituciones públicas orientadas a la atención de las poblaciones desfavorecidas a las cuales asisten parte de los/as jóvenes ya que habitan dichos barrios. Además, llevé a cabo casi una treintena de entrevistas semi-estructuradas y en profundidad a sujetos mayores de 18 años: 11 a profesionales de la salud – psicólogos/as, trabajadoras sociales y operadores/as socio-terapéuticos/as –; 13 a jóvenes y adultos/as que usan intensivamente drogas de mala calidad y que realizan tratamientos ambulatorios; 4 a sus redes de proximidad – madres y parejas –; y una a un referente social. Por medio de las observaciones y de las entrevistas, elaboré 43 casos. La construcción de los casos

fue posible por la concentración del trabajo de campo en una institución, ya que las dinámicas barriales generalmente implican ritmos acelerados que hacen más compleja su documentación.

Consideraciones generales sobre los tratamientos ambulatorios sobre los usos intensivos de sustancias.

Los tratamientos ambulatorios de salud sobre los usos de drogas se sustentan en la permanencia en el espacio habitado y la continuidad de los vínculos próximos (de parentesco, amistad y enemistad). Dentro de esta modalidad confluyen una multiplicidad de servicios: grupos de ayuda mutua, espacios grupales en iglesias, consultorios externos hospitalarios, servicios especializados y profesionalizados, entre otros. Según las últimas estadísticas argentinas (SEDRONAR, 2009), los tratamientos ambulatorios que incluyen psicoterapias son los más expandidos y en su mayoría se encuentran en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Punto es una institución de salud pública, ambulatoria y especializada en el abordaje a los usos de drogas localizada en un barrio segregado dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires. La terapéutica prioritaria se traza a partir de las psicoterapias – aunque también incluye talleres, orientaciones sociales y psiquiátricas – e intervenciones comunitarias. La dinámica psicoterapéutica se delinea a partir del acercamiento de los sujetos –usuarios/as y/o familiares – a la institución. Allí, se suceden entrevistas con profesionales de la salud. A grandes rasgos, el proceso terapéutico, en su dimensión material, consta en entrevistas individuales y/o grupales semanales con psicólogos/as.

La mayoría de los/as jóvenes y adultos/as que usan intensivamente sustancias con quienes me vinculé en El Punto, consumen intensivamente cocaínas. Cocaínas en plural ya que existen diferentes calidades (a mayor calidad, mayor precio), productos diversos (clorohidrato de cocaína, pasta base/paco) y distintos modos de administración (inhalable, inyectable, fumable). Según han manifestado los entrevistados, las cocaínas a las que tienen acceso son de mala calidad. Los/as jóvenes y adultos/as casi en su totalidad habitan en sectores segregados de la ciudad (barrios precarios, “villas” y/o asentamientos), generalmente a más de un colectivo de distancia con El Punto. En su mayoría no han terminado la escolaridad media y se sustentan mediante empleos informales (que van desde pintura y albañilería, hasta limpieza de vidrios de autos y la mendicidad) y han habitado espacios de

encierro (cárcel, comisarías, institutos de menores, hogares de niños, etc.). Es decir, que forman parte de los sectores desfavorecidos de la sociedad. Sin embargo, cuentan con recursos para acceder a las terapéuticas: saber que existen, que son gratuitas, estar situados en tiempo y espacio, recordar que tienen que ir o tener alguien que se los recuerde, tener dinero para trasladarse, entre otros.

A fin de reparar en las heridas y experiencias corporales que me interesa abordar, compendiaré estudios previos que resultan esclarecedores para establecer una lectura sobre las *sobredosis* y los *cortes en la piel*.

Corporalidad y usos de drogas.

Recientes producciones han mostrado que el cuerpo ha estado presente en el pensamiento occidental desde las antiguas reflexiones griegas hasta nuestra actualidad (CITRO, 2010; SCRIBANO, 2013). Si bien en 1936, Mauss (1979) elabora la noción de “técnicas corporales”, y en 1975, Foucault (2009) abre todo un camino sobre los “cuerpos dóciles”, en las últimas décadas la corporalidad se ha constituido como un campo de estudio específico (SHEPPER-HUGHES; LOCK, 1987; LOCK, 1993; CSORDAS, 1994; LE BRETON, 2008; Cit ro, 2010).

Dentro del amplio abanico de producciones que han emergido para dar cuenta de las complejidades de la corporalidad, me interesa resaltar dos aspectos. En primer lugar, la corporalidad convuelve algunos de los dualismos del pensamiento occidental clásico: naturaleza/cultura, biología/sociedad, sujeto/objeto, mente/cuerpo, interno/externo, cuerpo/emoción (LOCK, 1993; CSORDAS, 1994; JACKSON, 2011). En segundo lugar, la corporalidad posibilita realizar un acercamiento hacia la estructuración social del capitalismo en tanto el cuerpo expone la modalidad en la que se inscriben las relaciones sociales en los sujetos (BUTLER, 2009; SCRIBANO, 2007, 2013). En palabras de Esteban (2013) las “desigualdades sociales de diferente tipo [...] van inscritas en el cuerpo” (p. 14).

Los esfuerzos dirigidos a descifrar las vinculaciones entre corporalidad y usos de drogas han permitido precisar algunas de sus implicancias y han alertado sobre las dificultades que conlleva exportar análisis generales a dinámicas locales. Atendiendo a esta precaución, a continuación presento aquellas aproximaciones que considero que han posibilitado un camino respetuoso para su abordaje.

En Massachusetts (USA), Connors (1994) sostiene que la experiencia de la *abstinencia* –de suspensión/supresión del uso de drogas– implica malestares físicos

como así también emocionales (vergüenza, rechazo, aislamiento) que se enlazan con las coordenadas del padecimiento del dolor crónico de la clase trabajadora en los centros urbanos industriales contemporáneos. La autora muestra que la ingesta intensiva de heroínas se relaciona con un intento de control de las condiciones que generan malestares perdurables y que la experiencia del dolor puede ser interpretada como causa y consecuencia de la ingesta de drogas.

En San Francisco (USA), Epele (2001a) sostiene que el cuerpo es el espacio donde se asienta la contradicción entre el placer y el control. Y que, en contextos signados por la escasez –material, vincular, de deseo sexual, de experiencias gratificantes–, se produce una economía del deseo y la necesidad que se presenta de manera conflictiva con la ingesta de drogas. Por su parte, en la misma ciudad, Bourgois y Schonberg (2009) sostienen que dependiendo de la etnicidad, personas que tienen la misma dependencia física y psicológica a la heroína y que viven en situación de calle, se inyectan de distinta manera (a través de la ropa o con la piel desnuda, dedicación o no del tiempo necesario para encontrar la vena) y tienen distintas estrategias de supervivencia (robos/mendicidad). También, registran las drogas utilizadas complementariamente por los distintos grupos: mientras que los blancos beben alcohol, los negros consumen crack². A partir de estas asociaciones, sostienen que el racismo se concretiza en distintas técnicas corporales específicas para consumir drogas (GARREAUD; MALVENTI, 2006).

En el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina), Epele (2010), a partir de un estudio que vincula los procesos macro-económicos post crisis del 2001 como determinante del deterioro corporal de usuarios de drogas, localiza la manera en que la circulación de pasta base/paco commueve los modos sociales de sentir dolor y placer en las barriadas populares. También analiza la manera en que el deterioro corporal de los/as usuarios/as dio lugar a modificaciones en las maneras del cuidado de otros (EPELE, 2012). Y registra que en contextos de escasez puede darse un proceso de fractura, extrañamiento y objetivación de la corporalidad de los/as usuarios/as de drogas (EPELE, 2009). Por su parte, también en Buenos Aires, Castilla y Lorenzo (2013) observan que cuando los/as usuarios/as intentan reducir y/o dejar de consumir, despliegan una repetición de patrones estéticos vinculados a la noción de responsabilidad en barrios marginales que buscan comunicar que se encuentran atravesando un cambio que los posicionaría diferencialmente en función a los estándares de reconocimiento social. También

observan que a pesar de este esfuerzo, manifiestan el daño asociado directa o indirectamente al consumo de drogas en diversos movimientos involuntarios que perduran más allá de la supresión de la ingesta.

Todos/as los/as autores/as reseñados, de un modo más o menos explícito, coinciden en identificar que las marcas corporales de los/as usuarios/as intensivos/as drogas se encuadran en formas de padecer propias de las clases desfavorecidas. Dentro del amplio abanico de dimensiones posibles para continuar abordando la corporalidad en vinculación con los usos de drogas, me detendré en los *cortes en la piel* y en las *sobredosis*.

Cortar la piel

La primera vez que vi a Martín estaba sentado en el escalón que da paso a la puerta de El Punto, un miércoles de mayo al mediodía. Recuerdo que nos saludamos con un escueto “hola” y que él tenía puesta una remera negra arremangada que dejaba ver marcas en sus antebrazos. Semanas más tarde, lo volví a ver a la salida de un grupo terapéutico en el que me había presentado e introducido los detalles de la investigación, buscando atraer interesados en conversar sobre los tratamientos que se encontraban realizando. Martín se ofreció desinteresadamente y nos encontramos la semana siguiente, luego de su encuentro terapéutico.

Martín ha vivido a lo largo de sus 28 años en hogares para niños, institutos de menores, dispositivos penales dentro de hospitales psiquiátricos, comisarías y cárceles. Al momento de conocernos hacía pocas semanas que estaba “afuera”. Mientras conversábamos no podía quitar mi mirada de las heridas rosadas de sus brazos dispuestas a modo de rayas desde las muñecas hasta los codos. Él me decía que “ahora todo mejoró, me estoy recuperando”. El tiempo pasado que utilizaba en su relato tensionaba las múltiples marcas de sus brazos que estaban presentes en ese momento ante mis ojos y los suyos: la corporalidad al devenir un espacio de memoria imposibilita el olvido (Das, 2008). Al mirarme mirándolo, dice:

-El Instituto de Menores es jodido... sí, igual... Sí, como se lo imaginan todos, tan así no es... pero... pero bueno... hay ciertos códigos que tenés que respetar y... aunque a esta altura... hoy en día por más que tengas códigos ya no les importa nada... siendo menor o siendo mayor, no les importa nada. Pero bueno... siendo mayor presentaba escritos, y cuando era menor siempre hablaba con mi abogado defensor que... que presente un escrito que tenía problemas con la droga y... siempre me cortaba dentro del penal los brazos porque decía que tenía que consumir porque decía que me iba a matar, que me iba a matar... En realidad no me pasaba eso... yo... o sea, lo simulaba, hacía

que todos crean que me iba a matar, que en realidad si no consumía... me mataba. Y ahí si tenía suerte, cumplía condena en la comunidad terapéutica del penal [Martín].

Como me mostró Martín – en sus antebrazos y en sus palabras –, los *cortes en la piel*, en ocasiones, dan forma a los cuerpos que han estado institucionalizados parte de sus vidas. A pesar de la vasta crítica académica a las instituciones de encierro (GOFFMAN, 1970; BASAGLIA, 1972; FOUCAULT, 2009) y desde las normativas jurídicas de reciente sanción en Argentina,³ el aislamiento como modo de gestión de la vida atraviesa a los/as jóvenes y adultos/as de los sectores desfavorecidos. Ya se ha registrado en las barriadas populares argentinas que *los cortes* en los brazos y las manos pueden ser interpretados como una consecuencia de la expansión de encarcelamientos a jóvenes a partir de la década de los '90 (Epele, 2010). En este sentido, siguiendo las perspectivas post-estructuralistas, el cuerpo es un territorio donde se inscriben las relaciones de poder (FOUCAULT, 2009; SHEPPER-HUGES; LOCK, 1987): desde las perspectivas de los/as jóvenes implica resistir a las relaciones disciplinarias que tienen al cuerpo como objeto de encierro. Sin embargo, también implica reconocer que ciertas prácticas de resistencia conllevan dolor. El *cortar la piel*, además, es una técnica corporal (MAUSS, 1979), un determinado uso del y sobre el cuerpo, para cortar(se) sin llegar a desangrar: hay que saber dónde, a partir de qué movimientos y con qué intensidad deslizar un elemento punzo-cortante por la piel.

Los *cortes en la piel* – aunque frecuentes – no son masivos y presentan diferencias en función a las relaciones de género. Mientras que los varones, como Martín, que han estado encerrados refieren que el cortar(se) se vincula a estrategias de supervivencia en instituciones de encierro y las heridas se llevan –desde sus versiones– como “*del pasado*”; para las mujeres que no han estado institucionalizadas por largos períodos, denota un nivel de “*reviente*” casi “*sin retorno*” ya que *cortar la piel* también refiere a modalidades de “*frenar cuando tenés una sobredosis*”. Cortar las yemas de los dedos o las palmas de las manos “*te drena, te sale la sangre que se licua cuando estás muy pasado...*”.

Casadó (2012) define a las “autolesiones” como “todas aquellas acciones donde, sin que exista voluntad de muerte, se inscriben y expresan a través del cuerpo experiencias, emociones, vivencias y sensaciones de entumecimiento emocional” (p. 115). La autora señala que no todas las “autolesiones” pueden ser interpretadas

de igual modo ya que están modeladas cultural e históricamente. Desde algunas perspectivas psi, las llamadas “lesiones autoinflingidas no suicidas” son consideradas como uno de los síntomas de los trastornos “borderline” que tendrían por objeto “liberar el afecto negativo” (KLONSKY, 2010, p. 67). Acordando con el planteo de Casadó (2012), “si bien para la terminología biomédica la autolesión es un signo, esto es, “una manifestación objetiva de un estado patológico” (DCM IV TR), en términos culturales la autolesión es polisémica” (p. 113). Por lo que he podido registrar, el *cortar(se) la piel* es una de las consecuencias de las modalidades en las que los entramados institucionales actúan por omisión sobre los cuerpos. Específicamente, que tenga lugar el cortar(se) como táctica para ser cambiado de espacio (de un pabellón a la comunidad terapéutica dentro de la carcel) y el cortar(se) o cortar a otro para “*frenar*” una *sobredosis*, expone los malos tratos y desamparo a los que están expuestas las poblaciones desfavorecidas por medio (o no) de la institucionalización. Por ello mismo, sería desatinado sostener, sin un estudio más profundo, que los *cortes en la piel* constituyen situaciones en las que la violencia descentrada caracterizada por “su dispersión, su fragmentación, su policentrismo” (Hernández, 1993: 105) se torna autoinfligida ya que esta práctica manifiesta también cierta preservación y cuidado. Sin embargo, es posible afirmar que las prácticas de *cortar la piel* “transmiten un mensaje sobre el sufrimiento social de las incontrolables emociones que son literalmente inscriptas en la piel” (CASADÓ, 2009, p. 79).

Si bien los/as usuarios/as, relatan y muestran el deterioro corporal en múltiples modalidades entre las que se encuentran los *cortes en la piel*, quienes consumen intensivamente cocaínas coinciden en señalar que las *sobredosis* y/o el *tocar fondo* actúa, en la mayoría de los casos, como un disrupción en cuanto a la experimentación y simbolización de la corporalidad.

Saturación: *sobredosis y tocar fondo*.

Al igual que a Martín, conocí a Violeta en el otoño del año 2013. Violeta no se encontraba realizando un tratamiento en El Punto, sino que estaba en la sala de espera aguardando a que su pareja saliera de una entrevista psicoterapéutica. Es por ello, que en un inicio pensé que la entrevista rondaría sobre las implicancias de acompañar a su pareja. A los pocos minutos de conversar en una esquina de las cercanías al El Punto, dice:

-Y yo ya la pasé, yo fumé, desde los 13 años que fumo... A mí no me va a decir que es fácil... Porque yo me tuve que agarrar... sobredosis... para tenerle miedo. Para que me deje... porque ya no me podía drogar porque me pegaba mal. [...] Yo me agarré una sobredosis a los 15 años con la cocaína. Casi me reventó toda. Y no fui a parar al hospital, ¿eh?

-¿Qué hiciste?

-Eh... me pasé tomando... me pasé.

-¿Y qué hiciste para frenar?

-Estuve cuatro días... Y no... si me reventó todo. Me sangró todo. Me salió sangre de la nariz, sangre del oído, sangre de la boca. Casi me muero. Y yo no sentía nada.

-¿Y no fuiste al hospital?

-No, no fui... necesitaba bajar. El susto de ver sangre, yo vi sangre... ahí bajé, porque sino no podía bajar. Y mis compañeros me decían de cortar... Yo no me corto ni a palos. [Violeta].

La *sobredosis* es una noción difundida tanto en las perspectivas de los/as usuarios/as de drogas como en los – diversos – saberes expertos. La perspectiva biomédica define a la *sobredosis* como una “reacción adversa aguda secundaria [...] que cursa con coma más o menos profundo, miosis pupilar y depresión respiratoria que, si es intensa, puede llevar a una parada respiratoria y a la muerte en pocos minutos” (ANORO et al., 2004, p. 602). También se la ha definido como un exceso en los tóxicos que el cuerpo puede metabolizar o “muerte por reacción aguda a las sustancias” (GÓMEZ et al., 2005, p. 152). Estas definiciones han sido extendidas para la elaboración de protocolos para el tratamiento toxicológico que tiene lugar cuando se acude a guardias hospitalarias (diferenciaciones entre los signos y síntomas de la *abstinencia* y *sobredosis* y sus modos de compensación) (SADA, 2012). Sin embargo, no dan cuenta de las implicancias sociales y subjetivas que adquieren los malestares que conforman la corporalidad de los/as usuarios/as, ni de las situaciones en las que se despliegan estos padecimientos extremos que, aún no llevando al fin de la vida, dejan marcas biográficas y corporales indelebles. Desde hace décadas que las perspectivas socio-antropológicas han criticado la causación biomédica de los padecimientos en las dimensiones fisiológicas: solapamiento entre lenguaje experto y moralidad; fragmentación de la corporalidad; despolitización y moralización del sufrimiento; individualización de los malestares; despojo de historicidad, responsabilización del padecimiento, entre otras (MENENDEZ, 1983; URIBE, 2000; GOOD,

2003; CANGUILHEM, 2004; KLEINMAN; BENSON, 2004; FOUCAULT, 2008; CANNELLOTTO; LUCHTENBERG, 2008).

Desde las perspectivas de los/as jóvenes y adultos/as de las poblaciones desfavorecidas, la *sobredosis* y/o el *tocar fondo* aglutinan más sentidos que los señalados por la biomedicina. La *sobredosis* implica un “*estar pasado/a de droga*” pero también incorpora múltiples aristas que desde la perspectiva biomédica clásica no estarían en directa vinculación con las drogas –entendidas como objetos que se introducen dentro del cuerpo para generar alteraciones psicofísicas–. La mala calidad de los tóxicos, los ritmos de consumo, la escasez de otros con quienes contar en caso de necesitar ayuda, los malos tratos y destratos a los que han estado expuestos durante años al acudir a servicios de salud, la responsabilización por realizar una práctica “*autodestructiva*”, la escasez de condiciones para sentir placer, se anudan en las *sobredosis* como categoría nativa. La distancia entre la caracterización biomédica y la local deviene en que las prácticas, como así también las emociones y los cuerpos, no existen de manera descontextualizada sino que las condiciones políticas y económicas modelan las formas de vivir, de padecer, de sentir placer y también de morir (SCRIBANO, 2007, 2013; PITA, 2010). De este modo, quienes han señalado atravesar *sobredosis* dijeron que se “*sintieron morir*”, “*querer morir*”, como así también hicieron referencia a las afecciones que sintieron en ese momento “*tener licuada la sangre*”, “*no dar más*”, “*el cuerpo no me daba más*”, “*no poder frenar*”. El miedo de morir fue, con posterioridad, el motivo verbalizado que los llevó a realizar enormes esfuerzos para suspender y/o dejar de consumir tóxicos por un tiempo, generalmente breve.

La *sobredosis*, desde las perspectivas de los/as usuarios/as, guarda correspondencia aunque se diferencia de lo que denominan como *tocar fondo*. En medio de fragmentarios relatos, he podido diferenciar que la *sobredosis* se vincula directamente al progresivo deterioro corporal ante el exceso de sustancias consumidas – en los casos registrados cocaínas de mala calidad – y a la posibilidad de morir; mientras que *tocar fondo* se perfila como una noción que se relaciona con una situación extrema, que puede o no estar directamente vinculada al exceso de sustancias ingerido, aunque alude a la trama de relaciones que atraviesan a los/as usuarios/as en los períodos de intensidad de consumo (escasez de bienes y servicios, prolongadas trayectorias de consumo y atención parcelaria a los malestares, lógicas de violencias estatales, barriales y familiares,

entre otras cuestiones). *Tocar fondo* implica un momento y/o situación en el que los/as usuarios/as perciben que “*así no se puede seguir*”.

Mirna, pareja de Lorenzo, madre y peluquera a quien conocí en el “*grupo de familiares*” de El Punto, lo relata así:

-Y vinimos a la institución cuando ya tocó fondo, que de hecho después él mismo decidió salir..., estaba llevando una vida... de terror. Entonces... justamente en el camino los padres lo habían internado, se escapó... como en dos ocasiones, o en tres... Y siempre se escapaba y no llevaba a cabo el tratamiento. Hasta que un día... no sabe cómo fue, se despertó, o sea, que se había desmayado..., se despertó lleno de sangre, le sangraba en la nariz. Y se sentía tan mal, se asustó tanto, se pensó que se moría... y ahí fue que se puso las pilas [Mirna].

Las situaciones en las que he podido registrar “*tocar fondo*” son: sobredosisificación de cocaínas; “*comas alcohólicos*”; olvidos de toda una noche y amanecer golpeado y sangrando; persecuciones policiales y/o conflictos en el barrio habitado; amenazas de muerte; “*giras*” de más de cuatro días; fuerte deterioro corporal y delgadez pronunciada. En todos estos registros, el *tocar fondo* hace referencia a procesos culturales, sociales y económicos que se imprimen en las corporalidades, pero que son experimentados en la mayoría de los casos como cuestiones individuales. Epele (2001b) ha señalado que la experiencia de vastos sectores de la población está enraizada en la cronificación del trauma vinculado al sufrimiento social. Lejos de las perspectivas que tienden a una responsabilización a los/as usuarios/as y a sus redes vinculares, tanto *tocar fondo* como las *sobredosis* remiten a procesos que exceden las individualidades aunque son descriptas en esos términos. No es excepcional la frase “*esto me pasó a mí porque yo quise, nadie me obligó*”, justamente por ello, es menester considerar que “la cronificación [...] de situaciones traumáticas ligadas a la profundización de la marginalización social, van cubriendo progresivamente todas las áreas de la vida cotidiana y se transforman en un daño que tiene consecuencias más o menos permanentes” (EPELE, 2001b, p. 119).

Funes Artiaga y Romaní (1985), a partir de una etnografía con usuarios intensivos de heroínas en España, señalan que las situaciones límite implican una vivencia catastrófica, inminente o presente que puede ser generada por múltiples situaciones en las que el padecimiento se presenta de manera plena. En sus palabras, “se ha llegado al punto extremo y el padecimiento, el conflicto o una momentánea lucidez [...] quizás el modelo de situación límite más conocido

en la práctica clínica sea el derivado del malestar y la frustración que genera el consumo en su fase más destructiva” (p. 98). Las *sobredosis* y el *tocar fondo* hacen referencia, desde las perspectivas locales, a situaciones límite debido a que exceden los umbrales de deterioro y dolor de los/as usuarios/as en la cotidianeidad de la vida de los barrios segregados.

Con posterioridad a la situación de *sobredosis* y/o al *tocar fondo*, los/as usuarios/as generalmente refieren que acarrea la necesidad (consumada o no) de acceso a un servicio de salud. Mientras que en las *sobredosis* la primera institución nombrada por todos los/as usuarios/as es el hospital al que, según lo documentado, ninguno va porque fueron rechazados y/o no recibieron la atención que necesitaban o esperaban – y desde las teorías locales son la causa de la necesidad de cortar(se) y/o cortar a otro para tratar la *sobredosis* –; el *tocar fondo* se hilvana con la disposición de realizar un tratamiento especializado en toxicomanías. Sin embargo, lejos de una causación lineal (situación límite-acceso al sistema de salud) generalmente estos complejos adquieren caminos laberínticos en los que dan cuenta de procesos incompletos de psico-medicalización, desigualdad en el acceso a los servicios de salud, barreras institucionales (distancia geográfica, negligencias y/o negación en la atención, carencia de dinero para trasladarse, sospechas sobre los/as usuarios/as, ausencia de insumos institucionales, etc.), modos de sentir(se) que incluyen desesperación, angustia y miedo.

Además, no todos los/as usuarios/as perciben ese momento como una situación límite sino que ese registro, generalmente, se da con posterioridad y tiene una durabilidad relativa. Good (2002) señala que “las personas que [...] pasan por condiciones por las cuales sintieron sus vidas amenazadas describen con frecuencia la sensación de que el mundo ha cambiado. [...] Ocurren cambios en la significación; algunas cosas pierden sentido” (p. 11). Sin embargo, no sería preciso sostener que estos cambios se dan de una vez y para siempre (*sobredosis-dejar de consumir drogas*), sino que tienen una perdurabilidad relativa. Es decir, varios sujetos han padecido más de una *sobredosis* y esa “*alarma*” no se sostiene en el tiempo. Lejos de lo que podría pensarse, tanto la *sobredosis* como el *tocar fondo* no implica en todos los casos una ruptura en las biografías sino que constituyen hitos en las trayectorias de consumo señalados por los/as usuarios/as como situaciones en las que la corporalidad está afectada plenamente de dolor, de vértigo desbordante, de irrefrenable angustia, incontinente miedo y paralizante desesperación.

Jackson (2011) señala que cuando sentimos dolor, la experiencia del cuerpo se da plenamente, en el sentido que “no experimentamos la experiencia de nuestros cuerpos, ni de nuestro dolor, a la manera de objetos. Lo objetivamos cuando prestamos atención al dolor o hablamos de ello, para dar sentido de ello” (p. 38). Desde las versiones de los/as usuarios/as, sin embargo, el sentir y el mirar el cuerpo cuando está “*hecho mierda*” presenta materialidad aun cuando estas experiencias frecuentemente son relatadas a posteriori. Es decir, los/as usuarios/as en variadas circunstancias sienten el cuerpo como ajeno pero no de modo continuo. Se ha registrado un repertorio de modalidades de sentir(se) que van desde la disociación entre la emoción y la corporalidad hasta la alineación de ambas en las situaciones límites: “*estaba mal*”, “*no me daba más el cuero ni el cuerpo*”, “*no me podía levantar de la cama de lo reventado que estaba... sin fuerzas... después me di cuenta*”, “*me tengo que cuidar de los golpes porque estoy muy frágil*”, “*me temblaba todo el cuerpo, me dolía todo*”, “*estaba con la cara toda rota pero no sentía nada*”.

Si bien desde las producciones académicas recientes (SCRIBANO, 2013) se hace hincapié en la indisociabilidad de los cuerpos y las emociones, en el trabajo de campo he podido registrar que para los/as usuarios/as de drogas muchas veces la percepción del cuerpo resulta objetivada y enajenada, es decir, se percibe el cuerpo como extraño en situaciones límites al punto de llegar a no sentir(se). Resulta necesario entonces, insistir en que tanto los cuerpos como las emociones (o cuerpos/emociones) son la exposición de las relaciones sociales que los significan y los conforman. En palabras de Scribano (2013), “las marcas corporales son inscripciones socialmente establecidas por el proceso de dominación en el que está sumida una sociedad determinada. Es decir, la geometría corporal se asienta en una geocultura y en una geopolítica de la dominación” (p. 102). Tal vez, no sea osado intuir que los/as usuarios/as de drogas que atraviesan situaciones límites expongan de manera desnuda la fractura social que, no solo los invisibiliza y/o demoniza, sino que también rompe, marca y disocia íntimamente hasta la percepción y experiencia del propio cuerpo sufriente.

Palabras finales

A lo largo de estas páginas, se han analizado las implicancias subjetivas y sociales de dos marcas indelebles que se inscriben en las corporalidades y en las emociones de los/as usuarios/as de drogas: los *cortes en la piel* y la *sobredosis* y/o

el *tocar fondo*. Incorporar sus versiones y modos de percibirse permite complejizar y aportar a dislocar las perspectivas que han pretendido dominar el tratamiento de sus corporalidades, en este caso, las biomédicas y psi clásicas. Reparar en las modalidades de percibir, sentir, marcar y cuidar de los/as usuarios/as de drogas en situaciones extremas obliga a las perspectivas analíticas a mirar las heridas y a escuchar relatos de muy difícil procesamiento. Y, justamente por ello, necesarios de ser abordados de manera respetuosa para que la producción de conocimientos pueda colaborar a generar tratamientos acordes a los padecimientos.

Los *cortes en la piel* y las *sobredosis* exceden las individualidades clasificables en tanto que, denotando lo social, se hacen carne. Por ello, las heridas y las situaciones límite desbordan las extendidas caracterizaciones analíticas clásicas y se inscriben en los diversos desamparos, mediante la institucionalización o no, a los que están expuestas las poblaciones desfavorecidas, y específicamente, los/as usuarios/as de drogas de mala calidad en las urbes contemporáneas.

Referencias

- ACHILLI, E. *Investigar en Antropología Social*. Los desafíos de transmitir un oficio. Buenos Aires: Laborde, 2005, 98p.
- ANORO, M. et al. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*. Barcelona, v. 78, n. 5, p. 601-608, 2004.
- BASAGLIA, F. *La institución negada*. Informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Ediciones Corregidor, 1972, 344p.
- BOURGOIS, P. Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica. *Monografías Humanitas*. Tarragona, v. 5, p. 95-103, 2004.
- BOURGOIS, P. *En busca de respeto*. Vendiendo Crack en Harlem. Buenos Aires: Siglo XXI, 2010, 421p.
- BOURGOIS, P.; SCHONBERG, J. Apartheid íntimo, Dimensiones étnicas del habitus entre los heroinómanos sin techo. *Revista Pensar. Epistemología, Política y Ciencias Sociales*. Rosario, n. 3/4, p. 66-90, 2009.
- CANDIL, A. *Inter-versiones*. Un estudio sobre los tratamientos ambulatorios orientados a los consumos problemáticos de drogas en el sistema público de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires. Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2015.
- CANGUILHEM, G. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.

- CANLLELOTTO, A.; LUCHTENBERG, E. (Coord.). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires, 2008.
- CASADÓ, L. Identity, emotions and the language of the body. Readings and meanings of bodily self-harm in young people. *Medische Antropologie*, v. 21, n. 1, p. 79-92, 2009.
- CASADÓ, L. L'autolesió corporal: propostes per una interpretació cultural del síntoma. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, n. 12, p. 107-129, 2012.
- CASTILLA, V.; LORENZO, G. Las huellas del daño. In: EPELE, M. (Comp.) *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de droga*. Buenos Aires: Antropofagia, 2013, p. 57-80.
- CITRO, S. *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos, 2010.
- CONNORS, M. Stories of pain and the problem of AIDS Prevention: injection drug withdrawal and its effect on risk behavior. *Medical Anthropology Quarterly*. Arlington, v. 8, n. 1, p. 47-68, 1994.
- CSORDAS, T. *Embodiment and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- DAS, V. *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, p. 562, 2008.
- EPELE, M. Excess, scarcity and desire among drug-using sex workers. *Body & Society*. London, v. 7, n. 2-3, p. 161-179, 2001a.
- EPELE, M. Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarias de drogas. *Cuadernos de Antropología Social*. Buenos Aires, n. 14, p. 117-137, 2001b.
- EPELE, M. Cuerpo, consumo y sujeción: las paradojas del deseo en el estudio del género entre usuarios de drogas. In: GRIMBERG, M. (ed.) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia, 2009, p. 129-146.
- EPELE, M. *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós, 2010, p. 295.
- EPELE, M. New toxics, new poverty: a social understanding of the Freebase cocaine/paco in Buenos Aires, Argentina. *Substance Use & Misuse*. London, v. 46, n. 12, p. 1468-1476, 2011.
- EPELE, M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalizacao. *Maná*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2012, pp. 247-268.
- ESTEBAN, M. *Antropología del cuerpo*. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Bellaterra, 2013.
- FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte, 2008.
- FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2009.
- FUNES-ARTIAGA J; ROMANÍ, O. *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española, 1985.

- GARREAUD, A.; MALVENTI, D. Viaje al centro de la ciudad opaca. Diálogos con Philippe Bourgois. *Alteridades*. Distrito Federal, v. 16, n. 032, p. 93-110, 2006.
- GOFFMAN, E. *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- GOMEZ, C., BERMEJO-BARRERA, A.; LOPEZ DE ABAJO, B. Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo. *Adicciones*. Palma de Mallorca, v. 17, n. 2, p. 151-165, 2005.
- GOOD, B. *El cuerpo, la experiencia del padecimiento y el mundo de la vida: un enfoque fenomenológico del dolor crónico*. Buenos Aires: FFyL-UBA, 2002.
- GOOD, B. *Medicina, racionalidad y experiencia*. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra, 2003.
- GRIMBERG, M. (Ed.). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos*. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia, 2009.
- GUBER, R. *La etnografía*. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Siglo XXI, 2012.
- HERNANDEZ, T. La cultura de la violencia en Venezuela. In: Luis Ugalde y otros, *La violencia en Venezuela*. Caracas: Monte Avila Editores, 1993, p. 77-126.
- JACKSON, J. El dolor crónico y la tensión que se presenta en el cuerpo como sujeto y objeto. In: CABRERA, P. (Coord.) *Fichas del Equipo de Antropología de la Subjetividad. Alquimias corporales*. Buenos Aires: FFyL-UBA, 2011, p. 29-60.
- JENKINS, J.; VALENTE, M. Bodily transactions of the passions: *el calor* among Salvadoran women refugees. In: CSORDAS, T. (Ed.) *Embodiment and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, p. 163-183.
- KLEINMAN, A.; BENSON, P. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. In: BAYÉS, R. (Ed.). *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004, p. 17-26.
- KLONSKY, D. Funciones de las lesiones autoinflingidas en adultos jóvenes que se cortan: clarificación de las evidencias para la regulación del afecto. *Psiquiatría Biológica*. Barcelona, v. 17, n. 2, p. 63-70, 2010.
- LE BRETON, D. *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2008.
- LOCK, M. Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Annual Review of Anthropology*. California, v. 22, p. 133-155, 1993.
- LOW, S. Embodied metaphors: nerves as lived experience. In: CSORDAS, T. (Ed.) *Embodiment and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, p. 139-162.
- MAUSS, M. *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos, 1979.

- MENEDEZ, E. *Hacia una práctica médica alternativa*. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología Social, 1983.
- PITA, M. *Formas de morir y formas de vivir: el activismo contra la violencia policial*. Buenos Aires: Del Puerto / CELS, 2010.
- SADA. *Guía de Emergencias Clínicas por Abuso de Sustancias. Actualización 2012*. Disponible en <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/guiapdf.pdf>. Consultado el 28 abr 2015.
- SCRIBANO, A. Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Córdoba, v. 10, n. 4, p. 93-113, 2012.
- SCRIBANO, A. La sociedad hecha callo: conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones. In: SCRIBANO, A. (Comp.) *Mapeando interiores*. Cuerpo, conflicto y sensaciones. Córdoba: CEA-UNC, 2007, p. 118-142.
- SEDRONAR. *Censo nacional de centros de tratamientos 2008*. Buenos Aires: OAD, 2009.
- SHEPPER-HUGES, N.; LOCK, M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*. Arlington, v. 1, n. 1, p. 6-41, 1987.
- URIBE, C. La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Bogotá, v. 29, n. 4, p. 345-366, 2000.

Agradecimientos

A María Epele, por su generosa dirección de mi tesis; a Romina Olejarczyk, por su lectura atenta; a los evaluadores de la revista, por sus sugerencias enriquecedoras; y al CONICET, por financiar la investigación que dio origen a este artículo.

Notas

¹ Dicha investigación tuvo como resultado una tesis doctoral de mi autoría, defendida recientemente en la Universidad de Buenos Aires.

² “Blanco, negro y latino” y “afroamericanos y blancos” son las palabras utilizadas en las producciones que retomo. He optado por sostenerlas a fin de ser respetuosa con dichos escritos.

³ La Ley 26.657, llamada *Nueva Ley de Salud Mental*, se sanciona en el año 2010 y se reglamenta en el año 2013. La misma ha sido celebrada como un hito significativo en lo que respecta a los derechos de los *pacientes* en salud mental en general. Dicha Ley prohíbe la creación de nuevas instituciones manicomiales, incluye a las *adicciones* como parte de la esfera de salud mental, postula a los usuarios de drogas como *pacientes*, promueve las intervenciones ambulatorias y estipula que las internaciones de usuarios/as sean de 6 meses de duración como máximo con posterioridad a la evaluación de un equipo interdisciplinario y como último recurso terapéutico.

Resumo

Uma leitura sócio-antropológica sobre overdoses e cortes na pele

Este artigo procura contribuir para a problematização das clássicas interpretações biomédicas e psi de *overdoses e cortes na pele* que às vezes afetam jovens e adultos que usam drogas intensivamente. Enquanto *os cortes na pele* têm sido principalmente considerados parte dos sintomas que definem as desordens "borderline", as overdoses têm sido explicadas como o excesso de substâncias ingeridas que o corpo pode metabolizar. A partir de uma abordagem etnográfica em tratamentos ambulatoriais aos usuários intensivos de drogas na região metropolitana de Buenos Aires, busca-se colaborar com o questionamento do conhecimento especializado clássico, expondo várias dimensões que se entrelaçam em ambas as práticas: decadência do corpo, saturação dos modos de sentir dor, barreiras ao acesso aos cuidados de saúde e estratégias de sobrevivência em ambientes hostis.

► **Palavras-chave:** corporeidade; drogas; danos; overdose; cortes na pele.

Abstract

A socio-anthropological reading about overdoses and skin cuts

This article seeks to contribute to the questioning of the classic biomedical and psi interpretations on *overdoses* and *skin cuts* that sometimes affect young people and adults who use drugs intensively. While *skin cuts* have mainly been considered part of the symptoms defining "borderline" disorders, overdoses have been explained as the excess of ingested substances that the body can metabolize. From an ethnographic approach in outpatient treatment to intensive drug users in metropolitan Buenos Aires, we seek to collaborate with the questioning of the classical expertise, exposing various dimensions that intertwine in both practices: body decay, saturation ways of feeling pain, barriers to access to health care and survival strategies in hostile environments.

► **Key words:** drugs; corporeality; deterioration; overdose; skin cuts.