

En *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Federación Internacional de Universidades Católicas - Intercambios Asociación Civil.

7. “Una metodología de investigación e intervención social Capítulo”, 8. “El contexto de la investigación y la intervención”, 9. “El proceso metodológico”, 10. “Los usuarios de pasta base de cocaína: una población fragilizada”, 11. “Prácticas de uso de pa.

Pawlowicz, María Pía, Rossi, Diana y Touze, Graciela.

Cita:

Pawlowicz, María Pía, Rossi, Diana y Touze, Graciela (2006). 7. “Una metodología de investigación e intervención social Capítulo”, 8. “El contexto de la investigación y la intervención”, 9. “El proceso metodológico”, 10. “Los usuarios de pasta base de cocaína: una población fragilizada”, 11. “Prácticas de uso de pa. En *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Federación Internacional de Universidades Católicas - Intercambios Asociación Civil.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/24>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/nrf>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

PARTE III – FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE USO DE PASTA BASE DE COCAINA EN BUENOS AIRES

María Pía Pawlowicz, Diana Rossi y Graciela Touzé

*No da más, la murga de los renegados,
No da más, la murga sin la bendición.*

*Entre sopores, modorras ciegas,
Y oscuridad de bodega sin luz
Va esa murga desencantada
Que lleva siglos así.*

Patricio Rey y sus Redonditos de Ricota

Capítulo 7. Una metodología de investigación e intervención social

7.1. Fundamentos metodológicos

Un enfoque de investigación que apunte a la intervención en salud pública no puede formularse al margen del proceso histórico, constitutivo de la realidad nacional o local. Del mismo modo, es necesaria la inserción del investigador en la situación analizada, el conocimiento que se genera como diferentes conocimientos de lo social, que son compartidos por los científicos y los que no lo son, y que jerarquizan vida cotidiana e historia.

En esta vertiente epistemológica se encuentran toda una serie de prácticas de investigación social diferentes de la investigación tradicional que se agrupan bajo el nombre de investigación participativa (IP). “En todas ellas subyace la hipótesis que ve en la producción y apropiación colectiva de conocimientos -dentro del marco de métodos y técnicas científicas de investigación- la posibilidad de concretar el derecho que los diversos grupos sociales tienen sobre el conocimiento, el poder y la cultura” (Sirvent, 1999:141).

Otros tipos de diseños en el campo de la investigación cualitativa son: los estudios de casos, las historias de vida, las etnografías, y la investigación acción participativa (IAP). Estas modalidades de investigación se basan en la interacción y transformación recíproca del pensamiento, de la realidad del sujeto y del objeto del investigador así como del medio, remiten a la producción de conocimiento para transformar una realidad. Se trata de un proceso, que “sin desprestigiar la investigación y el conocimiento, da prioridad a un enfoque del conocimiento práctico que emerge de la comunidad donde se efectúan las investigaciones” (Federación Internacional de Universidades Católicas, 1999:4).

La sistematización de experiencias es una modalidad de investigación participativa que se desarrolló en América Latina en la década de los ochenta y se ha aplicado en estudios acerca de los movimientos sociales y la acción colectiva. Nació muy vinculada a la Educación Popular y en el curso de estos años tuvo lugar una discusión que la ubicó como un instrumento apropiado para que diferentes colectivos puedan “capturar los significados de su acción y sus efectos; no repetir determinados errores; mejorar la

propia práctica y la forma de hacer política; compartir aprendizajes con grupos similares; revalorizar los movimientos sociales y dotar de sentido su acción; incidir positivamente en la autoestima de los activistas; transformar componentes autoritarios o sexistas en el funcionamiento de los movimientos sociales; o promover la politización y concienciación de los activistas” (Verger i Planells, 2003:4).

Asimismo, el citado debate acerca de la sistematización de experiencias en América Latina, nos remite a la crítica a la investigación social fundada en la perspectiva positivista de la ciencia, y a una búsqueda, característica de ciertos pensadores de las ciencias sociales latinoamericanas, que intenta dar cuenta de la complejidad y riqueza cultural de múltiples procesos de intervención en la región.

Sirvent (1999) ha sistematizado las experiencias de investigación participativa concluyendo que comparten las siguientes características:

- a) Poseen intencionalidad política y una opción de trabajo junto a sectores excluidos para contribuir a su organización y capacidad de participación social. Por lo tanto, hay una dualidad de propósitos: generar conocimientos y promover la modificación de las condiciones de vida de los sectores excluidos.
- b) En el plano epistemológico, tienen una concepción dialéctica de la realidad y del proceso de construcción del conocimiento.
- c) Integran la investigación con la participación y la educación como componentes o momentos de un proceso que busca comprender globalmente una realidad concreta.
- d) Incorporan a los sujetos de la investigación como actores del proceso de conocimiento.
- e) Intentan conocer la realidad para transformarla, por medio de una serie de prácticas distintivas de la investigación participativa que promueven la “objetivación” de la realidad cotidiana por parte de la población involucrada en el estudio. Por “objetivación” Sirvent entiende el “proceso de aprendizaje y de construcción de conocimiento a través del cual la realidad cotidiana de una población se transforma en objeto de análisis, de estudio y de investigación para la misma”, en un proceso de toma de distancia y lectura crítica del propio entorno convirtiéndolo, dice esta autora, en objeto del propio pensamiento reflexivo.
- f) Parten del supuesto epistemológico según el cual el conocimiento deriva de una relación de intercambio entre los investigadores y la población, cada uno con sus conocimientos específicos y diferentes que comparten sin asimilarse mutuamente en el aprendizaje grupal.

Por otra parte, el etnógrafo norteamericano Michael Agar (2002) sostiene que la investigación cualitativa y la intervención tienen una evidente articulación. Este autor señala que generalmente la investigación cualitativa, más que cualquier otra forma de investigación social, toma como datos a las prácticas actuales. Además, los que trabajan en la intervención necesitan comprender las variaciones del contexto y de los significados como contingencias importantes para formular intervenciones apropiadas para los usuarios de los programas.

En el estudio que da lugar a esta publicación y como herramienta útil a los principios enunciados, se ha elegido la metodología de Evaluación y Respuesta Rápida (ERR). Es empleada para describir la extensión y las particularidades de los problemas socio-sanitarios y diseñar estrategias para reducirlos. Utilizada, en este campo, se dirige a minimizar o evitar las consecuencias adversas en salud asociadas con el uso de sustancias. Da prioridad al desarrollo rápido de intervenciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención y la reducción de riesgos (Stimson, Fitch y

Rhodes, 1998). Recomienda triangular instrumentos de recolección de datos cuanti y cualitativos para obtener un panorama más completo del fenómeno que permita el desarrollo de intervenciones preventivas rápidas.

En el presente estudio, como parte del análisis del proceso de investigación/intervención se emplearon principios de la sistematización de experiencias, aplicados tanto por la Asociación Civil Intercambios como por las instituciones de los diferentes barrios que facilitaron el contacto con los usuarios de pasta base de cocaína y participaron de la elaboración de estrategias preventivas orientadas a esta población.

7.2. La lógica de las investigaciones cualitativas

La investigación cualitativa permite estudiar ciertos problemas de investigación específicos, como los que buscan comprender los sentidos que los propios actores sociales le dan a sus experiencias, los procesos, las transformaciones socioculturales, las tensiones, los conflictos, las decisiones y los afectos. Por eso mismo, posibilita la obtención de una información que los clásicos modelos de matematización de los métodos cuantitativos no pueden proveer (Arbex et al., 1991).

Cook y Reichardt (1986) enuncian que la bibliografía suele identificar las características de los métodos cualitativo y cuantitativo, oponiendo usualmente las lógicas de ambos. Plantean que mientras que la investigación cuantitativa, con diseños experimentales o cuasi-experimentales, busca la reproducción de una realidad mediante la comprobación, la predicción y la confirmación de hipótesis causales, la investigación cualitativa está orientada a los descubrimientos de nuevas preguntas y se basa en la realidad siendo expansionista más que reduccionista.

A modo de crítica suele equipararse la investigación cualitativa con los estudios exploratorios, o con investigaciones pioneras en las que el “estado del arte” es poco sistemático y escaso; pero su aplicación implica otra lógica de indagación y otra manera de concebir la relación sujeto–objeto, a partir de posiciones epistemológicas constructivistas, fenomenológicas o de las teorías críticas.

El desarrollo de una investigación cualitativa se caracteriza por ser un proceso cíclico y recursivo, con un continuo ir y venir en la construcción siempre parcial del fenómeno, por lo cual el diseño metodológico es flexible y se re-formula en los distintos momentos del trabajo de campo, con las nuevas preguntas que se originan, a partir de las contradicciones o de las articulaciones entre aspectos conceptuales y empíricos. Esta forma de concebir el proceso se distingue de las investigaciones cuantitativas que, mediante el método hipotético-deductivo, parten de hipótesis prefijadas las cuales son refutadas o corroboradas por medio de la aplicación de instrumentos que, por lo general, predeterminan la escala de respuestas posibles en encuestas tomadas a muestras probabilísticas.

La posición del investigador, entonces, no es externa al objeto ni neutra o imparcial, sino que en estos estudios el investigador es un recurso de la investigación que construye el objeto desde su posición subjetiva, social y política. Se concibe al investigador como un *bricoleur*; en tanto “entiende que la investigación es un proceso interactivo condicionado por su historia personal, biografía, género y clase social, raza y etnia y por los de la gente que investiga. El *bricoleur* sabe que la ciencia es poder, que todo hallazgo investigativo tiene implicaciones políticas¹” (Denzin y Lincoln, 1994:3). Esta concepción de la relación sujeto-objeto exige de los investigadores la reflexión constante y, si es posible, “auditar” con colegas, equipo de trabajo y/o supervisores su

¹ En inglés en el original. La traducción es de Mario Perrone.

implicación con la temática. Es así que diversos autores señalan la importancia de esta instancia reflexiva en la que se comunica cómo el investigador se aproxima a los datos y los re-construye desde una posición subjetiva en la cual se implica desde sus propios intereses, historia personal y su bagaje socio-cultural como la posición de clase y de género.

A la vez, esta posición requiere incluir en la reflexión cuestiones tales como la ética y el poder que circulan entre el entrevistador y el entrevistado.

Una concepción holística de la realidad y una consideración del objeto como complejo, diverso y cambiante, requiere una metodología acorde con esta posición epistemológica. Por lo tanto, lo más apropiado es combinar, métodos, técnicas, fuentes y/o investigadores. Este movimiento de integración, articulación y fortalecimiento mutuo se llama *triangulación*.²

7.3. Investigación cualitativa en el campo del uso de drogas

Si bien existen múltiples antecedentes de investigación cualitativa en relación con el campo del uso de drogas, es sabido que el empleo de esta metodología no es lo más usual. Hay países en los que este tipo de investigación prácticamente no existe y cuando se llevan a cabo estudios cualitativos generalmente enfrentan numerosos obstáculos (ataques a su validez, cuestionamientos respecto de su legitimidad, problemas legales y/o éticos).

Estados Unidos, por ejemplo, tiene una larga tradición de estudios etnográficos en el campo del uso de drogas. Entre 1940 y 1960 la mayoría de los estudios norteamericanos sobre el tema dejaron de preguntar por qué las personas usaban drogas, para tratar de entender cómo se involucraban y cómo permanecían involucradas en su uso. De acuerdo con un análisis retrospectivo de Feldman y Aldrich, después de los años '60 la etnografía se ocupó en mayor medida de la interpretación de la influencia social en el consumo y dejó de circunscribirse exclusivamente a la experiencia individual de los usuarios de drogas (Feldman y Aldrich, 1990). Se comenzó a usar el concepto de uso de drogas como "carrera" que se empleó en los clásicos estudios de Howard Becker, y que se articula con la teoría del etiquetamiento en la sociología.

También en los años '60 diversos investigadores norteamericanos empezaron a vislumbrar que el tema drogas no necesariamente debía ser concebido como enfermedad o delito. En ese período, muchos de los etnógrafos que trabajaron en el tema concluyeron que el uso de drogas debía ser entendido como una actividad que aumentaba el estatus de los integrantes de aquellas comunidades en las que también se valoraban positivamente los comportamientos de riesgo.³ En los años '70 los principales aportes de los cualitativistas revelaron la existencia del policonsumo de drogas y se concentraron en la descripción de diversos subgrupos sociales, más que en el uso de ciertas sustancias en particular. Ya en los '80 hubo significativos aportes a la comprensión del tráfico de drogas en diversos contextos comunitarios. En virtud de este análisis, Feldman y Aldrich concluyeron que los estudios etnográficos han contribuido a interpelar explicaciones teóricas y proveer conceptos para una diferente interpretación del fenómeno. Asimismo, han contribuido a mantener actualizada la información acerca

² Como describe María Antonia Gallart "este término se deriva de la navegación, donde se define la situación de un objeto por el entrecruzamiento de las líneas trazadas desde distintos puntos. La idea subyacente es que al contrastar puntos de vista distintos, teniendo en cuenta el lugar desde donde se enfoca, se obtiene una imagen mucho más completa de un objeto" (Gallart, 1992:139).

³ El trabajo de Herbert Blumer de la Escuela de Chicago fue clave en este sentido. También contribuyeron Alan Sutter, Edward Preble y Harvey Feldman.

de los cambios en los patrones de uso de drogas y su utilidad en las investigaciones aplicadas, especialmente con la aparición de situaciones como la transmisión de VIH que afectaron particularmente a muchos usuarios de drogas (Feldman y Aldrich, 1990). En España, Oriol Romaní ubica en la década del '80 el crecimiento del interés local por recurrir a los estudios cualitativos para explicar procesos relacionados con el uso de drogas y orientar la intervención social. El autor relaciona este auge con las dificultades de gestión de los problemas relacionados con las drogas y con la alarma social creciente respecto del tema. Además, plantea la necesidad de orientar los estudios cualitativos no sólo a la interpretación de los actos de los usuarios de drogas “en términos de su propia cultura” y de la heterogeneidad de sus consumos, sino también incorporando en el análisis a dos ámbitos muy significativos como son el mercado de drogas y las instituciones o grupos de asistencia (Romaní, 1997).

La investigación cualitativa es más limitada para determinar el grado de dispersión que puede adquirir determinada práctica, pero brinda elementos para entender la articulación entre dicha dispersión y aspectos tales como: los significados acerca de estas prácticas, los contextos normativos institucionales (en el caso de los operadores de dispositivos de tratamiento o de prevención) y territoriales en los que acontece, o los cambios específicos según las diferentes redes (por ejemplo, al indagar la perspectiva de las parejas de los usuarios de drogas). En este sentido, la investigación cualitativa permite hallazgos sobre las nuevas tendencias de uso de drogas que otras metodologías más orientadas a la estimación de prevalencias o incidencias no pueden ofrecer.

Los investigadores con experiencia en el desarrollo de estudios cualitativos han explicado las ventajas de aplicar esta metodología, particularmente en investigaciones en las que se busca conocer nuevas tendencias en el uso de drogas. El informe del Workgroup Review of Qualitative Research on New Drug Trends (2002) que se reuniera en 1998⁴, recomienda que esta metodología debe incorporarse de modo sostenido en los estudios que pretendan relevar y analizar patrones emergentes de uso de drogas. El protocolo del estudio que se presenta en esta publicación siguió ese mismo criterio, ya que se carecía de estudios específicos acerca del uso de pasta base de cocaína. Esta droga no estaba integrada al consumo habitual en la Argentina al momento del diseño de la presente investigación, pero había información que indicaba su ingreso al mercado de drogas de ciertas zonas muy pobres de la Ciudad de Buenos Aires. En el Cono Sur de América Latina sólo Chile registraba antecedentes de uso desde principios de los años '90 (Corporación Programa Caleta Sur, 2000).

Frecuentemente la descripción y la interpretación en la investigación cualitativa preceden a la medición y a la predicción. Es un procedimiento inductivo por el que se intenta comprender significados, percepciones, creencias, valores y comportamientos de diversos conjuntos sociales (Carlson et al., 1995). Ciertamente es que se trabaja con tamaños muestrales pequeños; sin embargo, esto no debe desmerecer los hallazgos que tales estudios proveen, ya que la información que aportan es amplia y profunda. Wiebel identifica dos importantes razones para el uso de metodologías cualitativas en este campo. La primera es que para construir buenos cuestionarios, el investigador necesita estar familiarizado con la manera en que perciben el mundo los sujetos de los que se pretende dar cuenta. En segundo lugar, opina que muchas veces la investigación cualitativa es la única manera de recolectar información válida y profunda en

⁴ El grupo de trabajo se reunió en el marco de la segunda fase del proyecto cualitativo del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) que propició el encuentro de investigadores cualitativos de Europa para analizar las nuevas tendencias en el uso de drogas y su implicancia en las estrategias de salud pública.

poblaciones tales como los usuarios de drogas ilegales, que suelen ser elusivas (Wiebel, 1990).

En los estudios cualitativos de nuevos patrones o tendencias en el uso de drogas frecuentemente se buscan “poblaciones ocultas”, lo que implica una cuidadosa selección de las unidades de análisis. En esa búsqueda, la cuestión del acceso a la población resulta clave para conseguir la información, e implica la inserción en el contexto de uso de drogas al que muchas veces el investigador es ajeno tanto por sus prácticas como por su pertenencia social. Para ello es necesario encontrar maneras de legitimar claramente para los sujetos del estudio tanto la presencia de los investigadores como sus intenciones.

De acuerdo con el informe de los investigadores europeos que formaron parte del Workgroup Review of Qualitative Research on New Drug Trends,⁵ muchas veces la única forma de identificar una nueva tendencia en los procesos que analizan cambios en el uso de drogas, es mediante la proximidad entre los investigadores y la población estudiada. Las características propias de la investigación cualitativa, tales como la permanencia en el campo, la relación del investigador con la población, la flexibilidad de los diseños, la apertura hacia la comprensión de la “cosmovisión del mundo” de los actores sociales, de la dinámica y de la historia de los procesos sociales, permiten identificar cambios que, en ocasiones, la propia población estudiada aún no asume de modo generalizado. Por ejemplo, el uso de pasta base de cocaína en un barrio, aunque éste no sea referido por usuarios de otras drogas como una práctica propia. Los investigadores cualitativos generalmente trabajan en contextos en los que los usuarios de drogas suelen estar al tanto de las nuevas sustancias que circulan aunque no las consuman.

Es innegable que el uso de metodologías cualitativas lleva mucho tiempo y que muchas veces esto es difícil de estimar de antemano, especialmente si se emplea una metodología como la Evaluación y Respuesta Rápida que requiere rapidez. Sólo basta tener en cuenta el tiempo que puede llevar acceder a una población escondida como los usuarios de drogas ilegales y además tener la posibilidad de permanecer en el campo con la confianza necesaria, para considerar que esta situación puede implicar la extensión del tiempo previsto de antemano para el trabajo de campo.

7.4 Instrumentos de recolección de información

Para los estudios cualitativos, los instrumentos que resultan más apropiados son los que permiten captar los sentidos y los procesos, observar los contextos y reconstruir los fenómenos sociales en su complejidad. Algunos de los más utilizados son: entrevistas en profundidad, etnografías, observación simple y participante, técnicas de asociación de palabras, frases, fotos, frases incompletas; genogramas, sociogramas, gráficos, mapas e historias de vida.

En el estudio que presentamos, se privilegió la aplicación de instrumentos cualitativos de recolección de datos, básicamente la observación etnográfica y la entrevista en

⁵ Los participantes del Grupo de Trabajo fueron: Oriol Romaní Alfonso (Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España); Jane Fountain (National Addiction Centre, Londres, Gran Bretaña); Mark Gilman (Drug Prevention Team, The Lifeline Project, Manchester, Gran Bretaña); Joan Pallarés Gómez (C/Academia, España); Paul Griffiths (National Addiction Centre, Londres, Gran Bretaña); Pekka Hakkarainen (University of Turku, Finlandia); Hans-Volker Happel (Integrative Drogenhilfe e.V, Frankfurt, Alemania); Dirk J. Korf (Universidad de Amsterdam, Holanda); Aileen O’Gorman (Social Research Consultant, Dublin, Irlanda); Paolo Stocco (IREFREA Italia, Venecia, Italia); Colin Taylor (National Addiction Centre, Londres, Gran Bretaña); Louisa Vingoe (National Addiction Centre, Londres, Gran Bretaña).

profundidad. Las observaciones se realizaron en el marco de las visitas regulares a tres barrios ubicados en el cordón sur de la Ciudad de Buenos Aires, con características de villa de emergencia en dos casos y un tercero del tipo complejo habitacional. Además se realizaron 31 entrevistas en profundidad a usuarios de pasta base de cocaína y crack, que vivían en esa zona. Se realizó también observación estructurada de documentos referidos al uso de drogas y los problemas asociados a dicho consumo.

La observación etnográfica constó del registro descriptivo de los lugares donde viven y circulan los usuarios de pasta base y crack, de las prácticas de consumo de drogas y las creencias con respecto a las conductas sexuales de riesgo. Aunque no se trató de un diseño etnográfico de investigación, se siguió esta perspectiva en el tipo de registro ya que se jerarquizó “la vivencia del trabajo de campo como paso obligado, la relativización del propio etnocentrismo y la descripción de la cultura de ciertos aspectos de una comunidad bajo la perspectiva de comprensión global de la misma” (Aguirre Baztán, 1995:3). Esos registros y observaciones se realizaron mediante anotaciones, fotografías, crónicas, relatos o el uso del diario de campo y fueron herramientas imprescindibles a la hora de organizar las actividades de intervención.

El otro instrumento central en la investigación fueron las entrevistas en profundidad, que sirvieron como insumo de información y al mismo tiempo permitieron abrir puertas de las redes de usuarios de drogas, pensando en el acceso que, en una etapa posterior, posibilitaron para las intervenciones preventivas. En la investigación cualitativa, la aplicación de un instrumento de recolección de datos como la entrevista, también entraña concebir a este instrumento como “una situación relacional por excelencia, en la que la expresión y producción de prácticas discursivas deben ser también comprendidas como fruto de esa interacción” (Spink, 2000:85).

La importancia de la escucha en la entrevista, la apreciación del saber de los entrevistados y la valoración de ellos como sujetos, como personas capaces y responsables para con ellos y con los demás, fue muy importante para el proceso de construcción del acceso. La información derivada de las entrevistas permitió hablar con más conocimiento de las formas y prácticas de uso de drogas y confirió mayor legitimidad en la relación con los usuarios de drogas.

Se indagaron temas como: uso de drogas (en particular, de pasta base de cocaína y crack), prácticas sexuales, relaciones de pareja, uso y creencias en relación con el preservativo, relación entre consumo de drogas y prácticas sexuales de riesgo, problemas de salud, VIH/sida y problemas legales.

Las entrevistas en el contexto donde vivían los usuarios de drogas fueron una forma de instalar el tema y de abrir cuestionamientos que eran poco frecuentes en los espacios institucionales de cada uno de esos barrios.

7.5. Muestreo por “bola de nieve”

Por tratarse de una población oculta y estigmatizada en la que no se conocía la variabilidad de los atributos del universo, se definió una muestra intencional (Samaja, 1993) que se alcanzó por la técnica de “bola de nieve” en los barrios donde se había identificado uso de estas sustancias y donde se tomó contacto con organizaciones sociales dispuestas a trabajar en el tema.

El muestreo se diseñó de acuerdo con la problemática de estudio, centrándose en la búsqueda de casos que cumplieran con los criterios de indagación. El muestreo por “bola de nieve” metaforiza el movimiento de una bola de nieve que al rodar va creciendo, porque se trata de ir contactando a un sujeto por medio de otro, que a su vez nos llevará a un tercero, y así sucesivamente. Este tipo de muestreo es propio de la

lógica de investigación cualitativa, así como del estudio de casos o de los casos opuestos.

El muestreo en la investigación cualitativa exige prestar mayor atención al trabajo de campo porque el investigador se constituye en un “activo muestrista de la información teóricamente relevante, debe calcular, en una búsqueda activa, dónde la siguiente pregunta lo tomará” (Glasser y Strauss, 1967:s/n).

El límite de sujetos para conformar una “buena muestra” en la investigación cualitativa lo marca el criterio de *saturación conceptual*, que valida y marca el corte significativo en la conformación de una muestra intencional. La saturación conceptual se produce cuando al analizar un determinado número de casos, el equipo de investigación tiene “la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto de la entrevista (...) y cumple en el enfoque biográfico exactamente la misma función que cumple la representatividad de la muestra en la encuesta por cuestionarios” (Bértaux, 1980:62). En el mismo sentido, Córdova afirma que “las cifras no se sitúan a un nivel epistemológico superior al de las palabras y tienen tanta fuerza para la investigación los números que producen muestreo estadístico como la palabra” (Córdova, 1990:45).

En este estudio los criterios de inclusión en la muestra fueron: que los sujetos hubieran consumido pasta base y/o crack en los últimos tres meses al menos una vez y que fuesen mayores de 15 años. Si bien se buscó que hubiese heterogeneidad con respecto a la edad para que no se concentren en una franja etaria determinada, la mayoría de los entrevistados fueron personas jóvenes.

El trabajo de campo en la investigación cualitativa merece especial atención porque la relación con la población y el modo de construcción de los datos confiere “validez ecológica” a los resultados, es decir que los datos se construyen en los lugares donde transcurre habitualmente la vida de los actores sociales, en un intento de comprender al sujeto situado y contextualizado (Samaja, 1993).

7.6. El análisis de datos cualitativos

El análisis de datos en investigación abarca las tareas de procesamiento, tratamiento e interpretación de la información recolectada en el trabajo de campo. Es el trabajo artesanal y riguroso de descripciones, distinciones, múltiples lecturas, búsqueda de recurrencias y de contradicciones, de perfiles y de categorizaciones. Al mismo tiempo se articulan y se interrogan recíprocamente el material empírico y el teórico. Entre los obstáculos que se buscó evitar, como señala De Souza Minayo, se encuentran: en primer lugar, lo que Bourdieu denominó *ilusión de la transparencia* como “el peligro de la comprensión espontánea como si lo real se mostrase nítidamente al observador”; en segundo lugar, la magia o el fetichismo de los métodos y las técnicas ante los cual el investigador puede sucumbir; y por último “la dificultad de juntar teorías y conceptos muy abstractos con los datos recogidos en campo” (De Souza Minayo, 1997:165).

El análisis de los datos siguió la lógica de las investigaciones cualitativas. Se trabajó en tareas de transcripción, organización de los registros y de las observaciones etnográficas. Se desgrabaron las entrevistas en profundidad teniendo especial cuidado en rescatar el lenguaje de los propios actores sociales, el llamado “*verbatim*”, analizando e interrogando los significados de la “jerga” particular de estos usuarios de pasta base de cocaína y crack.

El análisis implicó la construcción de ejes y categorías, se realizó a partir de sucesivas lecturas individuales y grupales de los materiales transcritos y las grabaciones, rastreando significados, modalidades de las prácticas, buscando regularidades, recurrencias y omisiones. El análisis de los datos se centró principalmente en el valor de

la variable operando a nivel sub-unitario. Según Samaja, en este tipo de análisis, “las tareas consisten en: a. idear criterios para clasificar información cualitativa o exploratoria; b. ejecutar los procedimientos de resumen que se hayan previsto para sintetizar variables multidimensionadas; y c. reagrupar los valores (...) La búsqueda de sistemas de clasificaciones, es pues la tarea primordial” (Samaja, 1993:290).

Partiendo de la concepción de la construcción de la investigación como un proceso recursivo, el análisis se fue trabajando en sucesivos momentos articulados con la intervención y con el proceso de formación de agentes.

Capítulo 8. El contexto de la investigación y la intervención

8.1. Las condiciones del contexto: Argentina, un país empobrecido

Entre los países en desarrollo, la Argentina es relativamente rica. No obstante, a pesar de esta riqueza relativa y de una red extensa de programas sociales, es un país con un grado alto de pobreza y de desempleo. “Después de décadas con una distribución del ingreso estable, desde mediados de los setenta la Argentina viene sufriendo profundas transformaciones distributivas. La desigualdad y la pobreza, que tradicionalmente se ubicaban en valores relativamente bajos y muy alejados del promedio latinoamericano, están hoy en niveles record, más cerca del resto de los países del continente” (Gasparini, 2002:1).

Durante los últimos veinte años, ha experimentado una gran reestructuración económica. La función del sector público ha cambiado en forma radical, mediante la privatización, en la década de los noventa, de las empresas estatales del petróleo, transporte y telecomunicaciones así como la infraestructura básica. Además, el Gobierno descentralizó funciones sociales importantes, como la salud y la educación.

Durante los años ochenta, la economía se vio afectada por la crisis de la deuda y los déficit fiscales altos, lo que condujo a una espiral inflacionaria que llegó al máximo del 3.000 por ciento en 1989. Durante este período, el crecimiento fue negativo y el desempleo y la pobreza aumentaron gradualmente. En los años noventa, la inflación fue controlada mediante la restricción fiscal y se comenzó con las políticas de desregulación de la economía. Al mismo tiempo, la privatización sacó al sector público de la producción.

Para fines de los años noventa, el control de la inflación, los mercados competitivos y desregulados y la disciplina fiscal se asociaron con niveles más altos de desempleo. Por lo tanto, mientras los años noventa vieron una disminución en la pobreza y el desempleo del punto máximo de 1990, esas tasas nunca regresaron a los niveles de principios de los años ochenta.

Las tasas de pobreza en Buenos Aires⁶ subieron rápidamente de un mínimo del 8% en 1980 a un máximo del 41% durante la hiperinflación de 1989. Durante el período de estabilización de 1990-93, las tasas de pobreza no descendieron a sus mínimos anteriores.

Cuando se reanudó el crecimiento en los años noventa, la distribución de los ingresos empeoró y los ingresos del 20% más pobre disminuyeron en términos reales. En realidad, es el grupo del 10% más rico el que ha ganado más. Sería de esperar que los programas sociales se ampliaran durante una crisis económica, al aumentar el desempleo y la pobreza. Sin embargo, las disminuciones en los ingresos del Gobierno a menudo ocasionan reducciones de los presupuestos sociales y otros gastos. En la Argentina, durante el período 1980-97, todos los gastos del Gobierno subieron y bajaron al ritmo de los cambios del PBI. Sin embargo, la situación fue peor para el sector social; mientras la elasticidad del gasto total en relación con el PBI fue de 0.95, para el gasto social fue 1.3. Una disminución de 5% en el PBI parece asociarse con una caída del 9% en el gasto proyectado del sector social. El efecto es aun mayor si se considera que una

⁶ El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) incluye a la Ciudad de Buenos Aires y partidos del Conurbano Bonaerense (jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires). Estos últimos conforman el Gran Buenos Aires y, a su vez, se clasifican en primer y segundo cordón, con 11 y 13 municipios respectivamente. En una porción del territorio que no supera el 1% del total del país, el AMBA concentraba una población de 12.168.380 personas (un tercio del total del país), en mayo de 2002.

caída en el PBI se asocia normalmente con un aumento del número de gente por debajo del umbral de pobreza. Por ende, mientras aumenta la pobreza, los programas destinados a los pobres tienden a disminuir (Hicks et al., 2000).

La década del noventa terminó con críticas al modelo de exclusión social, y pretensiones de crecimiento y redistribución. No obstante, el modelo económico “comenzó a despenarse aún más con una nueva vuelta en el torniquete de endeudamiento y déficit público, preanunciando su colapso definitivo: reducción de las remuneraciones estatales y amenazas de profundización según el nivel de la recaudación (proyecto de déficit cero), suspensión y/o dilación en el pago a proveedores, emisión de bonos diversos por parte de las provincias para compensar las dilaciones en la coparticipación federal y, por último, el corralito económico” (Caffasi, 2002:43).⁷

El índice de desocupación llegó en octubre de 2001 a 18.3%. En un intento por controlar el creciente descontento social, el gobierno decretó el estado de sitio a mediados de diciembre de 2001. La violenta represión a las manifestaciones populares dejó un saldo de 27 personas muertas, gran cantidad de heridos y daños materiales considerables. La gran turbulencia política y social provocó la caída del gobierno, dando lugar a una sucesión de presidentes provisionales designados por la Asamblea Legislativa.

8.2. Los efectos de la crisis

En los últimos años, especialmente después de la crisis política de diciembre de 2001 y la devaluación del peso, las desigualdades sociales se profundizaron.

La fuerte devaluación de la moneda (de 1 peso a 3 pesos por dólar) produjo un rebrote inflacionario que tuvo secuelas mucho más graves entre los hogares de menores recursos, ya que el crecimiento de los precios de los productos alimenticios más básicos fue mayor que el de los otros bienes. En octubre de 2001 la proporción de pobres era de 38.3%. Desde entonces la situación empeoró dramáticamente a raíz de la gran caída de la actividad económica, la desocupación, el empleo precario y el incremento del índice de inflación.

Un informe gubernamental sobre la situación social argentina señalaba que en mayo de 2002 había 20 millones de pobres (el 53% de la población), de los cuales 9.6 millones eran indigentes.⁸ “La crisis actual, la más prolongada e intensa desde 1900, produjo en el último período un fuerte aumento de la pobreza, de la desigualdad del ingreso y del desempleo. La fuerte caída del PIB, de -10.7% en el cuarto trimestre de 2001 y de -16.3% y -14.9% en el primero y segundo trimestre de 2002, tuvo importantes secuelas sobre el empleo. En mayo de 2002, la tasa de empleo alcanzó el umbral más bajo conocido y la pobreza el punto más alto” (SIEMPRO, 2002).

Este mismo informe revelaba otros aspectos del enorme impacto social de la crisis:

- Una tasa de 21.5% de desempleo abierto y de 30.3% de desempleo equivalente.
- Destrucción de 750.000 puestos de trabajo, de los cuales 351.000 correspondían al Gran Buenos Aires.

⁷ El régimen de convertibilidad que regía desde 1991 colapsó el 3 de diciembre de 2001, cuando se anunció el control de cambios y la indisponibilidad de los depósitos, manteniendo sólo una convertibilidad “de cuenta” para finalmente, devaluar.

⁸ De acuerdo con la metodología aplicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, un hogar y las personas que lo componen están por debajo de la “línea de pobreza” si sus ingresos no son suficientes para cubrir una canasta de bienes básicos, que incluye alimentos, vestimenta, transporte, servicios de salud y otros. Las personas se encuentran por debajo de la “línea de indigencia” si esos ingresos no alcanzan para adquirir una canasta básica de alimentos

- Fuerte aumento de la desigualdad del ingreso, de 1991 a 2000; la brecha entre el ingreso per cápita del 10% más rico y del 10% más pobre de la población creció casi un 70%, pero sólo en el último semestre del 2002 esa brecha se amplió en otro 37%.
- La participación de los hogares ubicados en la mitad inferior de la distribución fue decreciente en los últimos años. En el 2001 el 50% de los hogares del tramo inferior recibió el 22% del total de los ingresos, mientras que el decil más alto concentró el 32%. En 1993, estas participaciones eran del 26% y del 27%, respectivamente.
- Dos de cada diez jefes de hogar pobres estaban desocupados.
- En el 20% de los hogares pobres ninguno de sus miembros trabajaba.
- En más de la mitad de los hogares pobres los miembros que trabajaban no tenían protección laboral.
- Tres de cada cuatro hogares pobres no tenía ningún trabajador con cobertura social.

Los números de la pobreza resultaban más alarmantes al considerar que los niños y adolescentes que estaban viviendo en situación de pobreza sumaban 9 millones. La vulnerabilidad social de los más jóvenes era evidente en los siguientes datos extraídos del mismo informe (SIEMPRO, 2002):

- Más de siete de cada diez niños nacen en hogares pobres y cuatro viven en la indigencia.
- En los dos últimos años casi el 80% de los menores de 18 años transitó alguna vez en la pobreza.
- El 16% de los jóvenes de 15 a 24 años no estudia ni trabaja.
- El 74% de los hogares pobres tiene menores de hasta 18 años a cargo, mientras que sólo la mitad de los hogares no pobres los tiene.
- Más de la mitad de la población pobre está integrada por niños y adolescentes.
- Más de un quinta parte de los hogares pobres cuenta sólo con la presencia de uno de los padres.

Con respecto a la educación, el aumento en el nivel educativo de los miembros de los hogares pobres no condecía con la imagen tradicional de la pobreza; sólo una cuarta parte de los jefes de hogares pobres no habían completado la educación primaria, mientras que el 33% de los jefes pobres habían cursado algún tramo de la educación secundaria. Al mismo tiempo, casi el 75% de los jóvenes de hogares pobres transitaron o estaban transitando la educación secundaria, aunque las expectativas sobre su futuro laboral eran inciertas. Si bien no hay indicios de que la crisis haya agravado los índices de abandono y deserción del sistema educativo, “los antecedentes inducen a prever que la crisis está afectando –en algunos casos severamente– los aprendizajes de los alumnos a través de diferentes factores” (Parandekar et al., 2003:14).

El impacto se reflejó también en la situación de la salud. Un informe de la Organización Panamericana de la Salud identificó los efectos más relevantes, entre los que citamos los siguientes aspectos:

“- (...) ante la quiebra de muchas obras sociales, y la carencia de dinero para pagar una consulta privada, el hospital público debió afrontar una enorme sobredemanda de servicios.

- Creció el número de consultas por complicaciones del aborto.
- Aumentaron los casos de desnutrición materna y de recién nacidos con bajo peso.
- Mayor cantidad de consultas por trastornos mentales debidos a situaciones estresantes.
- Mayor cantidad de pacientes que acuden a consulta cuando su enfermedad ya se ha tornado crítica (...)
- Aumento de las enfermedades asociadas a la pobreza” (Zeballos, 2003:60).

El deterioro de las condiciones socio-económicas se tradujo también en un incremento de la violencia contra las personas y de los problemas de salud mental. Según un documento del Banco Mundial, “un 20% de la población reportó haber sido víctima de crimen o violencia entre octubre 2001 y junio 2002. Además, se observan cambios en el estado mental y emocional de los individuos, con un mayor porcentaje de los hogares encuestados reportando sentirse desanimados o sin esperanza en el futuro, comparado con antes de octubre de 2001” (Uribe y Schwab, 2002:22).

En el Gran Buenos Aires en mayo de 2002, era pobre el 49.7% de los habitantes, es decir, 6.048.000 personas, mientras que la indigencia alcanzaba al 22.7% de la población, que representaba 2.762.000 personas. Estas cifras superaban las que se habían alcanzado en octubre de 1989, en plena hiperinflación, cuando la pobreza en el Gran Buenos Aires había sido de 47.3% y la indigencia de 16.5%. Al mismo tiempo, significaban un fuerte aumento desde mayo de 2001: desde entonces se sumaban 2,1 millones de pobres y 1,5 millones de indigentes.

Las cifras de pobreza y de indigencia presentaban diferencias significativas de distribución geográfica dentro del aglomerado Gran Buenos Aires. Así, en mayo de 2002 era pobre el 19.8% e indigente el 6.3% de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, mientras que en los partidos del Conurbano esos porcentajes ascendían al 59.2% y 27.9% respectivamente.

Cuadro N° 4: Personas por debajo de la línea de pobreza (%)

Medición	Gran Buenos Aires	Ciudad de Bs. As.	Partidos del Conurbano
Máximo anterior	47.3 Octubre 1989	22.5 Octubre 1989	56.4 Octubre 1989
Mínimo anterior	16.1 Mayo 1994	5.4 Mayo 1993	19.5 Mayo 1994
Octubre 2001	35.4	9.8	43.2
Mayo 2002	49.7	19.8	59.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Cuadro N° 5: Personas por debajo de la línea de indigencia (%)

Medición	Gran Buenos Aires	Ciudad de Bs. As.	Partidos del Conurbano
Máximo anterior	16.5 Oct. 1989	5.4 Oct. 1989	20.5 Oct. 1989
Mínimo anterior	3.0 Oct. 1991	0.8 Oct. 1991	3.8 Oct. 1991
Octubre 2001	12.2	2.1	15.2
Mayo 2002	22.7	6.3	27.9

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

8.3. La Ciudad de Buenos Aires

Según el Censo 2001 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) en la Ciudad de Buenos Aires viven 2.768.772 personas; el número de sus habitantes muestra una

“notable estabilidad” desde mediados del siglo pasado, aunque con renovación dentro de esa población, fruto de procesos migratorios que, por un lado, habrían implicado una nueva oleada de “huida a los suburbios” de segmentos poblacionales con niveles socioeconómicos elevados y, por el otro, un ingreso de “población mayoritariamente procedente de países limítrofes con bajos niveles de calificación educacional y laboral” (Dirección de Estadísticas para la Salud, 2001).

La población de la Ciudad de Buenos Aires se destaca por el envejecimiento de su estructura poblacional, ya que los mayores de 65 años representaban en 1998 un 16.8%. Esta composición y los riesgos diferenciales de muerte que padecen ambos sexos tienen como consecuencia que la Ciudad sea prevalentemente femenina, con una razón de 84 hombres por cada 100 mujeres. La distribución por sexo es de 45.4% de varones y 54.6% de mujeres según el Censo de 2001.

Si bien la Ciudad de Buenos Aires ostenta uno de los mejores niveles de vida, hacia adentro surgen contrastes muy fuertes: la zona sur de la ciudad, ese extenso cordón que va desde San Telmo hasta Mataderos, es un “consistente enclave de pobreza urbana” donde los indicadores se asemejan a las realidades más pobres del país (López, 1998).

El número de habitantes en villas y barrios carenciados de la Ciudad de Buenos Aires muestra un crecimiento mayor al 100% en el último decenio: la población en villas pasó de 52.608 en 1991 a 110.387 habitantes en 2001 (Consejo Nacional de la Vivienda, 2002). En la zona sur se concentra el 91.7% del total de población residente en villas, que se completa con los habitantes de Villa 31 de Retiro, la única asentada en el límite este del cordón norte porteño.

Las diferencias de los indicadores demográficos entre la Zona Norte y la Zona Sur reflejan las distintas condiciones materiales y simbólicas de vida de la población en ambos sectores de la Ciudad. Resulta relevante en este estudio destacar tales diferencias, no sólo porque señalan la situación poblacional, sino también porque la presente investigación incluyó especialmente usuarios de drogas de la Zona Sur por su mayor vulnerabilidad social.

Según la Dirección de Estadísticas para la Salud (2001), la tasa de natalidad para el total de la Ciudad fue de 13.5‰ para el 2000, siendo más alta en la Zona Sur (15.5‰) que en la Norte (11.3‰). El embarazo adolescente (menores de 20 años) en la Ciudad asciende a 6.3%, pero su distribución espacial no es homogénea; su frecuencia en la Zona Sur es el doble que en la Norte (8.9 vs. 4.1%).

Si se calculan los años de vida perdidos (de 0 a 70 años) cada 10.000 habitantes, se observa que para el año 2002 la Zona Sur presentó la mayor tasa de AVPP. “Esto indica mayor cantidad de muertes jóvenes. Si se relaciona este dato con las principales causas de muerte en jóvenes, se podría inferir que en la zona sur es donde mayormente se concentran las muertes por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios)” (Departamento de Epidemiología, 2004:18). Asimismo, en la Zona Sur se registran los valores más altos de mortalidad por Sida (Dirección General de Estadística y Censos, 2002)

8.4 El territorio de las acciones

Para el presente estudio se eligieron dos zonas en la ciudad de Buenos Aires: Barracas y Bajo Flores. El trabajo de campo se realizó en la Villa 21 en Barracas, y en los Barrios Carrillo, Rivadavia y la Villa 1-11-14 en el Bajo Flores. Estos barrios se seleccionaron por presentar importante consumo de pasta base de cocaína, altas tasas de VIH/sida y por ubicarse en el cordón sur de la Ciudad de Buenos Aires, un territorio socialmente

vulnerable. Al mismo tiempo se contaba con contactos institucionales y/o con grupos de usuarios de drogas en estas áreas.

Estos territorios urbanos se conocen como “villas”, término que en Argentina denomina a “poblamientos en condiciones de extrema pobreza. Estos enclaves de pobreza urbana se caracterizan por una ocupación no planificada de las tierras, la tenencia ilegal del suelo, la trama urbana irregular, la precariedad habitacional y el hacinamiento” (Rebón, 2002:s/n).

La Villa 21 en el Barrio de Barracas ocupa 37 hectáreas en la zona sur de la Ciudad, en terrenos adyacentes al Riachuelo. Según datos del 2001, 13.500 personas habitaban sus 3.050 viviendas (Instituto de Vivienda de la Ciudad, 2004). No obstante sus dimensiones, “la villa está escondida. La gente no se la imagina. No se la ve desde ninguna avenida, aunque la villa se extiende aproximadamente desde el Riachuelo hasta cerca del estadio de Huracán, que está en la Avenida Alcorta. Es una franja. El límite hacia el este puede ser la calle Luna, que divide Barracas de la villa, en una zona marginada y conflictiva. El otro límite sería la estación de tren del viejo ferrocarril... entre ese lugar, el Riachuelo, la calle Luna, y por acá el eje de Iriarte-Iguazú, está escondida una villa inmensa. Claro, si usted va por Vélez Sarsfield no la ve...” (Margulis et al., 1998:205).

Entre julio y septiembre de 2000, el Programa de Investigaciones sobre Cambio Social (PICaSo) de la Universidad de Buenos Aires en conjunto con la Mutual Flor de Ceibo de la Villa 21-24 del Barrio de Barracas realizaron una encuesta a una muestra probabilística de 590 casos de la población residente con el objeto de realizar un diagnóstico sociodemográfico. Entre los resultados más importantes se destacan: que “el 88% de los jefes de hogar del barrio no nació en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Del 12% restante, sólo una minoría nació en la villa. La villa se compone, en valores casi similares, de población proveniente del interior (44%) y del exterior (44%)” (Caruso y Rebón, 2001:s/n). Se trata, entonces, de un territorio multicultural “con una alta concentración espacial y con articulaciones con otros territorios. Las redes familiares y de paisanaje son los mecanismos de arribo a la villa lo cual hace que cada comunidad se vaya concentrando en determinadas áreas del poblamiento. Otro hecho destacado es su carácter multilingüe, la mayoría de la población habla otra lengua” (Rebón, 2002:s/n).

Con respecto al empleo, según la encuesta referida, se observaba un doble proceso: la subocupación (el 26% de los jefes de hogar trabajaban menos de 35 horas semanales), y su contrario, la sobreocupación (61% trabaja más de 35-45 horas semanales). La tasa de desocupación en la villa (31.8%) triplicaba en el 2001 a la de la Ciudad de Buenos Aires (10.8%). Aunque el desempleo entre los jefes de hogar (18.1%) era menor que en el total de la población de la villa (31.8%), era más del doble que en el resto de la ciudad.

Las condiciones de vida de este conglomerado se caracterizan por la mala alimentación, el hacinamiento y la contaminación ambiental, lo que produce, entre otras cosas, un bajo rendimiento intelectual. La deserción del sistema de educación formal por parte de los adolescentes constituye un problema serio en este contexto.

Una entrevistada, de 16 años describía así a su barrio:

- “Y en este barrio todo es común, todo es común. Es común que pase un hombre, una señora, un guachín y te saque, te arrebate la cartera o te apure para que le des plata. Es normal que veas en una esquina a un hombre grande con un guachín o con una piba que le esté dando droga y estén fumando. Es normal que veas a un nene o a una nena luchando, en la basura, es normal que veas que manden los padres a los chicos a pedir, que los obliguen.” (mujer, 16 años)

En el Bajo Flores el panorama sociodemográfico no es muy distinto; también es una zona de extrema pobreza. La Villa 1-11-14, segmentada en 30 manzanas que condensan grupos familiares muy numerosos en cada vivienda, es la más poblada de la Ciudad;

19.886 personas habitaban sus 3.378 viviendas en el año 2000 (Instituto de Vivienda de la Ciudad, 2004). En el año 2001 funcionaban 30 comedores en esa villa.

El Barrio Rivadavia, que se creó en 1957, linda con la Villa 1-11-14. En 1999, el 77.5% de los jefes de hogar eran extranjeros. Sus habitantes provienen en la mayoría de los casos de países limítrofes, especialmente de Bolivia. Lo étnico y lo socioeconómico se articulan como planos de identidad en este espacio urbano. “Un entrevistado ‘argentino’ dice: ‘...pasando Avda. Cruz son todos bolivianos. El barrio Rivadavia, el que hizo Onganía⁹, es de bolivianos’. Otro afirma: ‘¿qué diferencia hay entre un jujeño, un boliviano o un paraguayo? Todo es Buenos Aires, todo es Latinoamérica’. Es necesario aclarar que este ‘todos son iguales’ tiene anclaje en el plano socioeconómico: bolivianos, peruanos, paraguayos, jujeños son ‘los villeros’” (Courtis et al., 1997:s/n).

Al igual que en la Villa 21, la situación de indocumentación resulta problemática para los extranjeros porque limita sus posibilidades laborales.

En 1990 se construyó el Barrio Ramón Carrillo, conformado por 752 viviendas ocupadas por 3.898 personas (Instituto de Vivienda de la Ciudad, 2004). Es una zona con alto grado de contaminación ambiental que se caracteriza por inundabilidad de los terrenos, vuelcos clandestinos de basura, falta de infraestructura de servicios y de condiciones de habitabilidad. En este barrio el estado municipal relocalizó a la población que ocupaba el Albergue Warnes (una construcción sin terminar ubicada en otra zona de la ciudad), a habitantes que vivían debajo de las autopistas y en el predio del Hospital Rawson. Otros barrios lindantes son Villa Fátima y Los Piletones. La pertenencia a uno u otro de estos núcleos habitacionales es un importante componente identitario de los pobladores de esta zona.

Este sector de la ciudad ha sido llamado “cinta negra” o corredor de pobreza de la Ciudad de Buenos Aires. En una investigación antropológica realizada en esta zona (Carrasco, 2001:s/n) se describe cómo históricamente ha vivido los embates de la política oficial, especialmente con los allanamientos y traslados compulsivos en los años 1978 y 1979, los que llegaron a reducir el número de familias de 8000 a 204.

⁹ Juan Carlos Onganía, presidente de facto desde 1966 a 1970.

Capítulo 9. El proceso metodológico

En este estudio se articularon procesos de formación, investigación e intervención. Si bien fue necesario planificar una secuencia y duración para cada componente, los tres procesos operaron simultáneamente, ya sea al interior del propio equipo o en relación con las comunidades en las que el proyecto se instaló.

La reconstrucción de la experiencia permite señalar tres momentos, con énfasis diferenciales en cada uno de estos procesos.

9.1. El trabajo centrado en el equipo (octubre 1999 - marzo 2001)

El componente de formación reclutó un grupo de seis estudiantes y jóvenes profesionales de diversas disciplinas de las Ciencias Sociales, con el objeto de entrenarlos en prácticas de investigación e intervención. En la primera etapa del proyecto se puso mayor énfasis en la formación del equipo en aspectos teóricos y metodológicos, articulada a espacios de supervisión y ejecución de actividades. Se buscó construir un marco conceptual común, a partir de la lectura de material bibliográfico, y el análisis y discusión de conceptos centrales para la comprensión de la problemática en estudio. Con relación a los aspectos metodológicos, se profundizaron conocimientos relacionados con los instrumentos de recolección de información que serían combinados en el proyecto (observación, grupos focales, entrevistas en profundidad y análisis de narrativas).

El componente de investigación implicó una aproximación inicial al objeto de estudio, por medio de entrevistas a expertos, indagación bibliográfica y consulta de fuentes secundarias. Entre junio de 2000 y marzo de 2001, el trabajo se centró en el relevamiento del “estado del arte” acerca del tema. Se recopiló y sistematizó la información existente respecto del uso de drogas, como así también sobre prácticas sexuales y sobre políticas relacionadas con las drogas. Se identificó que había muy pocos datos acerca del uso de pasta base y crack en Buenos Aires.

Otro eje de la indagación se focalizó en el contexto socio-económico, que fue necesario actualizar permanentemente, dada la situación de crisis que atravesaba el país. A partir de ello, fue posible construir un panorama descriptivo y analizar el contexto estructural desde donde abordar el trabajo de campo.

9.2. La salida al campo (abril - diciembre 2001)

Las sucesivas aproximaciones al objeto de estudio estuvieron en un principio orientadas a la formación de los entrevistadores; luego permitieron una interpretación más acabada de los sentidos que los sujetos entrevistados atribuían a sus prácticas; y por último favorecieron la comprensión del contexto de la intervención.

El ingreso a los territorios donde se llevó a cabo el trabajo de campo fue mediatizado por personas clave que tenían contacto con redes de usuarios de drogas de esas localidades. La circulación en los barrios partió de la búsqueda de usuarios de pasta base de cocaína o crack para realizar entrevistas, y de la vinculación con actores sociales de instituciones que trabajaban en esos barrios (comedores comunitarios, centros de salud, iglesias locales, centros juveniles y comisiones barriales).

Dada la carga estigmática que tiene el uso de drogas, fue necesario crear vínculos de confianza tanto con las instituciones como con los usuarios para el desarrollo efectivo de un proceso de investigación que garantizara la posterior intervención preventiva. En esta búsqueda, resultó clave identificar integrantes de las organizaciones comunitarias –

a los que denominamos “abre puertas”- que habilitaran la relación con los investigadores. Al generar un vínculo con estas personas, fue posible comenzar a conocer al resto de los integrantes de las instituciones dentro de cada barrio. A su vez, conjuntamente con los “abre puertas” se seleccionaron los sujetos a ser entrevistados y se fueron definiendo estrategias de intervención.

Para el desarrollo de la confianza fue importante sostener un trabajo sistemático: ir todas las semanas, definir los objetivos para cada día, sostener horarios y actividades. Fue fundamental establecer un encuadre en el que se dejara en claro qué se iba a hacer en los barrios y qué no, considerando las múltiples carencias reconocidas en la población que esas instituciones asistían. Como señala Sirvent, “el proceso de participación social es siempre e ineludiblemente un proceso de aprendizaje, gradual, y por momentos profundamente dificultoso” (Sirvent, 1999:147).

Es importante tener en cuenta que la confianza se construyó a lo largo de un proceso de trabajo, reflexión y acción conjunta. La antropóloga Rosana Guber, respecto del sentido del trabajo de campo, reflexiona que justamente “es ahí donde los modelos teóricos, políticos, culturales y sociales se confrontan inmediatamente con los de los actores. La legitimidad de `estar ahí´ no proviene de una autoridad del experto ante legos ignorantes, como suele creerse, sino que sólo `estando ahí´ es posible realizar el tránsito de la reflexividad del investigador-miembro de otra sociedad a la reflexividad de los pobladores” (Guber, 2001:53). Al desmontarse los marcos culturales de referencia se construye una reflexividad conjunta, a partir de la interacción, la diferenciación y la reciprocidad entre la reflexividad de unos y otros.

En este punto, la relación entre indagación e intervención implicó reflexionar acerca de la necesidad de conocer para poder actuar. Se concibió el proceso de investigación como una instancia que facilitara la recolección y sistematización de la información contrariando la inclinación por la intervención inmediata, que es una de las tendencias más constantes de las instituciones, producto tanto de la presión de la demanda, como de la forma habitual de organizar el trabajo. Las necesidades cotidianas de los barrios empobrecidos, la urgencia, empujan a los que trabajan en actividades sociales a querer “hacer” de manera inmediata, sin poder reconocer a veces, que una indagación previa puede hacer de la intervención algo más duradero en el tiempo y más apropiado a las características y necesidades del lugar.

9.3 La intervención en las comunidades (enero – diciembre 2002)

El último tramo del proyecto enfatizó los procesos de intervención y de formación de actores sociales. Buscando la sustentabilidad y continuidad de las acciones iniciadas, se trabajó con una lógica que propuso crear autonomía y autogestión en relación con la problemática del uso de drogas y la prevención del VIH/sida en las distintas organizaciones. Se propuso que pudieran reconocer su propia capacidad de abordar y resolver estos problemas y a su vez, avanzar en la construcción de redes que les permitieran encontrar en organizaciones vecinas, aquellas herramientas con las que no contarán o que necesitarán fortalecer, así como compartir sus saberes y experiencias.

Planificar estrategias de intervención posibilitó al equipo de investigación generar pautas de trabajo que se desarrollaron y ejecutaron dentro de un marco de continuidad. Se intentó tener una función “disparadora” del tema, para que los propios sujetos diagnosticaran y discutieran los problemas del barrio y las formas de resolución posibles, con las capacidades y medios de quienes vivían en él, buscando potencializar los saberes y prácticas de los colectivos.

El proceso de formación involucró así tanto a integrantes de las instituciones, como a la población de los barrios, incluidos los propios usuarios de drogas. Los espacios de formación tomaron la forma de sucesivos talleres, en los que se trabajó información sobre uso de drogas, problemas asociados al consumo y maneras de reducir los daños; se compartieron experiencias previas que habían tenido lugar en contextos similares y se incluyeron contenidos que facilitaron el diseño ulterior de actividades, tales como el “mapeo del barrio” y la elaboración de “guías de recursos”.

La formación buscó fortalecer la idea que los usuarios de drogas son capaces de tener responsabilidades, de trabajar y *“hacerse cargo”*; de enseñar y transmitir sus conocimientos. Eso significó revisar estereotipos sumamente arraigados e introducir en la cotidianeidad de las organizaciones, temas habitualmente ocultos, como la sexualidad y el uso de drogas. El principal resultado de estos encuentros fue la creación de un proyecto en común entre las diferentes organizaciones involucradas, que definieron estrategias conjuntas de intervención.

Una de las formas que adoptó este proceso de intervención fue la organización de *“recorridas”*, que eran un trayecto por el barrio -siempre el mismo, en el mismo día y horario-, definido por coordenadas témporo-espaciales que permitían la interacción con los usuarios de drogas. Durante la recorrida se entregaban materiales preventivos (preservativos y material impreso), que servían como elementos mediadores que favorecían el diálogo y el contacto con los usuarios de drogas.

- “A lo largo del camino se reparten forros, stickers y folletos explicativos y se trata de entablar algún tipo de conversación con las personas contactadas. Estamos siempre dispuestos a responder todo tipo de inquietudes sobre el tema, y si es necesario y se demanda, mostramos y explicamos cómo se coloca un preservativo. También se ofrecieron los recursos conocidos del barrio en el caso de que los necesitaran. En Bajo Flores una persona nos preguntó a dónde y cómo podía hacerse el test para saber si tenía VIH/sida y lo derivamos al centro de salud del barrio. En la recorrida además de la entrega de materiales, informamos a las personas que pueden recurrir a las organizaciones que participan de la red de distribución de preservativos, como el centro de salud, distintas organizaciones barriales, o a los comedores comunitarios.”
(Diario de campo)

Uno de los resultados de la intervención en los barrios fue el fortalecimiento de las instituciones y la ampliación del contacto con población local que antes no alcanzaban. La intención fue maximizar la utilización de los recursos que cada una de las organizaciones tenía, dándolos a conocer y poniéndolos al servicio de otros grupos.

La discusión y problematización acerca de las temáticas abordadas por el proyecto se instalaron en los barrios, y las instituciones y los pobladores pudieron darse un espacio para pensar, conceptualizar y diagramar acciones.

Capítulo 10. Los usuarios de pasta base de cocaína: una población fragilizada

Se entrevistaron 31 usuarios de drogas que ofrecieron una información que permitió caracterizar el uso de pasta base de cocaína y crack en sectores pobres de la Ciudad de Buenos Aires.

En las entrevistas en profundidad indagamos algunos datos sociodemográficos, pero el foco del estudio estuvo en las características del uso de pasta base de cocaína y crack en su relación con prácticas que pudieran favorecer la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente el VIH/sida. Todas las entrevistas se realizaron en el contexto donde viven las personas que accedieron a participar del estudio, y se garantizó la confidencialidad de la información que ofrecieron.

10.1. ¿Quiénes fueron los entrevistados?

Por tratarse de un estudio exploratorio con poblaciones urbanas pobres, y tratándose de una nueva tendencia de uso de drogas que estaba en expansión, se buscó trabajar con una muestra de cierta homogeneidad social.

La mayoría de los entrevistados eran hombres (24). La distribución por edad fue la siguiente: el 37% tenía entre 16 y 20 años, el 43% entre 21 y 24 años, y el 20% tenía 31 años o más. Para esta variable, la media fue de 24 años y la mediana de 22 años.

La mayoría de los entrevistados eran argentinos (90%). De los tres extranjeros, dos eran uruguayos y uno paraguayo. El 40% vivió siempre en el mismo barrio.

En relación con el grupo conviviente, se distribuyeron de la siguiente manera: el 40% vivía con su familia de origen, el 0.6% con su pareja y su familia de origen, el 20% vivía con la pareja (algunos también con los hijos), el 1.2% solo y otro 1.2% vivía con amigos. El 41.4% de los entrevistados tenía hijos.

Los vínculos más referenciados en las entrevistas fueron: los hijos, la madre y, en algunos casos, las parejas (actuales o del pasado). En segundo término, hablaron de algún/a hermano/a, del padre, de *“los pibes”*, *“los vecinos”*, *“los conocidos del barrio”*. Casi no hicieron referencias a personas que pertenecieran a instituciones formales con las que habían mantenido vínculos más bien eventuales. Esto hace evidente que sus redes de ayuda eran principalmente familiares y barriales.

El nivel educativo de los entrevistados era bajo, ya que el 20% no había completado la educación primaria y sólo el 36.6% había comenzado estudios secundarios.

Respecto de la formación laboral, sólo el 37% tenía algún oficio. El 70% refirió que no trabajaba al momento de la entrevista. Entre los entrevistados que tenían actividad laboral, mencionaron trabajos de baja calificación y de mucha inestabilidad. Este nuevo patrón de uso de drogas apareció en un período en el que se profundizaba la crisis económica y social del país y particularmente de los sectores con menos recursos materiales y simbólicos

Dos personas identificaron al robo como trabajo, e indagando sobre las fuentes de ingreso, el 33% del total de entrevistados refirieron al robo como actividad generadora de recursos económicos, tanto en la actualidad como en el último año.

- *“(E - ¿Trabajás actualmente?) ¡Chorra! (se ríe) Rastrera-chorra. Rastrera y chorra. (Risas de ella y otros que estaban alrededor) ¡De verdad! Si pasan las personas y las rastreas...”* (mujer, 16 años)

El 30% vivía de lo que aportaban sus familias. Este dato fue mayoritario en el rango de menor edad. Al mismo tiempo, en 6 casos expresaron que trabajaban *“a veces”* o hacían changas, como modalidades de empleo temporario, sin continuidad.

Las clasificaciones tradicionales sobre el trabajo no incluyen actividades que den cuenta

del modo de intercambio económico más frecuente en ciertos sectores de la población. Ejemplo de ello es la actividad de recolección de diferentes objetos de la basura, el robo, el tráfico de drogas o la prostitución. El robo es significado por los propios sujetos como un trabajo. Dicen, por ejemplo: *“salí a laburar”*. Articulado con las dificultades de inserción laboral en procesos de fuerte recesión y desocupación, el aumento de las actividades ilegales como modo de supervivencia es un proceso verificado en muchos territorios semejantes de las grandes ciudades.

Existe un alto porcentaje de entrevistados que tuvieron problemas legales. El 63% dijo haber pasado por esta situación, pero solamente el 30% fue detenido por tenencia de drogas (*“estuve en una comisaría, me agarraron con un papelito”*). En la mayoría de los casos correspondía a entradas reiteradas en comisarías por robo, por *“no tener documentos”* y en un caso por ebriedad. En ningún caso se relatan detenciones policiales por tráfico de drogas.

Como una expresión del proceso de retracción en las políticas asistenciales, el 92% declaró no recibir ayuda institucional de ningún tipo. Estos datos nos ubican en un contexto donde las condiciones de vida se encuentran signadas por la precarización y la pérdida de soportes sociales.

El concepto de vulnerabilidad social, entendido como la combinación de procesos de fragilización y de protección social, permite cruzar trayectorias individuales y colectivas en contextos históricos sociales, y nos posibilita incluir en el análisis y en la intervención tanto al conjunto de las relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas, ideológicas y culturales de vida que fragilizan a sujetos y grupos, como a los soportes, las redes, las estrategias de protección que permiten enfrentar positivamente la enfermedad y la muerte (Epele y Grimberg, 2000).

La información cualitativa muestra la situación de fragilidad social y la vulnerabilidad de esta población:

- *“(E- ¿De qué vivís actualmente?) Vivo de la droga, no de la droga no, vivo así manguendo monedas por ahí. Haciendo una boludez. (E - ¿Otra fuente de ingresos?) Sí, de afuera. Taxis, todo eso, de los autos que vienen. Antes no me drogaba yo, andaba con los perros, los caballos andaba laburando, trabajando. (...) (E - ¿Estuviste internado alguna vez?) Sí. (E - ¿Por qué?) Porque me pegaron un tiro porque me confundieron con otro chico.”* (varón, 16 años)

- *“Vivo de las changas. Soy vendedor público. Vendo cadenas, lo que venga. Menos drogas (risas). En el día le dedico desde que me levanto hasta el mediodía, como algo, y después a la tarde salgo otro rato, como ahora que fui a ver si vendía alguna cadena. De eso nada más. Después a la mañana me levanto y acompaño a la calle a un par de vecinos, para que no los choreen, ellos me dan unos pesos. Acompaño a unos veinte, treinta y pico de vecinos desde las 4 y pico hasta las 6 y media todos los días. (E - ¿De qué viviste en el último año?) El único que tuve, así legal fue en un restaurante, yo tengo oficio de gastronómico, pero al no tener DNI, hace mil años que no tengo DNI, estoy estancado, tengo problemas con el asunto electoral y no puedo sacarlo. Lo hice como dos veces ya, y se me perdió, ¿cómo es el papelito ese?, el certificado. (...) Mi hermana está en trámites de subsidio, retraso mental, algo así tiene. Pero está en trámite todavía no le dieron nada. Es mucho papeleo, viste.”* (varón, 29 años)

- *“Anduve siempre en la calle yo. Mi abuela murió (la mamá la dejó en manos de la abuela de chiquita). De acá para allá... en la calle, estuve en la calle. Cirujeando, pidiendo comida, pasando hambre, frío, sueño. Vivo del cirujeo, vivo de robarle a la gente, de rastrearle. (...) Tengo familiares pero no sé dónde, ¿entendés? Y como ellos no se encargaron de buscarme, yo tampoco me voy a encargar de buscarlos. Porque yo no les voy a pedir ayuda a ellos. Mi abuela me dijo donde estaban. Y bueno, no me quiso aceptar y listo y listo... (E - ¿De qué viviste en el último año?) De la mamá de mi novio, pero me echaron de ahí por una causa que me hicieron, yo por defenderlo a él, y*

me tuve que ir. (...) Hice hasta séptimo grado. Sé hacer tortas, repostería, sé tejer. Porque una vez, así cirujeando llegué a una escuela, como cirujeando te encontrás lanas, agujas de crochet, todo eso. (...) Soy triquinosa. Muy nerviosa, me ataco enseguida. De cualquier cosa.”(mujer, 16 años)

10.2. Problemas de salud y relación con el sistema sanitario

Otro eje importante lo constituyeron las preguntas referentes a problemas de salud y a la relación de la población entrevistada con el sistema sanitario.

Cuando se les preguntó dónde atendían sus problemas de salud, la mayoría (85.2%) dijo que se atendía en el subsistema público (66.7% en el hospital público, el 14.8% en las salas de atención primaria y un caso en ambos), y ninguno usaba el subsistema privado o el de obras sociales¹⁰. Este dato es consistente con la extracción social de los sujetos que participaron del estudio ya que en Argentina los sectores más pobres de la población acceden principalmente al subsistema público de salud.

Con respecto a las internaciones, casi la mitad (46.5%) afirmó haber estado internado alguna vez por motivos de salud.

Otro indicador de la vulnerabilidad de la población a la que accedimos en el estudio es que 11.1% dijo que no se atendía en ningún lado, pese a que sólo un caso mencionó que nunca tuvo problemas de salud.

- *“(E - Cuándo tenés un problema de salud, ¿a dónde vas?) Yo solo, no voy a ningún lado.”*(varón, 22 años)

- *“(E - Cuándo tenés un problema de salud, ¿a dónde vas?) A ningún lado. ¿A qué hospital vas habitualmente? A ninguno.”*(mujer, 16 años)

Entre los motivos que argumentaron se destaca que refirieron haber acudido al hospital por heridas de bala, lo que indica su participación en hechos de violencia urbana con graves consecuencias. El temor a ser involucrados en causas judiciales fue un motivo para no asistir al hospital, a pesar de la gravedad de la lesión recibida.

- *“(E - ¿Estuviste internado alguna vez?) Sí. (¿Por qué?) Por herida de bala.”*(varón, 29 años)

- *“(E - ¿Vas a algún hospital?) No, por mí no, a visitar a otros nomás. Ni con el tiro. Tengo uno, dos, como seis tiros tengo. (E- ¿Y dónde los tratabas?) En ningún lado, en mi casa. Porque en el hospital queda registrado.”*(varón, 28 años)

- *“(E - Cuando tenés un problema de salud, ¿a dónde vas?) A mi casa. (E - ¿Nunca fuiste a un hospital?) Sí, cuando me pegaron un tiro. Fui al (Hospital) P.”*(varón, 16 años)

Nuevamente, observamos la caída del soporte identitario y referencial que las instituciones brindan. Duckatzky y Corea describen cómo los adolescentes van perdiendo referencias -como la familia y la escuela- en el marco de situaciones de vulnerabilidad social. “La expulsión social produce un desexistente, un ‘desaparecido’ de los escenarios públicos y de intercambio. El expulsado perdió visibilidad, nombre, palabra, es una *‘nuda vida’*, porque son sujetos que han perdido visibilidad en la vida pública, porque han entrado en el universo de la indiferencia, porque transitan por una sociedad que parece no esperar nada de ellos” (Duckatzky y Corea, 2001:18). El concepto de ser de *nuda vida* lo retomaron de Giorgio Agamben (1999) y representa a un ser determinado al que se le han consumido todas sus posibilidades y sus potencias. Un ser que no se realiza en una multiplicidad de identidades.

Respecto del consumo de drogas, casi la totalidad (30) refirió haber intentado alguna vez dejar de usarlas. Es interesante atender a los motivos, que en algunos tienen un origen subjetivo, por un lado, buscando acotar o limitar usos que consideran excesivos

¹⁰ Las características del sistema de salud en Argentina se describieron en el Capítulo 4.5.

(*“quería cambiar”, “me quedé en casa para rescatarme, estaba zarpado”*), y por otro, en pos de otros fines cuyo cumplimiento requiere cierto abandono o regulación del consumo de drogas (*“quería conseguir un trabajo”*). Otra serie de motivos son más ajenos al sujeto, como la presión de la pareja (*“mi jermu me dio un ultimatum”*) o, en los de menor edad, por presión de los padres o de otros adultos de la familia (*“mi mamá sabe que yo fumo, me quiso encerrar en rehabilitación pero yo no quise”*).

- *“Porque no es cocaína ahora, el efecto es distinto y no me produce tanto placer, segundo porque es un lujo caro, y porque ya me aburrí, yo llevo tomados más de veintisiete kilos.”*(varón, 54 años)

Pese al elevado número que manifestó haber intentado suspender el consumo, sólo el 60% había recurrido a algún tipo de tratamiento; el resto lo había hecho *“por su cuenta”*. No es nada despreciable que una proporción de casi la mitad de los sujetos, hubiese intentado abandonar el consumo por su propia cuenta. Esta actitud, así como algunos relatos que valoran la “voluntad personal” se vincula con la idea de *“aguantar”*, de *“bancar”* y resistir ante situaciones adversas.

- *“(E - ¿Hiciste algún tratamiento para dejar de usar drogas?) No. Para qué, eso está en la cabeza de uno. Una granja, esas son todas mentiras. Después qué les digo a mis hijos. Eso está en la voluntad de uno.”*(varón, 37 años)

- *“(E - ¿Estuviste internada alguna vez?) No. Soy como el cardenal, si me encierran, me muero.”*(mujer, 22 años)

Entre los que sí habían ingresado en tratamiento, en general se observó una visión crítica a los dispositivos que conocieron, fundada en distintos argumentos como:

- la dificultad de sostener el requisito de abstinencia: *“(E - ¿Estuviste internado alguna vez?) Una vez sola. Estuve internado en una unidad y tanta abstinencia, me terminé fugando. No pude terminarlo.”*(varón, 17 años)

- el desacuerdo con las exigencias de algunas modalidades de encierro: *“(E - ¿Qué tipo de tratamiento?) El tratamiento era: no al robo, no al contrato negativo, el trato negativo, no podía tener cigarro, no a la violencia, no al sexo durante el tratamiento, porque decían que, bueno, que si vos hacías el amor, te daban un beso, después te quedabas recolgado, no te querías quedar y te venías. (E - ¿Cuánto tiempo estuviste ahí?) Estuve dos meses y medio, en realidad el tratamiento completo es de un año y medio. (E - ¿Lo vas a completar?) No, ahí adentro no, voy a hacer un ambulatorio.”*(varón, 17 años)

- la percepción de un discurso ajeno que no reconoce la subjetividad de cada usuario: *“Es un centro que te encierran y que estás todo el día en la casa. Te quedás a dormir ahí, un año. Y te hablan de Jesús y así, cositas, así te van curando.”*(varón, 21 años)

- el ingreso compulsivo al tratamiento: *“Cuando me empecé a drogar, mi familia me creía loca y me mandó al M. (hospital psiquiátrico). De ahí me iban a mandar a hacer tratamiento. Pero me escapé, no me gustaba lo que se veía ahí adentro.”*(mujer, 28 años)

- y en la distancia geográfica de su domicilio.

También hubo referencias recurrentes a la “recaída” luego de culminar procesos de tratamiento prolongados con internación. Muchos dispositivos terapéuticos emplean el aislamiento, al partir del supuesto de que el uso abusivo de sustancias se produce a causa de un medio (familiar, grupo de pares) que enferma al sujeto. La llamada “recaída” posterior a una internación pone en cuestión, especialmente las estrategias de “reinserción social”.

- *“Tres años sin drogarme, sin tomar merca, sin tomar alcohol nada. Salí a la calle y cagué.”*(varón, 22 años)

- *“Estuve casi siete meses, salí, bah me vine, porque me estaban explotando demasiado. Me vine para acá, estuve unos meses tranquilo y arranqué de vuelta.”*(varón, 27 años)

La mayoría de los entrevistados no creían que el uso de drogas les hubiera traído problemas de salud, coincidentemente con los resultados de estudios anteriores con usuarios de drogas inyectables (Touzé et al., 1999) y con usuarios de cocaína inhalada, aspirada o fumada (Pawlowicz et al., 2003). El 71.4% expresó que consumir drogas no le “trajo” ninguna enfermedad.

- *“(E - Usar drogas, ¿te trajo alguna enfermedad)? No, encima me curó. (E - ¿De qué te curó?) Nada, cuando estás resfriado te fumás un faso y se acabó el resfrío, te olvidás de todo.”* (varón, 21 años)

Estas creencias contrastan con la representación social hegemónica del usuario de drogas como “enfermo”, tal como se desarrolló en el capítulo 1, que totaliza este atributo transformándolo en una identidad cristalizada, externa al sujeto y uniforme, ya que la identidad social de “enfermo” se le atribuye a todos los usuarios, independientemente de la frecuencia, la sustancia, la modalidad e incluso el sentido del consumo de drogas para cada uno. Así se agrupan bajo la misma “categoría” a sujetos cuyas prácticas y representaciones acerca del uso de drogas son muy diversas.

En contraposición, el 28.6% de la muestra asoció el consumo de pasta base de cocaína y crack con problemas respiratorios, adelgazamiento y anemia, y hubo quienes reprodujeron la representación del uso de drogas como enfermedad.

- *“(E - ¿Usar drogas te trajo alguna enfermedad?) Sí. Es una pregunta boluda esa. Sí usar drogas me trajo una enfermedad. Bueno, como estoy yo, estoy enfermo. ¿Por qué estoy enfermo?, por la droga.”* (varón, 22 años)

10.3. VIH/sida: mitos, consentimiento informado y cercanía con la enfermedad

Las decisiones respecto de las prácticas sexuales, el uso de preservativo o el consumo de drogas no dependen sólo de la calidad de la información referida al cuidado de la salud que el sujeto posea, sino de la complejidad de la construcción de la subjetividad influida por posiciones de clase y de género, que inciden en las prácticas de los sujetos.

Los siguientes relatos ilustran la vigencia de ciertas representaciones que impactan en las prácticas de cuidado y riesgo, como pensar que el status serológico de la pareja sexual es indicador del propio o suponer que el consumo de drogas tiene efecto contraceptivo:

- *“(E - ¿Te hiciste el análisis de VIH?) No. (E - ¿Te parece que tenés sida?) No. (E - ¿Por qué?) Porque me di cuenta por mi hijo, que no tiene... Cuando nació mi hijo me di cuenta que no tenía, si no me hubieran dicho: ‘boludo, flaco: estás infectado, tenés HIV’; ¡ya está! Salta la ficha al toque.”* (varón, 25 años)

- *“(E - ¿En qué año te lo hiciste?) En diciembre del año pasado seguro, y después tal vez. Pero lo que te cambia la sangre y eso. Con el tiempo te das cuenta que tenés la sangre más dulce, o la presión, más baja o más alta... Ah, porque vos te hacés un análisis completo... Sí, te das cuenta como estás.”* (varón, 28 años)

- *“(E - ¿Te parece que tenés sida?) No sé, no creo. (E - ¿Por qué?) No sé, en todas las relaciones que tuve con mi mujer no me he cuidado y ella se hizo un par de análisis y si ella no tiene, me parece que yo tampoco.”* (varón, 26 años)

- *“Mi mamá me dijo que si te estás drogando no puede quedar embarazada, si se está drogando no tiene fuerza. ¿Cómo puede estar acostándose tanto tiempo y no quedar embarazada? Con la droga no queda embarazada...”* (varón, 16 años)

El 64% de los entrevistados había realizado el examen de VIH, al menos una vez. Todos los resultados referidos fueron negativos, excepto en un caso.

Un tema muy relevante vinculado con los derechos de las personas es que el análisis de VIH debe ser confidencial y voluntario, lo que se garantiza mediante un consentimiento informado correctamente aplicado. Sin embargo, en algunos relatos pareciera que las instituciones vulneran este derecho sin que los sujetos tengan conciencia de ello.

- (Dice que no tiene sida porque...) *“En un laburo, hace mucho, también me hicieron un análisis de sangre, un análisis para laburar dos días, al pedo. (E - ¿Ah, entonces sí te lo hicieron?) Bueno, pero en el laburo no es que me dijeron: ‘te vamos a hacer un análisis de HIV’. Me sacaron sangre, supongo que me sacaron sangre para eso, me hice la libreta sanitaria, así que sí me la dieron es porque no tengo nada. Listo, ahí está. (E - ¿No sabés el resultado)? No, tampoco quiero saber.”* (varón, 25 años)

Un dato llamativo fue que el 47% dijo no conocer a nadie que hubiera muerto por sida. La experiencia directa de las muertes por sida pareciera haber sido diferente entre los usuarios de pasta base de cocaína y los usuarios de drogas inyectables (UDIs).

Según estudios anteriores, los UDIs han sido fuertemente impactados por la epidemia de sida. En el primero, sobre 174 UDIs que habían hecho uso inyectable alguna vez en su vida, sólo el 18% dijo no conocer personas allegadas que habían fallecido por enfermedades relacionadas con el sida (Rossi et al., 2002). En el segundo estudio, este porcentaje fue aún menor, ya que sobre 140 UDIs que se habían inyectado en los últimos tres meses, apenas el 12.1% no tenían algún *“familiar, amigo o conocido”* que hubiera muerto a causa del VIH/sida (Rossi y Rangugni, 2004). Estos estudios mostraron también que las muertes por sida han influido en los cambios relacionados con la práctica inyectable en Buenos Aires, que actualmente es más oculta, más individual y con menos uso compartido de material de inyección que en el pasado.

La diferencia entre ambas poblaciones parece indicar que la asociación uso de drogas-sida-muerte es mucho menor entre los usuarios de pasta base de cocaína y crack que entre los UDIs.

Por un lado, esto puede deberse a ciertas características de las redes de los usuarios de pasta base de cocaína. Un trabajo sobre etnografía y análisis de programas preventivos del VIH propone tipologías acerca de distintos tipos de redes de usuarios de drogas, cuyas características pueden ser determinantes tanto en la transmisión de la enfermedad como en el diseño de estrategias de intervención (Trotter et al., 1994). En el caso de la población que estudiamos, sus redes son relativamente homogéneas, por ejemplo en términos del status socioeconómico, y los individuos se van involucrando mutuamente en el uso de drogas y en otras actividades sociales. Esta homogeneidad de las redes los lleva a evitar la interacción con usuarios por otras vías como los UDIs, entre los que el uso compartido de material de inyección implica un mayor riesgo de transmisión del VIH.

Por otro lado, la diferencia puede también deberse a la edad de los entrevistados de este estudio. Siendo un porcentaje importante de ellos muy jóvenes, es menor el tiempo en el cual han podido desplegar prácticas de riesgo y cuidado en relación con los problemas de salud asociados al consumo. A su vez, su uso de sustancias coincide con un período en el que se verifica una reducción en los índices de mortalidad por sida, a partir de la disponibilidad de los tratamientos antirretrovirales¹¹.

¹¹ Para el caso de la Ciudad de Buenos Aires, los índices de mortalidad por sida disminuyeron en un 54% entre 1996 y el año 2000 (Infosida, 2002).

Capítulo 11. Prácticas de uso de pasta base de cocaína

Si bien el foco de este estudio se concentró en el uso de pasta base de cocaína y crack, en tanto pauta de consumo emergente en el contexto local, se halló un patrón de policonsumo que llevó a indagar la utilización de diversas sustancias.

El tipo y combinación de drogas consumidas, las formas y organización del consumo, las preferencias y diferencias respecto de las diversas sustancias, así como las prácticas de cuidado y riesgo puestas en juego durante el uso, remiten a múltiples significaciones cuyo conocimiento brinda pistas para intervenciones preventivas que se adecuen a cada colectivo social.

11.1. Consumo de drogas

En el caso de nuestro estudio, la edad más temprana de inicio en el uso de drogas entre los entrevistados, fue de 8 años; sin embargo, la media fue de 14.7 años, acompañando al promedio verificado en otros estudios. Durante los años 2002-2003, en un estudio con 150 usuarios de cocaína inhalada, aspirada o fumada en Buenos Aires, la media de inicio en el consumo de drogas fue de 15 años (Pawlowicz et al., 2003).

Cuadro N° 6: Edad de inicio en el consumo de drogas ilegales

Edad de inicio en el consumo de drogas ilegales	Cantidad de casos	Porcentaje
Entre los 8 y los 11 años	2	6.4%
Entre los 12 y los 14 años	14	45.2%
Entre los 15 y los 18 años	12	38.7%
A los 19 años o más	3	9.7%
Total	31	100 %

Con respecto al tipo de sustancias, un poco más de la mitad de los entrevistados (53.3%) refirió consumir sólo pasta base de cocaína, y otro grupo importante (43.3%) pasta base de cocaína y crack. Sólo uno dijo consumir únicamente crack.

En este estudio, consideramos la nominación que los propios usuarios daban a las sustancias que consumían. Cabe aclarar que sus descripciones en relación a la preparación o las características de las sustancias eran confusas, no permitiendo distinguir si cuando se referían a pasta base de cocaína o crack, sus referencias correspondían estrictamente a dichas sustancias.

El consumo de clorhidrato de cocaína inhalado, de pasta base de cocaína y de crack, según indican los testimonios, se produce alternando las tres sustancias. En algunos casos, a su vez se observan consumos secuenciales que se vinculan con el consumo instituido en las redes.

“(E- ¿Cuál fue la droga que usaste primero?) Cocaína inhalada. Después pasta base. Después crack. (E- ¿Por qué en ese orden?) Porque en ese tiempo se daban todas esas cosas. Porque hay etapas para todo, viste. En ese tiempo la gente con la que yo paraba tomaba. Y después me junté con otras personas, cambié de barrio-mambo pum, y cambié de mambo.”(mujer, 31 años)

Se indagó sobre otras drogas experimentadas por los sujetos. Las más mencionadas fueron marihuana (80%); clorhidrato de cocaína inhalado (73%); y medicamentos no prescritos (37%). Los pegamentos, el ácido lisérgico y el éxtasis aparecieron nombrados en menor medida. El alcohol, al igual que en estudios anteriores (Pawlowicz

et. al., 2003), no es reconocido como droga, por lo que su referencia en los relatos fue más escasa.

Como se puede observar, el policonsumo fue una característica constante. La mayoría de los entrevistados combinaba el uso de diferentes sustancias y la secuencia de uso variaba según cada sujeto:

- *“Me gusta tomar merca. Pero después por ahí me fumo un porro, me fumo una base, me tomo un vino, me tomo otro saque, me tomo una pasta.”* (varón, 25 años)
- *“La pasta base con marihuana, porque es igual, ¿cómo te puedo decir?: es como una alegría.”* (varón, 37 años)
- *“Cocaína y a veces marihuana. Otros tipos de droga ni probarlas, pasta base la fumé un poco.”* (varón, 54 años)

11.2. Formas de uso de pasta base de cocaína y crack

Los entrevistados refirieron diferencias en la preparación y forma de uso entre la pasta base de cocaína y el crack. Expresaron que la pasta base de cocaína se vende lista para el consumo, mientras que el crack requiere de un tratamiento específico, una “cocción” con bicarbonato y agua.

El aspecto de ambas sustancias es diferente. La pasta base de cocaína se asemeja a un “polvo marrón”, en cambio el crack, a partir de la cocción, tiene el aspecto de una piedrita.

- *“La pasta base no se prepara, la pasta base ya viene preparada. Viene en un polvito marrón, en una bolsita. Sacás, la abrís y servís, ahora servís en la pipa. (E - ¿Cómo servís?) Es una bolsita como la cocaína, metés la coca así, la servís, inhalás y la fumás. (E - ¿Cuántas veces podés fumar cada vez que servís?) Según como venga y según como sea tu vicio. Quizás, algunos se la fuman en un saque y hay otros que... A mí me dura un par de... me dura como cinco o seis fumadas. (...) Al crack lo preparo en una lata, es cocaína, lo pones en una lata, ponés primero el bicarbonato, después el crack, le pones agua y lo cocinás. Una vez que está cocinada se hace como un aceite arriba, lo vas sacando despacito, se hace una piedra, a esa piedra la partís y a esa piedra la fumás y quedás del cooco. (E - ¿Cómo sacás el aceite?) Con el dedo, con la mano. Cuando vos lo sacás se te hace duro, como una piedra blanca.”* (mujer, 32 años)

Mientras que el consumo de crack sólo se mencionó fumado en pipa, se describió el consumo de pasta base de cocaína tanto en pipa como en lata de gaseosas.

De acuerdo con los relatos, la pipa suele ser un pequeño tubo obtenido de un elemento de uso cotidiano, preferentemente de aluminio o de cobre (como un caño de una estufa de gas o una porción tubular de una antena de televisión). Con menor frecuencia se usan elementos de plástico y, en un caso, hubo referencia a la tapa del esmalte para uñas usada como pipa. En el armado de la pipa se usa un trozo de esponja de bronce o de papel metalizado (como tapas de yoghurt o envase de cigarrillos) que hace las veces de filtro en uno de los extremos; el otro extremo se recubre con cinta para disminuir el calor al contacto con los labios y para sostenerlo sin quemarse las manos. Sobre el trozo de esponja de bronce, en algunos casos, se colocan cenizas de cigarrillo.

Cuando se usa una lata de gaseosa o cerveza para fumar pasta base de cocaína, se la aplasta, se le hacen perforaciones con alfiler en una de las superficies, donde se coloca ceniza de tabaco, sobre la cual se pone la pasta base.

- *“En lata: la achatás en el medio, la agujereás, le echás ceniza, la pasta y lo fumás por donde tomás. Si querés quedar re loco: lo hacés con marihuana y pega más...”* (varón, 19 años)

También relataron que en ocasiones fuman la pasta base de cocaína mezclándola con el cigarrillo de marihuana o de tabaco.

- *“Y si no tenés todo eso hay algunos que le sacan la mitad del tabaco al cigarrillo, lo*

ponen ahí (la pasta base), le sacan el filtro, le ponen un par de palitos de fósforo como filtro y lo fuman así. ”(varón, 19 años)

Cuadro N° 7: Diferencias entre la pasta base de cocaína y el crack

	Crack	Pasta base de cocaína
Aspecto	A partir de la cocción, tiene el aspecto de una piedrita.	Se asemeja a un polvo marrón o anaranjado.
Modo de consumo	Se menciona sólo fumado en pipa.	Se menciona fumada en pipa, en lata de gaseosa o mezclada en un cigarrillo de marihuana o de tabaco.
Lugar de consumo	Se prefiere un lugar privado, como una casa, para su consumo, porque la preparación requiere ciertas condiciones y elementos.	Puede ser en un lugar público o privado.
Forma en qué se vende	Requiere un tratamiento específico posterior a través de la “cocción” con bicarbonato y agua.	Se vende lista para usar. En algunos casos se mezcla con tabaco.
Precio	El precio es el mismo; son más económicos que el clorhidrato de cocaína.	

11.3. Pasta base de cocaína, crack y clorhidrato de cocaína: preferencias y diferencias

Tal como se planteara en el capítulo 5, los efectos de cualquier droga están determinados por diversos factores, por lo que nunca son exactamente iguales y reproducibles de una a otra persona. En este estudio, nos interesó indagar la percepción subjetiva de los usuarios acerca de los efectos de las sustancias.

Los sujetos compararon en sus relatos las experiencias con pasta base de cocaína, crack y/o clorhidrato de cocaína, utilizando argumentos contradictorios. Atribuyeron alternativamente a una u otra sustancia la generación de sensaciones de mayor fuerza o suavidad. La duración del efecto fue otra distinción posible, pero también hubo quienes opinaron que el efecto que sentían era idéntico. Otros alternaban una u otra sustancia en el tiempo buscando las sensaciones deseadas. Esos argumentos justificaban la preferencia de alguna de estas sustancias en el uso habitual.

Cuadro N° 8: Comparación entre la pasta base de cocaína y el crack

- *"El crack es más fuerte, te dan más ganas de fumar. La pasta la fumas cuando quieras, cuando se te da la gana, el crack no."* (varón, 17 años)

- *"¿Cómo es el mambo de la pasta base? Es el mismo mambo que el crack, un poco menos, bajás más rápido. Mambo corto, te pega menos tiempo la pasta base que el crack. El crack te dura más."* (varón, 27 años)

- *"El crack es más fuerte que la pasta base; más acelerado te deja, más perseguido."* (varón, 17 años)

Prefieren crack:

- *"...Me quedo con el crack porque es más suave, ahora están haciendo como más fuerte a la pasta base, como que tiene un gusto fuerte, como que te pica la garganta."* (varón, 19 años)

Prefieren pasta base:

- *"... Me quedo con la pasta base y no con el crack. El crack es como que me altera, me deja muy nerviosa, el crack me altera el ritmo cardíaco, no me gusta mucho el crack prefiero la pasta base, es más tranquilo, más llevadera."* (mujer, 27 años)

- *"La pasta base te moviliza, te activa, te pone pilas. El crack me deja a mí histérica, me remolesta, no me soporto ni yo, quiero fumar una pipa atrás de otra y si no tengo para fumar no me soporto ni yo. En cambio la pasta base es más tranquila, fumo, disfruto el mambo, bajo tranquila, duermo, como, todo bien."* (mujer, 27 años)

Las sensaciones descritas variaban en cada sujeto; sin embargo, hay un patrón en el uso de pasta base de cocaína, crack y clorhidrato de cocaína, ligado al aumento de la actividad psicomotriz, a la rigidez, a sensaciones de tipo *"paranoicas"* y, en algunas situaciones, a las alucinaciones visuales:

- *"...Es una sensación que te levanta la frecuencia, subís cinco minutos y bajás, subís y bajás..."* (varón, 28 años)

- *"...A mí me deja perseguido ¿viste?, con la policía, con la gente, voy, vengo, consigo, voy a robar para seguir comprando más cocaína para retrocederla, ¿me entendés?, ¿me re cabe eso!, me acelera."* (varón, 27 años)

- *"Me gusta estar duro, me gusta estar eléctrico. Con la cocaína quedás duro, perseguido, ese es el mambo ¿me entendés?, me cabe. Con la pasta base es lo mismo."* (varón, 27 años)

- *"...Me siento y flasheo y veo fantasmas y esos fantasmas después empiezo a flashear y veo una familia, mis seres queridos que no tengo, y eso me gustaba..."* (mujer, 32 años)

Estas descripciones son similares a las referidas en el uso de cocaína inhalada en otro estudio realizado por el mismo equipo de investigación (Pawlowicz et al., 2003), ya que en esa ocasión los usuarios decían que la pasta base de cocaína les producía principalmente sensaciones de aceleración y paranoia (*"persecuta"*). También relataban que sentían relajación, bloqueo, verborragia, malestar, rejuvenecimiento, *"ganas de seguir fumando"*, dureza en la mandíbula o en el pecho, taquicardia, adormecimiento de la boca y/o de la zona nasal, temblor en las manos y transpiración.

Una diferencia que apareció en el discurso de los entrevistados fue la calificación de *"más viciosa"* que se hace de la pasta base de cocaína en relación con el crack y el clorhidrato de cocaína.

- *"El crack y la pasta base son dos cosas diferentes. La pasta base, si es buena (aclara)... es más viciosa. Es un vicio de la puta madre... cuando yo laburaba allá me gastaba 150 pesos por día, los sábados y domingos estábamos y es más viciosa la base, en cambio esto (crack) no, si no tenés te aguantás. Hay muchos que no aguantan, ¡ojo!, paremos la mano, hay muchos que salen a hacer giladas, roban, cualquier cosa."* (varón, 37 años)

- *“Es más viciosa la pasta base, te hace hacer cosas que vos no lo hacés, que si estás conciente no lo hacés... En cambio con el crack es diferente, te deja más tranqui.”* (varón, 37 años)

- *“Te lleva más rápido al cajón, te digo. Rapidito te lleva. Todas te llevan, pero ésta es más. Se ve, se nota en la gente, cambia. Pesabas de repente 80 kilos, y en tres meses bajaste 20 kilos. Quedás un palo, entendés. Los pibes, la gente que vos conocés, el problema es que no podés salir. Por ahí con la cocaína podés decir un parate, entendés. Pero después el cuerpo te lo pide. Vos comúnmente no comés un día y sentís la necesidad de tomar agua, o... un par de días. Así es. Estarás nervioso. Pero esto es peor. Este es malo, es malo de en serio...”* (varón, 36 años)

Esta connotación negativa que asocia *vicio* con compulsión en el uso, pérdida de conciencia y comisión de delitos, se le atribuyó también al uso de algunos medicamentos no prescritos, particularmente el Rhoypnol, genéricamente denominados *“pastas”*:

- *“... como las pastas (pastillas, medicamentos) que es lo peor que hay... yo he visto chicos que siendo amigos se han clavado puñales. Pierden la conciencia total, porque las otras drogas te matan a vos pero los que toman la pasta, la mezclan con alcohol y matan a alguien y al otro día no saben lo que hicieron, de verdad...”* (varón, 54 años)

- *“A mí me pierden un poco, tengo una pérdida de conocimiento, entonces no las tomo, no me gustan, no me gusta drogarme y no me acuerdo lo que hago después.”* (mujer, 27 años)

- *“...La pasta esa es para bardear, loco, te tomás una pasta te podés pelear con medio barrio, y podés salir a robar donde se te cante el orto, y le metés un tiro a un cobani ahí en la esquina, eso es bardo. Te cambia el carácter, por ahí sos peor, por ahí vamos por la calle pasa un chabón y nos mira: ‘ey –ey’. Y ya está. ¿Qué pasa? Y ¿qué pasa?, y te pusiste loco, y terminás peleando o te rompo todo.”* (varón, 25 años)

En estos testimonios los sujetos reafirman la representación social dominante del usuario de drogas como alguien que pierde su autonomía y su capacidad de decidir.

11.4. La organización del consumo

La relación entre cultura y mercado tiene un papel importante en la organización del consumo y resignifica las razones subjetivas de las preferencias por una sustancia, priorizando un criterio más cercano a los conceptos de territorialidad e imperio del mercado.

Así al indagar sobre los motivos de elección de la pasta base de cocaína, algunos entrevistados se centraron en razones económicas.

- *“La conseguís acá en todos lados, está barata. La conseguís más fácil, es como que te envía más. Las pastillas o el ácido, aparte sale caro también. Un papelito de cocaína te cuesta \$5, y un papelito de pasta base te sale \$1.”* (varón, 19 años)

Sin embargo, esa misma explicación se contradecía con el efecto obtenido: aunque es más barata, se gasta más dinero porque se necesita más cantidad para lograr el efecto equivalente a otras sustancias.

- *“En realidad no es barata, porque fumás una sola vez te cuesta un peso. Vos te fumás una marihuana y te dura tres o cuatro horas. Vos te fumás una base que sale un peso, igual que la marihuana, y te dura cinco segundos. Entonces fumás mucho, comprás por diez pesos.”* (varón, 28 años)

En relación con el tráfico y la economía del consumo, los usuarios mencionaron también otros motivos, como la calidad de la sustancia, la accesibilidad geográfica, y la rapidez y facilidad de la preparación.

- *“A veces, por ejemplo, te viene una toda blanca, todo polvito, te viene un montón. Sale igual, pero es una mierda. Hay otra que viene menos, con piedritas, vos la picás y sale igual pero pega más. Acá la cortan con cualquier cosa, hasta con azúcar impalpable.”*

La cocaína sí la cortan con novalgina o cafiaspirina picada pero la pasta base no. Le ponen cualquier cosa, y te pone más rabioso. Cuando le ponen cualquier cosa tenés unas ganas bárbaras de fumar, te pegás un pipazo y nada que ver, ya querés ir a cualquier lado, sacar de cualquier lado.”(varón, 19 años)

- *“Para comprar cocaína tenés que irte del otro lado de la villa. Para comprar pasta base vas acá a la vuelta, cada vez está copando más...”*”(varón, 19 años)

- *“El crack te dura más tiempo, la pasta base te dura menos tiempo. Fumás cinco pesos de crack y te dura dos horas y fumás cinco pesos de pasta base y te dura una hora, una hora y media, menos. Te pega menos, no te perseguís mucho, entendés, pero pega igual.”*(varón, 27 años)

Se describieron estrategias colectivas de adquisición de la sustancia, como juntar dinero entre varios usuarios.

- *“A veces juntamos entre todos. Como yo laburo con el transa, con los que venden, me dan quince pesos por día y cinco pesos para comer. Diez pesos de entrada y cinco pesos para comer. Nada más. A veces juntamos mangueando monedas a la gente que viene a comprar de afuera. A veces nos faltan dos pesos, vos tenés un peso y ¡pin!... lo compramos entre los dos.”*(varón, 16 años)

Vale la pena remarcar que este estudio se concentró en usuarios de drogas de los sectores pobres de Buenos Aires. En este contexto, la opción entre usar el escaso dinero disponible para alimentarse o para comprar drogas, se presentaba como un conflicto.

- *“O conseguís un peso, te vas y comprás. Capaz que te vas a cagar de hambre pero no, comprás... comprás base. Te da hambre pero te vas a cagar de hambre pero vas y comprás la droga. Después fumás y te arrepentís.”*(varón, 28 años)

Estos testimonios remiten a lo que ocurre con las “comunidades segregadas donde se produce cada vez más desfase y aislamiento entre los grupos sociales que producen un consumo de drogas más alto y también más sufrimiento social de las culturas de exclusión” (Bourgois et al., 2002:73).

En otros casos, la elección de una determinada sustancia se establecía según las normas presentes en la red de consumo; prima así lo instituido en la cultura de ese territorio.

- *“(E - ¿Por qué elegís la pasta base y no otra?) Porque es lo que se consume en este momento, en este lugar. Es todo este círculo de consumo de pasta base, y yo estoy ahora con todos ellos y consumo exactamente lo mismo, no es por nada en especial.”*(mujer, 27 años)

Observamos así como las interacciones que se generan entre los miembros de las redes de consumo se producen en el contexto de las reglas de la oferta en el micromercado de drogas.

Las modalidades del consumo parecen también organizarse en torno a los vínculos interpersonales. El consumir solo o grupalmente remite a tipos de sociabilidad que conectan aspectos simbólicos con condiciones materiales y relaciones sociales, en situaciones concretas.

Cuando se les preguntó con quién fumaban pasta base y/o crack, el 65% de los entrevistados expresó que fumaba siempre con otros, definidos como “*amigos o conocidos*”:

- *“Con amigos, para compartir; solo no me gusta porque es para compartir, porque empezás a hablar hasta por los codos.”*(varón, 54 años)

- *“Somos un par que fumamos. Amigos. Somos tres, cuatro, que estamos siempre, que estamos todas las noches.”*(varón, 19 años)

Un tercio de los entrevistados expresó que consumía a veces con otros y a veces solo.

- *“(E - ¿Con quién fumás?) Depende como te pega, si la compartís con alguien o te la fumás solo. Yo en general fumo con amigos porque te mata eso, y te pega diferente. A mí me pega una onda... viajo. Pero entiendo todo lo que pasa, no estoy colgado. A los otros les pega que fuman y tienen miedo, se hacen la cabeza, se persiguen y yo no. Pienso que por eso fumamos entre muchos.”*(varón, 28 años)

Sólo tres de los entrevistados dijeron que fumaban solos/as.

- *"No fumo con nadie, me gusta fumar solo. Porque me pega, estoy acostumbrado a fumar solo y me gusta más."*(varón, 37 años)

- *"(E - Me dijiste que fumás solo, ¿así que no compartís nada...?) Sí, si pasa alguien, no, y bueno, comparto; pero en sí, soy un tipo que me gusta estar solo."* (varón, 38 años)

- *"A veces sola, a veces acompañada, pero más sola, creo que sola."* (mujer, 22 años)

Resulta también interesante observar que las modalidades de consumo organizan identidades grupales (en términos de *"nosotros"* y *"los otros"*), reproduciendo procesos de estigmatización social entre los propios usuarios de drogas con diferentes prácticas.

Al respecto, al indagar sobre el uso de drogas inyectables, los entrevistados se refirieron a los *"pinchetos"* como una identidad específica dentro de los usuarios de drogas.

- *"Los que se pican son más locos, son más piruchos. Yo ni loco me picaría... le tengo terror a las agujas."*(varón, 26 años)

- *"Los que se pican están más hechos mierda pueden tener sida, los que no se pican están menos hechos mierda, tienen menos riesgos de contagiarse."*(varón, 17 años)

- *"Vos sos loco, él es loco, pero ya te da miedo... lo apartás a él porque él se inyecta y te da no sé qué, te hace perseguir. Inclusive el cigarrillo que estabas fumando vos y él te pasa y... no gracias."*(varón, 28 años)

Las representaciones sociales dominantes del usuario de drogas como "peligroso" son proyectadas sobre los usuarios inyectables, que se tornan en "sospechosos" de transmitir el VIH, lo que genera discriminación transformando a esta práctica en un estigma. Goffman describe cómo estos estigmas son atributos identitarios que se vuelven tales en tanto son desvalorizados o menospreciados socialmente. "Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás (dentro de la categoría de personas a las que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible (...) dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser menospreciado e inficionado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio" (Goffman, 1963:12).

- *"...Si la gente se pica, se aísla, se va a otro lado porque acá no lo permiten. Yo acá no lo permito, primero porque dejan las jeringas sucias y hay chicos que salen por la plaza, viste, hay cosas que no van. Creo que la mayoría de la gente acá tomó este tipo de cultura para cuidar a las señoras y a los niños y a nosotros, porque si te pinchás, ¡fuiste!"*(varón, 38 años)

- *"En los que se pican precisamente está el contagio, acá no se lo quiere a nadie que se pica, se lo margina porque en cierto punto son malas personas. Yo estoy viviendo en la casa de un amigo y hay un tipo que desapareció porque si lo agarro lo rompo todo, que se picaba en la cama donde yo me fui a vivir, y yo cuando doy vuelta el colchón metía las jeringas adentro del colchón, treinta jeringas saqué y cualquiera podía contagiarse algo, entonces es mala persona, porque no se cuida a él y no cuida a nadie. Es muy poca la gente responsable, como la gente que tiene sida y que dice: yo tengo sida. A mí no me importa, tomamos, yo los saludo con un beso pero la persona me está avisando, hay otros que son dañinos."*(varón, 54 años)

Los estereotipos acerca de la "droga" se transpolan al tipo de práctica, atribuyendo al uso y a los usuarios de drogas por vía inyectable, los atributos y efectos que usualmente se asignan a las sustancias ilegales.

- *"El pico es muy adictivo, es muy adictivo, es demasiado adictivo, tengo conocimiento de amigos que se pican y es demasiado adictivo."*(mujer, 27 años)

- *"Así quedaron, parecía que venían de las Malvinas. Estaban re-en cualquiera, estaban piel y hueso. (...) hay uno que siempre se pica y está arruinado."*(varón, 19 años)

11.5. Cuidados y riesgos en las prácticas de consumo de drogas

Al analizar las formas de control social, en el capítulo 1 nos referimos a una dimensión de autocontrol en la conducta del consumidor de drogas (Castel y Coppel, 1994). Al respecto indagamos entre los entrevistados cuáles eran sus códigos, límites, y percepción de riesgos. En sus discursos aparecieron las prácticas de cuidado que ponían en juego durante el consumo de sustancias.

- *"...Yo soy un loco careta, ese es mi problema, me cuido. Me cuido por mí y porque tengo gente a mi lado que amo y que me dan amor y que no voy a dejar por una sensación de 10 minutos..."* (varón, 38 años)

Elegir dónde y cuándo se consume, como por ejemplo la propia casa o cierto momento del día, se presentaron como formas de gestionar los riesgos.

- *"Generalmente por la tarde. ¡Porque te deja una persecución!, ¿viste? Parece que todos te están mirando. Te tenés que encerrar. Mirás por la mirilla de la cerradura, o quedarte adentro, viste, sentado. Después en el día no consumís. El que consume es porque ya... no le importa un carajo, ¿viste? Pero cuando empezás, en general es por la noche."* (varón, 36 años)

Indicaron normas (no compartir elementos, disponer de "pipas" propias o no mezclar ciertas sustancias) como formas de cuidado. Al mismo tiempo relataron estrategias de autocontrol y graduación del consumo.

- *"(E - ¿Compartís alguna cosa con ellos cuando estás fumando?) Nada, vos traés lo tuyo, él lo de él. (E - ¿Cada uno tiene su pipa?) Claro, porque hasta con una lata te podés cortar los labios. Si un flaco está fumando con una pipa... (E - ¿Vos le pegás una pitada o no?) Depende. La miro bien, quiero saber cómo está. Por eso siempre yo tengo mis cosas, las tengo en el bolsillo..."* (varón, 28 años)

- *"...Porque es mi pipa, yo tengo VIH ¿me entendés? Y yo no sé si vos podés llegar a tener otra enfermedad. Vos podés llegar a tener tuberculosis, yo no sé. No la presto, es mía sola, nada más."* (varón, 27 años)

- *"Yo trato de rescatarme. Trato de quedarme piola. Y no caer en otras cosas, a veces me pego un mambo y con eso me alcanza para no hacer otras cosas que son peor. (E - ¿A qué te referís?) A la base. Con la base te agarrás tuberculosis, neumonía, en cambio el faso (marihuana), te da hambre, cosas que te alimentan más. Para mí, (la marihuana) de todas las drogas, es una droga sana. (...) Nosotros éramos los de la banda de la birra, después pasamos a la de los pipazos (risas)." (varón, 19 años)*

Un eje relevante para comprender mejor las lógicas de las prácticas es identificar las distintas formas de gestionar subjetiva y colectivamente los cuidados y los riesgos. La elección de consumir con otros o solos, los criterios para compartir elementos utilizados para el consumo, se basan en el conocimiento y la confianza. Señalaron que no fumarían con "desconocidos", o que sólo le convidarían a un conocido. Se pudo observar que la pauta de consumo grupal es importante en estos sujetos. Refirieron a "mi grey", "la banda del pipazo", como redes de referencia y pertenencia social en las que comparten diversas actividades además del uso de drogas.

- *"(E - ¿Fumarías con un desconocido?) No, porque... al fumar, por más que esté manija, que tenga una 'resistencia', no podría fumar con un extraño, porque para mí podés ser un policía, y me estás escrachando y yo me siento mal, y si algo llega a salir mal, vos estuviste con un extraño, ¡pim pum!, vos trajiste a la policía." (mujer, 31 años)*

- *"A veces lo convidamos, vos tenés que saber a la gente que convidás. A mi primo, a unos pares, nadie más, a todos los que paran (suelen estar) acá." (varón, 16 años)*

- *"(E - ¿Fumás con ellas?) Según con quien, como esté yo de carácter, si yo estoy bien puede ser que fume todo el día con vos, vamos ¡pum pum!, manguemos, y si no, según como esté otro día, me siento y fumo con ellas. Mi gente es contada, una, dos, tres y más, no sé si llega a cuatro." (mujer, 31 años)*

El uso compartido de la pipa o del cigarrillo que se usa para el consumo de pasta base

de cocaína y crack es una práctica habitual entre los usuarios de estas drogas. En este estudio, dos tercios dijeron que compartían *“alguna de las cosas con las que fuma pasta base/crack”* (63.3% *“siempre”* y 6.7% *“a veces”*).

La práctica del *“compartir”* entraña riesgos de transmisión de infecciones derivados de las lesiones que el calor suele producir sobre la piel de los labios y en las mucosas. No obstante, el sentido que se le otorga parece una norma que regula al grupo, no sólo en relación con el consumo de drogas ilegales, sino también respecto del tabaco, el alcohol o la comida.

- *“Fumo base con mi grey, acá todo el mundo, todos fuman. (E- ¿Compartís alguna de las cosas con las que fumás pasta base?) Sí, todos compartimos casi siempre. (E- ¿Y qué comparten?) Y bueno, la misma pipa, uno se la presta al otro y el otro la presta, se la pasan todos. No tengo una sola para mí. Pero escuché nombrar algo que te dicen te puede agarrar algo como desnutrición algo así viste por la saliva. Escuché, escuché algo así. Me dijeron que vos podés pasarle a alguno por tu saliva, y que el otro se lo pasa al otro y te puede agarrar algo como desnutrición o algo así.”* (varón, 28 años)

- *“(E- Y cuando fumás en grupo, ¿comparten la pipa o la lata?) Se comparte todo. (E- ¿se comparte todo?) Y..., sí. En una banda, si no compartís, no perteneces.”* (varón, 36 años)

La frase *“compartir todo”* pareciera aludir a lo que Abric, retomando los desarrollos conceptuales de Jodelet y Moscovici, llama sistema central de las representaciones sociales. Este autor diferencia dos sistemas de representaciones sociales: central y periférico. El sistema central es el núcleo alrededor del cual se organiza la representación social e incluye los “elementos fundamentales, los más estables, compartidos y consensuales, coherentes, normativos y resistentes al cambio”; está “fuertemente marcado por la memoria colectiva y las normas del grupo”¹² (Abric, 1994:3). Su función es centralmente “generativa”, ya que da sentido a la representación social y se vincula a las condiciones históricas, ideológicas y sociológicas.

Sin embargo, el sentido de *“compartir”* que se enuncia en otros fragmentos del discurso de los entrevistados no se ajusta tanto a esta regla de *“compartir todo”* como forma de cohesionar o lograr identidad en un grupo, sino que pareciera ser un “lugar común”, parte del código que “corresponde” a los usuarios de drogas. El sentido de compartir se hace relativo a las diferentes situaciones, estados de ánimo, sensaciones que les produce el consumo, o según con qué personas se encuentren.

Así se pueden apreciar otro conjunto de representaciones que forman el sistema periférico. Este juega un “rol importante en el funcionamiento de la representación frente a la realidad de las prácticas relativas al objeto”. Estas representaciones son menos estables y más flexibles, autorizan las modulaciones individuales. La función principal es la “regulación y adaptación del sistema central a las coacciones y a las características de la situación concreta a la cual el grupo es confrontado. (...) Es por donde se observan las diferencias interindividuales, ya que gracias a él la representación puede anclarse en la realidad del momento. Sensible, dócil y determinado por el contexto inmediato, permite la elaboración de representaciones sociales individualizadas organizadas en torno de un núcleo central común.” (Abric, 1994:4)

En el siguiente material de un grupo focal realizado con usuarios de cocaína inhalada, aspirada y fumada del área suburbana de Buenos Aires en el marco de otro estudio (Pawlowicz et al., 2003), se puede observar cómo la norma de *“compartir todo”* -que es lo que primero que se menciona- luego se torna relativa.

- *“E: ¿Y suelen compartir?”*

- *J.: Sí, un faso se comparte.* (varón, 30 años)

¹² En francés en el original. La traducción es de Cecilia Ros.

- S.: *Sí, sí, sí, nosotros tenemos esa política. Lo que hay: hay vino... lo que hay, hay para todos. Porque nadie se va a encanutar nada solo...* (varón, 29 años)
- G.: *Por ahí se escapa un par.* (varón, 30 años)
- S.: *Es feo eso.*
- L.: *Por ahí se guardan unos pacos y se lo fuman en la casa.* (varón, 30 años)
- N.: *Se lo encanutan.* (varón, 24 años)
- L.: *Se escapan.*
- S.: *Pero mayormente todo bien, buena onda.*
- L.: *Por ahí nos pintan las peleas.*
- E.: *Las pipas, los canutos ¿también los comparten?*
- G.: *La pipa sí, a full.*
- S.: *La pipa sí.*
- G.: *Se pelean por las pipas.*
- N.: *El canuto no lo comparto desde Argentina-Nigeria (partido del Mundial de fútbol de 1994), mirá hace una bocha.*
- E.: *¿Lo comparten o no lo comparten?*
- S.: *La pipa cuando se fuma pasta base se comparte.*
- G.: *No lo quiere largar, nomás.*
- E.: *¿Y el canuto decís que no?*
- L.: *El canuto también, el canuto es un billete cualquiera, un coso cualquiera que lo enrollás y tomás.*
- N.: *Se puede pasar, pero si tenés uno en la mano mejor, si tenés uno en la mano para qué lo vas a pasar. Es tuyo.*
- G.: *Sí, pero la pipa es importante... no la quieren largar.*
- S.: *Lo que pasa es que vos fumás y quedás que te querés fumar otro y entonces el otro: ¡dame la pipa! ¡dame la pipa!*
- N.: *Eso es en el momento del flash.*
- S.: *Claro, en el momento del flash vos no querés pasar la pipa, la querés tener en la mano, fuerte.*

Capítulo 12. Prácticas sexuales y uso de pasta base de cocaína

La relación entre uso de drogas y prácticas sexuales está socialmente atravesada por la idea de “descontrol” que se le atribuye a las sustancias ilegales. Estas son percibidas como productoras de situaciones de riesgo, también en lo referente a la actividad sexual. Esta relación constituyó uno de los focos de este estudio, dado que se buscó conocer las características de las prácticas de riesgo y de cuidado –particularmente respecto de la transmisión del VIH y otras ITS- asociadas a un patrón de uso de pasta base de cocaína y crack que no era parte de los consumos habituales de drogas en la Ciudad de Buenos Aires.

12.1. Uso de drogas, deseo y actividad sexual

Si bien algunos sujetos de la muestra señalaron que ninguna droga influía en su deseo de tener relaciones sexuales, la mayoría reconoció cierta influencia.

Dos tercios de los entrevistados (66%) expresaron que el consumo de pasta base de cocaína les daba menos ganas de tener relaciones sexuales. El 38.5% dijo que cuando consumía pasta base de cocaína no tenía relaciones sexuales.

Se hizo una pregunta abierta: “¿qué drogas te dan menos ganas de tener relaciones sexuales? ¿Por qué?”. La sustancia más nombrada ante esta pregunta fue la pasta base de cocaína.

- “*Quedás duro fumando pasta base, ni ganas me da. Ahora sí, cuando se te pasa... pero mientras estás en el efecto no. A cualquiera que le preguntes, te va a contestar lo mismo...*” (varón, 19 años)

- “*Porque no podés, ¿vos sabés que no podés? Te dejan inmóvil. Te dejan, como decimos nosotros, sin ganas de amar. Te corta todo.*” (varón, 19 años)

Algunos vincularon esta falta de deseo a la pérdida de sensibilidad en el cuerpo (“no reacciona”, “no se me para”), otros, a la tensión, al cansancio, a no querer que los miren ni que los toquen; y en algunos casos, a la sensación de estar “perseguido”.

Otro argumento fue el de estar concentrados en el consumo de pasta base de cocaína o crack más que en tener relaciones sexuales. Lo expresaron como: “*estás pendiente de otra, en tu mambo*”, “*es como que me voy para otro lado, me voy... es ese humo que se te mete en la cabeza y te descoloca y no pensás en nada*”. Su energía se centra en el consumo de ésta y otras drogas.

- “*(E - ¿Qué drogas te dan más ganas de tener relaciones sexuales?) No sé. No sé, porque cuando yo me drogo, yo que fumo crack, no me gusta tener relaciones, no quiero que me toquen. (E - ¿Por qué?) Porque no tengo sensibilidad en el cuerpo, esto me molesta ¿entendés? (se toca la piel) y quizás careta (cuando no está bajo el efecto de la sustancia) me guste. Cuando usás pasta base o crack: ¿no tenés, no tenés relaciones! Yo de mi parte, no tengo sensibilidad en mi cuerpo. (E - ¿Cuando usás pasta base?) No tengo relaciones cuando fumo pasta. (E - ¿Nunca?) No.*” (mujer, 31 años)

- “*Cuando fumás base o crack no pensás en ese momento en hacer el amor. Pensás en estar tranquilo, fumando, un vino, acá sentado fumando un cigarrillo.*” (varón, 37 años)

Aunque la mayoría de los usuarios que participaron de este estudio percibieron que el consumo de pasta base y crack se asociaba con una disminución del deseo sexual, para algunos de ellos el efecto de estas sustancias era el contrario.

- “*(E - Cuando usás pasta base o crack ¿sentís algún cambio en tus ganas de tener relaciones?) Sí, más ganas. (E - ¿Qué es lo que sentís?) No, en ese momento, porque tiene que ser en el momento justo, porque si pasa más de una hora ya después tenés que esperar que baje. Después ya no porque después ya me pongo más duro. Las dos primeras pipas sí, quiero hacer algo, sino me fumo tres pipas más y ya quedo zarpado y ya no quiero saber más nada.*” (varón, 27 años)

- *“(E - ¿Qué drogas te dan menos ganas de tener relaciones sexuales?) La cocaína, la base, el crack. (E - ¿Por qué?) Porque a mí me gusta que las cosas me queden y así es como que no la estoy viendo, no la tengo acá, estoy volada.”* (mujer, 22 años)

Se indagó luego: *“¿qué drogas te dan más ganas de tener relaciones sexuales? ¿Por qué?”*. La respuesta más generalizada, fue la marihuana, en más de la mitad de las respuestas. Luego el alcohol, y en algunos pocos el clorhidrato de cocaína, la pasta base, el crack y los medicamentos.

- *“Yo consumo tres: marihuana, cocaína y base. La base me excita mucho, me excitan las tres pero la marihuana es una relación más larga, con un orgasmo muy largo y se termina. Con la merca es más movido y más fantaseoso y es más duradero pero no a nivel de tiempo, no sé como explicártelo. Bueno a mí me pasa algo así, por cada consumición (dosis de sustancia) me gusta tener un orgasmo. Con la base me dí cuenta que me excita también.”* (varón, 38 años)

- *“El vino ¿Por qué? Y porque te calienta más, te ponés en pedo, cuando estás borracho empezás a piropear todo.”* (varón, 17 años)

- *“Las pastillas y la marihuana. Dentro de las pastillas la Rivotril y la Roche. Porque te altera el ritmo tuyo, en general. Estás más en el aire...”* (varón, 28 años)

La mitad de los entrevistados atribuyó al uso de marihuana un mayor estímulo para tener relaciones sexuales.

- *“Cuando fumo marihuana y veo a una chica pasar y le empiezo a decir cosas y ya me la empiezo a imaginar desnuda y que se pone así, que se me pone así y me empiezo a hacer la cabeza.”* (varón, 22 años)

Con la marihuana se describieron sensaciones de alegría y de disfrute que luego de pasado un rato pueden transformarse en sueño, hambre, o tristeza. También se la asoció a *“bajar”* del efecto de euforia producto de otras sustancias como la cocaína.

- *“La pasta base te hace subir, subís estás un poco duro y con la marihuana estás nivelado, estás en el mambo de la pasta base y del faso, te reís, hinchás las pelotas.”* (varón, 28 años)

- *“(E - ¿Y cuáles son las drogas que te dan menos ganas de tener relaciones sexuales?) Con la marihuana. Porque estás en estado alcohólico, el cuerpo te tira a descansar, a comer y a reírte, entonces, después de comer y de tomar te agarra una fiaca (pereza), que no tenés ni ganas de moverte. Y debe ser por eso.”* (varón, 38 años)

El carácter contradictorio de muchos de estos testimonios coincide con los hallazgos de otros investigadores: “la mayoría de las explicaciones acerca de la relación entre el uso de drogas y la conducta sexual no pueden distinguir entre los efectos farmacológicos y las percepciones populares sobre los ‘efectos’ de las drogas en la conducta sexual”¹³ (Rhodes, 1994:27).

12.2. Cuidados y riesgos en las prácticas sexuales

Las prácticas de cuidado y riesgo se juegan en un complejo entramado de relaciones entre el deseo y el placer, las trayectorias individuales de los sujetos, los condicionantes sociales y culturales, las significaciones sociales de cuidado y riesgo en cada momento histórico y en cada contexto particular. “Es incorrecto pensar que son sólo los efectos farmacológicos de una sustancia los que influyen el comportamiento sexual de los usuarios de drogas. También es necesario comprender los *contextos sociales* en los que ocurren el uso de drogas y la conducta sexual. Esas influencias contextuales pueden abarcar desde el ambiente físico inmediato en el que ocurren el consumo de drogas o la conducta sexual, hasta las expectativas y creencias del grupo de pares y de la

¹³ En inglés en el original. La traducción es nuestra.

comunidad sobre los efectos de sustancias particulares en la conducta sexual, así como factores macro, económicos, estructurales y políticos”¹⁴ (Rhodes et al., 2002:37).

No obstante, una parte de los entrevistados atribuyó la falta de cuidados en las prácticas sexuales al uso de drogas. La mitad de la muestra dijo que cuando se usan drogas *“uno se cuida menos”* en las relaciones sexuales. Estos datos son coincidentes con los resultados hallados en otro estudio, en el que este porcentaje ascendía al 45.3% de 150 usuarios/as de cocaína inhalada, aspirada o fumada; asimismo en este último grupo, el 55.3% había expresado su acuerdo con la frase: *“Cuando se usan drogas, no se usa forro”* (Pawlowicz et al., 2003).

La producción antropológica reciente ha señalado que “la noción epidemiológica de ‘comportamientos de riesgo’ subsume ‘factores de riesgo’ supuestamente *probabilísticos* con ‘actos riesgosos’, en tres acepciones distintas:

- a. el comportamiento en sí mismo puede ser un factor de protección o nocividad. Por ejemplo, el comportamiento homosexual frente al heterosexual.
- b. el comportamiento puede ser un proceso mórbido de por sí. Por ejemplo, la ‘drogadicción’ o la ‘homosexualidad’ consideradas como ‘patología social’.
- c. ciertos comportamientos a los que se considera atributos personales o características propias de ciertos grupos sociales, pueden aumentar o disminuir el riesgo. Por ejemplo, la ‘autodestrucción’ entre los adictos, la ‘promiscuidad’ entre los heterosexuales, etc.” (Grimberg, 1996:10).

Estos sentidos, que subsumen definición y consecuencias, se encontraron presentes entre nuestros entrevistados. Así, al indagar sobre diferentes prácticas sexuales -vaginal, oral y anal, entre parejas hetero y homosexuales, sexo grupal-, el 85.2% de la muestra consideró que el sexo grupal era la práctica *“más peligrosa”* para la transmisión del VIH y otras enfermedades. Le siguieron en orden descendente: las relaciones homosexuales anales (62%), las heterosexuales genitales (55%), las homosexuales hombre-hombre orales (51.8%), las heterosexuales anales (44.4%), las heterosexuales orales mujer a hombre (37%) y las heterosexuales orales hombre a mujer (33%). Por último, nombraron a las relaciones sexuales lésbicas (29.6%), acerca de las cuales conocían muy poco, lo que mostraría su invisibilidad social.

- *“Las (relaciones sexuales) de las mujeres ¿se pueden agarrar sífilis?”* (varón, 22 años)

- *“Todas, todas, cualquiera. Menos tener relaciones entre mujeres, menos, esa no. Porque no creo que entre mujeres... no creo. Porque por saliva no creo que se contagien.”* (mujer, 16 años)

El curso de la epidemia de VIH/sida instaló una representación de la sexualidad en sí misma como *“riesgosa”*.

- *“Todas son peligrosas. Ya empezando por traspasar la línea ya tenés que pensarlo dos veces.”* (varón, 19 años)

- *“Todas son peligrosas. Todas por igual, el sexo en sí es una vía de contagio para cualquier enfermedad de cualquier forma que se lo practique.”* (varón, 37 años)

En relación a los cuidados en las relaciones sexuales, se indagaron las prácticas tendientes a evitar los embarazos no deseados y la transmisión del VIH y otras ITS.

Se preguntó *“¿Qué hacés para no quedar embarazada/ para no dejarla embarazada?”* y, sobre un total de 26 sujetos que contestaron, 24 (84.6%) afirmaron que *“hacían algo para evitar el embarazo”*, y el resto que no hacía nada al respecto. De los 24 entrevistados que buscaban evitar un embarazo, la mitad utilizaba preservativo, 6 anticonceptivos orales (*“pastillas”*) y 7 coitus interruptus (en forma no excluyente); sólo un caso usaba dispositivo intrauterino.

¹⁴ En inglés en el original. La traducción es nuestra.

Sin embargo, al indagar sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, en pocos casos se reportó el uso de preservativo para evitar la transmisión de VIH/sida y ninguno refirió explícitamente a las ITS. Sólo hubo alusiones indirectas y generales como: *“no contagiarse nada”*, o *“no tener enfermedades”*. De esta muestra sólo un caso, un hombre de 54 años, dijo haber tenido alguna vez una infección de transmisión sexual.

La práctica del coitus interruptus pareciera estar extendida; porcentajes similares se hallaron en otros estudios: 31.4% de 150 usuarios/as de cocaína inhalada, fumada o aspirada, del Área Metropolitana de Buenos Aires (Pawlowicz et al., 2003); 27.4% de 303 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, con hijos, de siete provincias argentinas (Gogna et al., 2005). A pesar de su escasa eficacia como método contraceptivo y del alto riesgo de transmisión de ITS, los entrevistados concebían esta práctica como una forma de cuidado, dato a tener en cuenta para el diseño de programas de prevención.

- *“(E - ¿Qué haces para no dejar embarazada a tu mujer o a alguna chica?) Bueno, trato de aguantar para acabar afuera o profiláctico. Pero en si, con mi señora lo hago sin profilácticos.”* (varón, 38 años)

- *“Nunca usé preservativo con ella. Acabo afuera, me cuido.”* (varón, 18 años)

El preservativo, como método único o alternado con otros, fue el anticonceptivo más mencionado.

- *“(E - ¿Qué hacés para no dejarla embarazada?) Uso forro yo, o le compro pastillas.”* (varón, 19 años)

- *“(E - ¿Usás forro?) Con mi pareja, a veces, cuando no toma pastillas para no quedar embarazada.”* (varón, 17 años)

- *“Me lo pongo para que no acabe adentro, para que no quede embarazada, por eso nomás.”* (varón, 17 años)

- *“Hay que usar forro... para no tener hijos más que nada.”* (varón, 18 años)

En forma semejante a lo observado en las prácticas de uso de drogas, la percepción y gestión del riesgo en las prácticas sexuales están condicionadas por el conocimiento y la confianza hacia la pareja sexual.

Cuando se preguntó directamente por el uso de preservativo (*“¿Cuando tenés relaciones sexuales, usás forro?”*), las respuestas distinguieron el uso con parejas estables y con ocasionales.

Con respecto al uso de preservativo con la pareja estable: el 40% (de N=28) afirmó usarlo *“a veces”* y el 43.3% *“nunca”*. La frecuencia de uso aumentaba cuando a los mismos sujetos se les preguntó por el uso con parejas ocasionales: en este caso, el 71.4% dijo usar preservativo *“siempre”*.

Si se analizan los casos en particular, se pueden observar -tanto en los varones como en las mujeres- distintos patrones de uso de preservativo (*“siempre”*, *“a veces”*, *“nunca”*) con la pareja estable y con la ocasional:

- los que expresaron que *“siempre”* usaban preservativo, con la pareja estable y con la ocasional;
- los que utilizaban preservativo *“a veces”* con la pareja estable y *“siempre”* con la ocasional;
- los que no usaban preservativo *“nunca”* con la pareja estable (43.3%), y lo utilizaban *“sólo con las transas”* (salvo un caso que no tenía pareja ocasional y otros dos que nunca usan).
- Los que dijeron no usar *“nunca”* preservativo, ni con la pareja estable ni con la ocasional (dos casos expresaron que no tenían parejas ocasionales).

La referencia al uso de preservativo aumenta con la pareja ocasional.

- *“(E - ¿Te cuidás en tus relaciones sexuales?) No. En pareja no, y cuando no estoy en pareja trato, pero me cuesta una enormidad. Es como estar comiendo chupetín con*

papel. Trato de manejarme con mujeres sanas, que son casadas, que no sean promiscuas. Prefiero pasar antes de..., por ahí una tirada de goma (sexo oral realizado a un hombre) y nada más con las otras." (varón, 54 años)

- *"(E - ¿Con tu pareja usás?) No. Porque nos conocemos y sabemos lo que hacemos. No vamos a andar con cualquiera". (E - ¿Con una transa?) Uno que me cabe en el momento. Obviamente, si puedo usarlo lo uso doble, porque a pesar de todo quiero cuidarme y no quiero morir de ninguna enfermedad de HIV. No quiero morir de nada, pero bueno. (E - ¿De qué depende que usés forro?) Depende de uno mismo, depende de quien está conmigo.*" (mujer, 31 años)

Varios entrevistados y entrevistadas explicaron el uso de preservativo con las parejas ocasionales como formas de cuidado, tanto de ellos mismos como de la pareja:

- *"Sirve para no contagiarte el sida, o cuando estás con otra mujer que no es tu señora y no contagiarse, vas y usás preservativos para no contagiar a la otra persona que está con vos, para eso sirve.*" (varón, 17 años)

- *"(E - ¿Con quién o dónde no usás y con quién usás?) Y, por ejemplo con mi novia no usaría, porque si estoy con ella creo que tenemos confianza, vamos a tener un hijo, creo que no haría falta. Pero te vas a otro lado y conocés gente que la conocés ahí. Por ahí me voy a un baile y conocés personas, conocés chicas y no sabés qué onda. Te dicen 'todo bien' pero hasta que te toca. Como te digo, no la conocés, y para no arriesgar. No arriesgarme yo y hay quienes no se quieren arriesgar..."* (varón, 19 años)

La percepción del otro es el criterio manifiesto que justifica la decisión de usar o no preservativo. El cuidado se determina por quién se elige y qué atributos se le asignan.

Entre los varones, la confianza y el vínculo constituyen particularidades por las que diferencian a las mujeres, y que determinan los cuidados.

- *"(E - ¿De qué depende que no uses preservativo?) Tenés que estar seguro de la persona, cómo es para no usarlo. Tenés que conocer a la persona mucho... Por ejemplo, si estás con una mina y no tenés forros, qué hacés, ¿vas a comprar o...? Sí, volando. Si no tengo el peso, voy a maguear."* (varón, 28 años)

- *"(E - ¿Cuando tenés relaciones sexuales, usás forro?) ¡Cómo te puedo decir!: una novia que estoy hace largo tiempo, conozco la familia, sé como es, ¿entendés? ya es otra cosa, sabés qué familia es, no es cualquier piba de la calle, que no pueda andar con cualquiera que se contagie. (E - ¿Ahí no te cuidás?) Sí."* (varón, 19 años)

- *"(E - ¿De qué depende que no uses forro?) Y, que no lo tenga y que conozca a la persona. No te digo si vas a un baile y conocés a una persona... me trato de cuidar. Pero si es alguien conocido, o tuvimos onda antes, ahí puede ser que pase."* (varón, 19 años)

Cuadro N° 9: Atributos del otro que justifican, o no, el uso de preservativo

Atributos que justifican el uso de preservativo

Si la mujer es:

*"desconocida"
"una cualquiera"
"que es de otro lado"

"medio tocada (loca) "
"promiscua"
"cualquier piba de la calle que puede andar con cualquiera"
"una transa porque no sé con cuántos se acostó"
"una fisura"*

Atributos que justifican el NO uso de preservativo

Si la mujer es:

*"de acá del barrio"
"mi pareja"
"hace mucho que estamos juntos"
"casada"
"sanita"
"conocida hace mucho tiempo"

"mi novia"

"tengo confianza"*

También en las mujeres entrevistadas, se observó que el uso de preservativo era menor cuando al otro se lo definía como conocido-sano-confiable.

- *“(E- Cuando tenés relaciones sexuales con una transa, ¿usás forro?) Sí. Porque no lo conozco, no sé de dónde viene, no sé quién es, no sé si puede tener una enfermedad que puede llegar a contagiarme, un montón de cosas. (¿En qué ocasiones no usaste forro?) Cuando sabía con quien estaba, porque sabía que estaba todo bien, que no había ningún peligro de contagio, estaba segura de con quien estaba, nada más que por eso. Con alguien que conozco hace mucho y sé muy bien con quién estoy. Si no, uso preservativo.”* (mujer, 27 años)

El grado de cercanía (si la/o conocen del barrio - *“si es de por acá”*-, o si conocen a la familia), las cualidades del otro (si consideran que es *“sana/o”, “conocida/o”, “de confianza”*) y el vínculo (si la/o consideran una pareja estable, de tiempo prolongado) intervienen en la construcción social de la identidad del otro; son ejes que aportan elementos claves en la comprensión de las prácticas sexuales de riesgo y sus posibles estrategias de prevención para evitar la transmisión del VIH/sida, así como de otras ITS.

12.3. Representaciones y prácticas de uso del preservativo

Se puede observar una fuerte contradicción entre las representaciones acerca del preservativo y las prácticas de uso. En general, los entrevistados respondieron primero lo esperado socialmente. Dijeron que es bueno y efectivo, o que protege y cuida (aunque varios aclararon también que es incómodo, o molesto). Sin embargo, cuando a continuación se preguntó por su uso, los argumentos a favor disminuyeron y hasta contradijeron los anteriores:

- *“(E- ¿Qué pensás del preservativo?) Bueno, muy bueno. Pero no me gusta a mí. (E- ¿Cuándo hacés el amor con tu pareja, usás forro?) No. Porque me parece mejor sin forro, me parece mejor sin forro.”* (mujer, 16 años)

- *“(E- ¿Qué pensás del preservativo?) Está bien, es una forma para cuidarte y que no te agarres sida. (E- ¿Cuándo hacés el amor con tu pareja, usás forro?) A veces sí, a veces no.”* (mujer, 19 años)

- *“(E- ¿Qué pensás del preservativo?) Lo tendría que usar todo el mundo. Lo tendría que usar todo el mundo porque yo me lo contagié (VIH) por una minita que no me dijo nada. (E- Y si lo tendría que usar todo el mundo, ¿por qué no lo usás?) Yo se lo aclaré a la pibita, y me dijo que no, que no le cabía, pero mirá que yo tengo HIV. No importa. (E- Cuando hacés el amor con tu pareja, ¿usás forro?) No, nunca. Porque a ella no le cabe y a mí tampoco.”* (varón, 17 años)

Al preservativo le atribuyeron las siguientes características: *bueno, incómodo, “no me gusta”, “para cuidarte, quererte”, “es útil, es un placer seguro”, “no te hace sentir bien al 100%, el contacto es menor”*. Fueron recurrentes las frases que, por un lado, muestran el valor que se le da al uso del preservativo como estrategia preventiva pero, al mismo tiempo, indican que es incómodo o molesto, porque se pierde sensibilidad; *“es un mal necesario”, “no me gusta pero hay que usarlo”, “es bueno pero es una cosa incómoda”*.

Se preguntó acerca de los modos de uso y su conocimiento al respecto. A los entrevistados se les dio un preservativo y un pene de madera y luego, se les pidió que colocaran el preservativo, preguntando: *“¿Si tuvieras que explicarle a un chico como se usa un forro, qué le dirías?”*. En un tercio de los casos, la pregunta les resultó difícil de contestar: *“esa es difícil”, “me da vergüenza explicártelo a vos”*.

- *“Se lo dibujaría en un pizarrón, te lo ponés en el pene, ya está. Podés explicárselo, mostrárselo, pero hacés así: dibujándoselo, explicándoselo cuando se lo mostrás.”* (varón, 18 años)

En algunos casos dijeron que no habría que explicar, que usándolo se aprende sin mediación de palabras ni indicaciones.

- *“No sé, que se lo ponga él. (E - ¿Y si no sabe y tiene que aprender?) Y bueno, que aprenda solo, yo aprendí solo. (E - ¿Aprendiste solo?) Sí, a mí nadie me preguntó. Encima acá están todos re-avanzados... (E - ¿Y no le dirías como?) ¡Bah!, si se lo tengo que decir, sí. (E - ¿Y cómo le dirías?) No sé. (E - ¿no sabés?) No.”* (varón, 17 años)

- *“¿Qué le voy a decir?, ¡te lo pones y ya está!”* (varón, 26 años)

- *“Es jodido. No te lo puedo explicar a vos. Yo mismo se lo pongo así ¡pum!. Ponétele así: ¡pum!* (sólo imita el gesto de desenrollar el preservativo sin ninguna otra señalización). ”(varón, 22 años)

En casi la mitad de los casos explicaron cómo se coloca el preservativo, detallando la forma en que se desenrolla y la importancia de dejar un espacio en la punta para el semen. Ninguno refirió a otras precauciones como: no usarlo más de una vez, o de qué modo sacárselo, o que se debe utilizar antes de la penetración. En sus explicaciones, sólo uno mencionó las prácticas sexuales orales. Otros, en lugar de explicar cómo usarlo, señalaban que había que usarlo siempre o indicaban con quién usarlo y con quién no.

- *“Le diría que lo mejor es que use forro. Lo mejor. Por más que la chica no tenga nada, sea inocente, y él tampoco tenga nada. Es lo mejor. No se sabe por más que sea limpia, que tenga una re-casa, que haya un re-lujo, lo mismo tiene que usar forro”.* (mujer, 16 años)

- *“Que siempre lleve el forro por cualquier cosa mejor cuidarse que tener que lamentar.”* (varón, 21 años)

Desde una lectura de género, se puede observar que en las entrevistas de este estudio, varones y mujeres definieron posiciones para ambos, relataron conflictos y expresaron diferencias que se reproducen culturalmente. El tema de las relaciones sexuales y del uso de preservativo pusieron de manifiesto asimetrías y relaciones de poder.

Varios de los discursos excluían a la mujer de las decisiones acerca del uso de preservativo. Se describía la situación como una decisión personal de los varones en la que la mujer no era consultada.

- *“... Últimamente estoy con la chica que vivo y nada más, me entendés, ya hace un par de meses que no estoy con ninguna otra, entendés, entonces no uso (preservativo). (E - ¿Pero cuándo usás drogas?) Pero si estoy re drogado y quiero y me salta el... (E - ¿Te cuidás menos?) Me cuido menos, pero con mi chica. (E - ¿Y con otra mujer?) Con otra mujer: no. Si tengo que ir a comprar una caja de forros, voy a comprar una caja de forros... Porque no me gusta enfermar a nadie, no soy verdugo...”* (varón, 27 años)

En cambio, en otras entrevistas, algunos entrevistados varones expresaron que el uso de preservativo dependía del pedido de la mujer. Se trataba de mujeres que negocian el uso de preservativo como condición para tener relaciones sexuales.

- *“(E - Cuando hacés el amor con tu pareja, ¿usás forro?) Sí, con ella sí. (E - ¿y por qué?) Porque ella me lo exige. (E - Y si no fuera así ¿que harías?) No lo usaría.”* (varón, 36 años)

En contraposición, el uso de métodos anticonceptivos fue referido como una decisión de las mujeres, de la que los varones se desresponsabilizan: *“la mujer se tiene que cuidar, no yo”*; *“creo que ella toma pastillas”*.

También fueron diferentes las actitudes de varones y mujeres a la hora de hablar de sexo. Ante la pregunta: *“Si tuvieras que explicarle a un chico como se usa un forro, ¿qué le dirías?”*, las respuestas y reacciones de las seis mujeres entrevistadas fueron de mayor extrañeza y vergüenza que las de los varones.

Entender al género como una categoría relacional requiere también analizar cómo se construye la masculinidad. En las entrevistas se naturalizó el ideal cultural de la

masculinidad tradicional caracterizado por la potencia sexual y el vigor permanente e ingobernable.

- *“...Y trato ¿viste?”* (de usar preservativo), *pero... es que el hombre es más... calentón, diría yo. Si me apura la situación, no puedo. Y bueno, muero ahí...* (varón, 36 años)

Las desigualdades de género se relacionan con otras desigualdades sociales tales como las de clase y las étnicas. Estas formas diferenciales de distribución del poder tienen relación con los niveles de autonomía y la capacidad de tomar decisiones particularmente entre las mujeres y los jóvenes de sectores pobres (Farmer, 1999). Ello significa una doble posición de subordinación en el caso de las mujeres pobres, y si se considera también la edad como una posición de desigualdad social con respecto al poder y la autonomía, en el caso de los jóvenes pobres sería una triple posición de subordinación.

Bibliografía

- Abric, J.C. "L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique" en: Guimelli, Ch. (Comp.) *Structures et Transformations des Représentations Sociales*. Delachaux et Niestlé S.A., París, 1994.
- Agamben, G. *Lo que queda de Auschwitz*. Ed. Pretextos, Valencia, 1999.
- Agar, M. "How the drug field turned my beard grey" en: *International Journal of Drug Policy*, Vol 13, issue 14, 2002.
- Aguirre Baztán, A. "Etnografía" en: Aguirre Baztán, A. (ed.) *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Editorial Boixareu Universitaria, Barcelona, 1995.
- Arbex, C.; Carron, J.; Comas, D.; García, E.; Hernández, I.; Mowbray, R.; Ongil, D.; Recio, J.L.; Veira, J.L. *La investigación sociológica sobre drogodependencias. Aspectos metodológicos*. Ilustre Colegio de Ciencias Políticas y Sociología y Plan Nacional de Drogas, España, 1991.
- Bértaux, D. "El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades" en: Acuña, Víctor Hugo (Editor) *Historia oral e historias de vida*. Flacso-Costa Rica, San José, 1980.
- Bourgois, P. y Elhaik, T. "Drogas, farmacología y discurso social en Francia. Perspectivas etnográficas" en: *Revista Análisis* N° 4. Editorial GRITO-FIUC y FUNLAM, Medellín, marzo de 2002.
- Cafassi, E. *Olla a presión. Cacerolazos, piquetes y asambleas, sobre fuego argentino*. Libros del Rojas, Buenos Aires, 2002.
- Carlson, R.; Siegal, H. y Falck, R. "Qualitative research methods in drug abuse and AIDS prevention research: An overview" en: Lambert, E.; Ashery, R. y Needle, R. *Qualitative methods in drug abuse and HIV research*. NIDA Research Monograph Series 157, Washington, 1995.
- Carrasco, A. "Estrategias del ser en la construcción de la identidad y trabajo de campo" en: *Terceras Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos*. Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, 7 y 8 de junio de 2001.
- Caruso, L. y Rebón, J. "Diagnóstico ocupacional de la Villa 21-24 de la Ciudad de Buenos Aires" en: *Revista Laboratorio*, Año 3, Número 7. Facultad de Ciencias Sociales / SIMEL, UBA, Buenos Aires, Primavera 2001.
- Castel, R. y Coppel, A. "Los controles de la toxicomanía" en: *Individuos bajo influencia*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1994.
- Consejo Nacional de la Vivienda. *Revista N° 7*. Buenos Aires, setiembre 2002.
- Cook, T.D. y Reichardt, CH.S. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Editorial Morata, Madrid, 1986.
- Córdova, V. *Historias de vida. Una metodología alternativa para Ciencias Sociales*. Fondo Editorial Tropykos, Comisión de Estudios de Postgrado FACES/U.C.V., Caracas, 1990.
- Corporación Programa Caleta Sur. *El trabajo comunitario en sectores populares. Experiencia de Caleta Sur en la Comuna de La Pintana (1981-1998)*. Santiago de Chile, 2000.
- Courtis, C.; de la Fuente, L.; Domínguez, M. "Espacio, discurso y etnicidad: el caso del *barrio coreano*" en: *6to. Encuentro de Geógrafos de América Latina*. Buenos Aires, 17 a 21 de marzo de 1997. <http://isisweb.com.ar/corea.htm>
- De Souza Minayo, M.C. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.

- Denzin, NK. y Lincoln, YS. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, California, 1994.
- Departamento de Epidemiología. *Análisis de situación de salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires – año 2003*. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Diciembre de 2004.
- Dirección de Estadísticas para la Salud. *“Natalidad y Mortalidad por Área Programática – Año 2001”*. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2001.
- Dirección General de Estadística y Censos. “La mortalidad por Sida en la Ciudad de Buenos Aires a partir de la década de los 90” en: *Informe de Resultados* N°19. Secretaría de Hacienda y Finanzas, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Julio de 2002.
- Duchatzky, S. y Corea, C. *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2001.
- Epele, M. y Grimberg, M. “Antropología y Salud Pública. Prevención del VIH y Estrategias de Reducción del Daño” en: *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*. Buenos Aires, 2000.
- Farmer, P. *Infections and Inequalities. The modern plagues*. University of California Press, California, 1999.
- Federación Internacional de Universidades Católicas. *Laboratorio Internacional Universitario de Estudios Sociales*. Documento de proyecto. París, 1999, mimeo.
- Feldman, H.W. y Aldrich, M.R. “The role of ethnography in substance abuse research and public policy: historical precedent and future prospects” en: Lambert, E. *The collection and interpretation of data from hidden populations*. NIDA Research Monograph Series 98, Washington, 1990.
- Gallart, M.A.; Forni, F. y Vasilachis I. *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación. Los fundamentos de las ciencias del hombre*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1992.
- Gasparini, L. “La decadencia distributiva argentina” en: *Observatorio Social* N° 9, mayo 2002. <http://www.observatoriosocial.com.ar/n9-5.pdf>
- Glasser, B. y Strauss, A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine de Gruyter, New York, 1967.
- Goffman, E. *Estigma, la identidad deteriorada*. Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1963.
- Gogna, M. (Coord.); Adaszko, A.; Alonso, V.; Binstock, G.; Fernández, S.; Gogna, M.; Pantelides, E.A.; Portnoy, F.; Zamberlin, N. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES/UNICEF, Buenos Aires, 2005.
- Grimberg, M. “La construcción social del problema VIH-Sida: tensiones conceptuales” en: *Seminario sobre SIDA*. Colección Divulgación, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 1996.
- Guber, R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo editorial Norma, Buenos Aires, 2001.
- Hicks, N. et al. *Poor People in a Rich Country. A poverty report for Argentina*. Report No. 19992-AR. Banco Mundial, 23 de marzo de 2000. Disponible en: <http://wbln0018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/Category/By+Category/138B20E0136061D6852568EB00695995?OpenDocument>
- INFOSIDA “Situación epidemiológica del VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires” en: Publicación de la Coordinación SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2. N° 2. Octubre de 2002.
- Instituto de Vivienda de la Ciudad. *Datos Estadísticos Comparados de Villas, N.H.T. y Barrios*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004. http://www.buenosaires.gov.ar/areas/jef_gabinete/vivienda/estadisticos.pdf

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001*. Ministerio de Economía de la República Argentina. <http://www.indec.mecon.ar/webcenso/index.asp>
- López, A. *Villas de emergencia porteñas durante la convertibilidad. Perfil socio-económico y evoluciones familiares, hogares y población 1991-1998*. Consultora Equis, Buenos Aires, noviembre de 1998.
- Margulis, M.; Urresti, M. y otros. *La segregación negada. Cultura y discriminación social*. Editorial Biblos, Buenos Aires, 1998.
- Parandekar, S.; España, S.; Savanti, M. *El impacto de la crisis en el proceso educativo en Argentina*. Documento de trabajo N° 3/03. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, Buenos Aires, febrero de 2003.
- Pawlowicz, M.; Rossi, D.; Cymerman, P.; Goltzman, P.; Touzé, G. “Cuidado y riesgo en usuarios de cocaína inhalada de Buenos Aires” en: *6to. Congreso Argentino de Sida*. Buenos Aires, 20 al 23 de noviembre de 2003.
- Rebón, J. “Conflicto social y nacionalidad en villas miseria en la Ciudad de Buenos Aires” en: *Congreso Internacional “Desafíos actuales de la comunicación intercultural”*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca, 2002.
- Rhodes, T. *Risk, intervention and change. HIV prevention and drug use*. Health Education Authority, Londres, 1994.
- Rhodes, T.; Fitch, C.; Stimson, G. *SEX-RAR guide: the rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour*. World Health Organization, Ginebra, 2002.
- Romaní, O. “Etnografía y drogas. Discursos y prácticas” en: *Nueva Antropología* N° 52. México, 1997.
- Rossi, D.; Radulich, G.; Martínez Peralta, L.; Sosa Estani, S.; Vila, M.; Vivas, L.; Weissenbacher, M. “Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires” en: CD-rom *Reducción de Daños. Apuntes para la acción*. Editado por Asociación Civil Intercambios y Cooperación Alemana para el Desarrollo, Buenos Aires, 2002.
- Rossi, D.; Rangugni, V. *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Coeditado por Intercambios Asociación Civil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, ONUSIDA y ONUDD, Buenos Aires, 2004.
- Samaja, J. A. *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas, EUDEBA, Buenos Aires, 1993.
- SEDRONAR *Primera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media*. Buenos Aires, 2001. Disponible en: http://www.sedronar.gov.ar/encuestas%20nacionales/ense%20Fianza%20media%202001/encu_naci_est01_1.htm
- Sirvent, M. T. *Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos*. Editorial Miño y Dávila, Buenos Aires, 1999.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) *Informe de Situación Social*. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación, Buenos Aires, septiembre 2002.
- Spink, M. J. *Prácticas discursivas e producao de sentidos no cotidiano. Aproximacoes teóricas e metodológicas*. Cortez Editora, 2da edición, San Pablo, 2000.
- Stimson, G. V.; Fitch, C. y Rhodes, T. (Editores) *Guía para la Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Drogas por Vía Inyectable*. Organización Mundial de la Salud – Programa sobre Abuso de Sustancias, Ginebra, 1998.

Touzé, G.; Rossi, D.; Cymerman, P.; Ereñú, N.; Faraone, S.; Goltzman, P.; Rojas, E.; Vázquez, S. *Prevención del VIH/sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Intercambios, Buenos Aires, 1999.

Trotter, R.T., II; Bowen, A.M.; Potter, J.M.; Jiron, D. “Enfoques etnográficos y análisis de las redes sociales, para la creación de programas de prevención del uso de drogas y de VIH, en usuarios activos” en: Ortiz, A. (ed.) *Las Adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario*. México, DF: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Consejo Nacional contra las Adicciones, 1994.

Uribe, J. y Schwab, N. *El sector salud argentino en medio de la crisis*. Documento de trabajo N° 2/02. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, Buenos Aires, noviembre de 2002.

Verger i Planells, A. *Sistematización de experiencias en América Latina. Una propuesta para el análisis y la recreación de la acción colectiva desde los movimientos sociales*. Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2003. <http://www.alforja.or.cr/sistem/biblio.html>

Wiebel, W. “Identifying and gainig access to hidden populations” en: Lambert, E. *The collection and interpretation of data from hidden populations*. NIDA Research Monograph Series 98, Washington, 1990.

Workgroup Review of Qualitative Research on new Drug Trends, 2002 en: <http://qed.emcdda.eu.int/resources/workgroups/trends/trends.PDF>

Zeballos, J. *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 2003