

VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires, 2013.

# **Repensar el encierro. Una aproximación a las (des)articulaciones entre las prácticas de la vida y las políticas de estado sobre los usos de drogas.**

CANDIL Ana Laura.

Cita:

CANDIL Ana Laura (2013). *Repensar el encierro. Una aproximación a las (des)articulaciones entre las prácticas de la vida y las políticas de estado sobre los usos de drogas. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-063/190>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## REPENSAR EL ENCIERRO.

### UNA APROXIMACIÓN A LAS (DES)ARTICULACIONES ENTRE LAS PRÁCTICAS DE LA VIDA Y LAS POLÍTICAS DE ESTADO SOBRE LOS USOS DE DROGAS.

Ana Laura Candil  
IIGG-UBA-CONICET  
anacandil@yahoo.com.ar

#### INTRODUCCIÓN

*Y vos querés que sea igual  
y cada vez se hace más chico el mundo,  
mi amor, ya no hay lugar donde entrar.  
Pinté unos ojos claros - Amigoácidos*

Las páginas que siguen abordan el problema del *encierro* de los usuarios intensivos de drogas, específicamente, de las cocaínas. Esta reflexión se enmarca en una investigación mayor sobre las intervenciones sociales públicas ambulatorias orientadas a los consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en la actualidad.

La apuesta es mostrar las tensiones entre las políticas de Estado y las prácticas de la vida, a partir de la contraposición de los enunciados de la “Ley de Salud Mental” con las narrativas de los/as usuarios/as intensivos/as de drogas.

#### SOBRE EL TRABAJO DE CAMPO.

La aproximación metodológica ha sido cualitativa, en particular desde el enfoque etnográfico (Guber: 2011; Achilli: 2005; Rockwell: 2009). Entre los años 2007 y 2010 tuvo lugar una etapa preliminar de trabajo de campo, mientras me encontraba trabajando como trabajadora social en una institución similar a la que he tomado como unidad de análisis. El trabajo de campo intensivo fue realizado desde marzo del 2012 hasta junio del 2013 en una institución pública ambulatoria especializada en abordajes a los usos intensivos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Las técnicas desplegadas fueron: observación participante, entrevistas semi-estructuradas/en profundidad y charlas informales.<sup>1</sup> La observación participante se realizó con mayor intensidad

---

<sup>1</sup> Se ha implementado el Consentimiento Informado letrado para realizar las entrevistas y el Consentimiento Informado hablado para realizar observaciones participantes, acordes a los requisitos de la actual Ley de Salud

en la sala de espera, grupo de admisión, grupo de familiares, reuniones de equipo interdisciplinario, administración y en la vereda de la institución. En cuanto a las entrevistas se realizaron 29 en total (11 a trabajadores institucionales, 13 a usuarios intensivos de drogas en tratamiento, 4 a familiares y 1 a un referente social). Y por último, sostuve diálogos informales tanto con usuarios, familiares de usuarios, trabajadores de esa y de otras instituciones y vecinos de 3 barrios distintos.

Los usuarios intensivos<sup>2</sup> a quienes entrevisté y/o con quienes compartí espacios de observación, no tienen empleos estables, habitan en sectores segregados de la ciudad y no han terminado la escolaridad secundaria. La mayoría obtiene dinero mediante distintas changas (que van desde pintura y albañilería, hasta limpieza de vidrios de autos en las esquinas y la mendicidad). Y también, en algún momento de sus vidas han transitado experiencias de encierro de diferente índole –institutos de menores, hogares para niños, comisarías, cárceles y/o comunidades terapéuticas–.

A su vez, todos los sujetos contaban con prologadas trayectorias de consumo, y también con vastos itinerarios terapéuticos para dejar y/o reducir la ingesta de sustancias. En cuanto al acceso a dispositivos públicos, vale realizar una aclaración; no cualquier persona accede a un tratamiento público, sino que generalmente lo hacen quienes no pueden acceder a otro tipo de terapéuticas institucionales por las obras sociales, pre-pagas o privadas. Sin embargo, quienes acceden a estas instituciones públicas cuentan con ciertos recursos para poder hacerlo: saber que existe ese espacio y que es gratuito, tener dinero para trasladarse, estar situado temporalmente para ir a un *turno*, tener alguien que los acompañe o que les recuerde que tienen que ir, entre otros.

A continuación, se detallan algunos aspectos de la llamada “Ley de Salud Mental” que atraviesan a los tratamientos ambulatorios que realizan los sujetos.

---

Mental que regula la práctica científica en salud. Es por esto que no se explicita el territorio ni la institución en la que desarrollé el trabajo de campo, y he optado por modificar el nombre de los sujetos, a fin de mantener su privacidad.

<sup>2</sup> Existe un acuerdo implícito entre quienes trabajan (académica e institucionalmente) en torno a las drogas, en categorizar como “intensivos” a los consumos de tóxicos que suceden más de 2 veces por semana en importantes cantidades y que de algún modo estructuran la vida cotidiana de los sujetos usuarios.

## ENCUADRE JURÍDICO COMO POLÍTICA DE ESTADO.

La llamada “Ley de Salud Mental” se ha convertido en un hito significativo en los debates actuales en torno a los abordajes terapéuticos en general y especialmente en el área de los usos de drogas. La misma caracteriza jurídicamente a las *adicciones* como parte integrante de la problemática de salud mental, y a los usuarios de drogas como *pacientes* de salud mental:

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

Esta ley, ha sido valorada como un avance en relación con los derechos de los *pacientes*. Y, ha normatizado la priorización de los tratamientos ambulatorios sobre aquellos que exigen el encierro de los sujetos. Y pondera de tal modo el abordaje ambulatorio que prohíbe expresamente la creación de nuevas instituciones de internación:

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

Frente a las fuertes críticas realizadas –desde hace ya varias décadas– a las instituciones totales (Goffman: 1970) / instituciones de encierro (Foucault: 2009) –y más allá de que en muchas instituciones esta priorización de modalidades de abordaje ya se encontraba siendo desplegada–, a partir de la sanción jurídica, adquiere un carácter regulador y normatizador en cuanto a la modalidad de abordaje deseable para los sujetos, en este caso, a los usuarios de drogas. Quedando toda experiencia de internación valorada negativamente.

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo

en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Explícitamente se produce un viraje en torno a la priorización de los abordajes sobre (no solo) los usos de drogas, en varios sentidos. En primer lugar, se postula que es deseable la continuidad de los sujetos en los espacios que habitan, con las personas con las que se vinculaban y la cotidianeidad que transitaban previo a la intervención. En segundo lugar, esta continuidad no implicaría una ausencia de terapéuticas, sino que debieran darse en el “entorno”, evitando de este modo el encierro, siendo la internación institucional el último recurso terapéutico disponible y no recomendable hasta no haber agotado otras intervenciones posibles. Y por último, que en caso de ser necesaria, la internación queda bajo evaluación de un equipo interdisciplinario y que debe ser trabajada con los pacientes.

Lo que reglamenta este encuadre jurídico, que funciona como política de Estado, indudablemente es una conquista frente a las modalidades de regulación de la vida que tenían/tienen lugar en las instituciones de encierro. Sin embargo, cuando esos postulados se trasladan a la cotidianeidad de la vida de los usuarios intensivos de drogas, pueden quedar en entredicho. A partir del trabajo de campo realizado, se han registrado ciertas prácticas de la vida cotidiana de usuarios de drogas que hacen entrar en tensión, y por momentos, impugnan lo que la Ley postula como óptimo o deseable en su abordaje a la salud mental de los sujetos.

Según se ha podido identificar, los usuarios intensivos de drogas en tratamiento para reducir y/o dejar de ingerir tóxicos, realizan una multiplicidad de prácticas para consigo mismos en su cotidianeidad que se superponen, contradicen y/o conviven con las indicaciones de los tratamientos públicos institucionales.<sup>3</sup> Y aún transitando tratamientos ambulatorios, se *encierran* en las viviendas que habitan.

---

<sup>3</sup> Si resultara de interés un detalle de las prácticas de (auto)cuidado que se han podido registrar en el trabajo de campo, se sugiere consultar el artículo “¿Sabés lo difícil que es? Notas sobre el (auto)cuidado de usuarios de drogas” (Candil: 2013).

## EL ENCIERRO COMO PRÁCTICA DE LA VIDA.

Los tratamientos ambulatorios públicos se desarrollan principalmente en instituciones. Los usuarios de drogas deben acercarse al edificio donde se asientan los dispositivos terapéuticos. En las primeras entrevistas se realiza la *admisión* y a partir de allí, se les propone los espacios terapéuticos en los que serán tratados. A partir de una lectura de la situación que relatan los usuarios y sus acompañantes (en general mujeres, parejas y/o madres), se construye la modalidad de tratamiento: cada cuanto tiempo asistir y a qué espacios (generalmente se trata de un espacio terapéutico a cargo de psicólogas/os, aunque también hay talleres de deporte y teatro y entrevistas con la trabajadora social y los operadores terapéuticos). En la institución donde se realizó el trabajo de campo además de brindar tratamiento ambulatorio, también se realizan las evaluaciones para las internaciones. Es importante señalar que allí, con anterioridad a la Ley de Salud Mental, se privilegiaba el agotamiento de todas las posibilidades antes de considerar la internación como alternativa de intervención.

A partir de la realización de observaciones participantes sistemáticas en un espacio terapéutico grupal, se ha podido registrar que los usuarios hacían una continua referencia al estar “encerrados”. Cuestión que llamaba poderosamente la atención teniendo en cuenta que se encontraban en un tratamiento ambulatorio, es decir, vivían en sus casas y se acercaban a la institución para tratarse. Sin embargo, en el encierro que referían genéricamente, se superponían dos nociones: “encerrado” y “guardado”. Mientras que el *guardarse* hace referencia a esconderse, es decir, a salir de los circuitos por los que se frecuentaba debido a la inminencia de un peligro (por estar expuesto a un enfrentamiento con otro residente del mismo barrio, con un vendedor de drogas, con la policía), el *encerrarse* hace referencia a quedarse en un lugar, generalmente en su casa, no por un peligro de otros, sino por motivos más vinculados a no frecuentar los circuitos habituales. En ambos casos, de manera genérica, implica estar en un lugar por más tiempo del que se estaba: quedarse en la casa, sin salir, por un tiempo prolongado, generalmente días enteros o semanas. Lo cual implica, desde las narrativas locales, una disrupción con la vida cotidiana anterior al “click” (Epele: 2010).

Jorge refiere “yo estoy bien, no hago una, como todos los días, mirá que rellenito que estoy [y se agarra la panza, risas]. Estoy encerrado en casa, los sábados voy a la casa de

mi mujer, a lo de mis suegros... ahora que recuperé a mi familia, no vuelvo más a eso. No puedo salir, estoy encerrado en casa”. [Registro de campo 22-08-2012, Grupo de Admisión].

Brian dice “yo me estoy escondiendo de toda la gente... de la mala junta... estoy encerrado, pero yo sé que tengo que salir... me la paso jugando todo el día a la Play 3 que no me gusta pero no importa... estoy guardado”. [Registro de campo 22-08-2012, Grupo de Admisión].

Solange: yo ahora duermo todo el día porque no quiero salir de la casa... no quiero salir...  
Rita: yo estaba encerrada cuando quería recuperarme también... [Registro de campo 17-10-2012, Grupo de Admisión].

El *encierro* de los/as usuarios/as de drogas en sus propios domicilios puede pensarse desde la noción de (auto)cuidado. Tributaria del pensamiento foucaultiano, ha sido propuesta desde las perspectivas socio-antropológicas críticas para hacer referencia a los procesos mediante los cuales la institución médica delega la responsabilidad del cuidado a los “pacientes” en enfermedades crónicas principalmente (Epele: 1997). Si bien en sentido estricto, no existe una delegación, es decir, un saber que en principio tendría la institución médica que sería delegada a los “pacientes”, implica una responsabilización de los usuarios de drogas debido a que se transfiere un “hacerse cargo” de la situación que previamente estaba “a cargo” de ciertas instituciones –cuestionables en varios sentidos, pero que operaban en el sentido material de que permitían a los sujetos poner distancia, necesaria desde sus palabras, con la cotidianeidad que transitaban—. En los relatos de los usuarios de drogas que asisten a instituciones ambulatorias, el *encierro* en el propio domicilio aparece como una de las alternativas principales para distanciarse de los espacios frecuentados mientras consumían drogas. Y en muchos casos, el *encierro* se da varias veces, alternándose períodos de tránsito en los territorios habitados, encierros en el hogar, mudanzas fuera del barrio (generalmente a las casas de parientes en diferentes provincias), encierros institucionales.

## (IN)CONCLUSIONES.

A través de éstas páginas se ha intentado mostrar que desde las narrativas locales el *encierro* no necesariamente tiene características institucionales, es decir, no sólo se da en instituciones totales, sino que también puede darse dentro de la propia vivienda habitada.

Las diferencias en cuanto al encierro en el hogar y la internación institucional son amplias en lo que refiere a organización del tiempo y del espacio, las experiencias corporales, las relaciones de poder y, genéricamente de regulación de la cotidianidad de la vida. No se ha pretendido aquí, de ningún modo, una equiparación. Sino tensionar los postulados legales con las narrativas locales.

Resulta importante explicitar, que este escrito ha intentado esbozar un aspecto de la conflictiva que atraviesan los usuarios intensivos de drogas. No se trata de una posición personal frente al mismo, sino un intento –más– por explorar los modos en los que tanto los malestares, padecimientos como los alivios y reparaciones se despliegan cuando las drogas articulan una parte significativa de la vida.

Habiéndose expresado esto, vale preguntarse: ¿se puede establecer una vinculación entre el encierro, como práctica de la vida cotidiana, con la política de Estado que expresamente postula como última alternativa esta práctica?

Tal vez, además de la –pertinente y sensata– crítica a las relaciones que se establecen en las instituciones de encierro, se requieren análisis detenidos sobre lo que implica la vida por fuera de las mismas, debido a que permitiría complejizar la mirada no solo sobre los padecimientos, sino también sobre las modalidades de búsqueda de alivio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Achilli, E. (2005) Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio. Buenos Aires: Laborde.

- Candil, A. (2013) “¿Sabés lo difícil que és? Notas sobre el (auto)cuidado de usuarios de drogas”. En Adad, L., Villafañe, A. (coords) y Ferrer, C. (ed.): *La antropología social hoy: a 10 años del nuevo siglo*. Tandil: UNICEN.
- Epele, M. (1997) “La lógica del (auto)cuidado y sus consecuencias en la institucionalización del VIH-SIDA”. Ponencia presentada en La Plata – Argentina.
- Epele, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (2009) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Guber, R. (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Rokwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura de los procesos educativos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.