

Estudios de seroprevalencia de vih/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana



ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA DE VIH Y DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ENTRE USUARIOS DE PASTA BASE, CRACK Y OTRAS DENOMINACIONES DE LA COCAÍNA FUMABLE EN MONTEVIDEO Y SU ÁREA METROPOLITANA

URUGUAY 2013



PROLOGO

A 30 años del inicio de la epidemia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en nuestro país, la presente investigación aporta de manera significativa al conocimiento.

El reconocimiento de la existencia de grupos “vulnerables” frente al VIH es clave para la implementación de estrategias de alcance a poblaciones que suelen ser de difícil acceso en tanto son objeto de discriminación y sufren la consecuente exclusión social. Es así que la epidemia impacta de manera desproporcionada (mayores tasa de prevalencia de VIH) en colectivos “vulnerables” y muchas veces vulnerados en su condición de sujetos de Derecho.

Hasta el momento, las investigaciones nacionales han aportado evidencia que permiten el reconocimiento de grupos o colectivos vulnerables entre hombres que tienen sexo con hombres, trans femeninas, trabajadores/as sexuales, población privada de libertad, usuarios de drogas.

Sin embargo la evidencia requiere ser actualizada periódicamente para comprender la dinámica cambiante de la epidemia. Específicamente en lo que se refiere a poblaciones con consumo problemático de drogas, se cuenta con una investigación que data de los años 2003 y 2004 en usuarios de cocaína inyectable e inhalada, donde se encontraron prevalencias de VIH de 18.5% y 9.5% respectivamente.

El impacto del consumo problemático de pasta base de cocaína (PBC) reconocido en los últimos años, afectando mayormente a poblaciones en situación de elevada vulnerabilidad social, alertó sobre la necesidad de conocer en profundidad como éste influye en las prácticas y actitudes de los consumidores frente a las infecciones de transmisión sexual y en la prevalencia de VIH en esta población.

La investigación que aquí se presenta aporta valiosa información estratégica que apoya la implementación de intervenciones específicas. Su planificación, seguimiento y evaluación con la participación conjunta de la Secretaría Nacional de Drogas, el Ministerio de Salud Pública, la CONASIDA, el Equipo Conjunto de Naciones Unidas y un equipo de investigadores altamente calificados, ha creado las condiciones necesarias para generar de evidencia científica de calidad.

Sin dudas el principal desafío que surge es generar las condiciones que contribuyan a cambiar sustancialmente los determinantes de vulnerabilidad social de las poblaciones representadas en este colectivo, tarea que demanda de esfuerzos articulados y sinérgicos intersectoriales.

En el ámbito de la salud, apostar a la sensibilización y calificación de los equipos de salud para brindar una atención de calidad, inclusiva y sin discriminación son estrategias imprescindibles para que los usuarios/as encuentren un ámbito confiable y de respeto para su acercamiento e inclusión en la atención.

Queda por delante el compromiso de fortalecer políticas intersectoriales de promoción, prevención y reducción de daños en pro del ejercicio pleno Derechos de la ciudadanía toda sin exclusiones.

DRA. SUSANA CABRERA

Responsable del Programa ITS-VIH/Sida

Área de SSyR. DPES. DIGESA

Ministerio de Salud Pública

PROF. DR. LEONEL BRIOZZO

Subsecretario del Ministerio de Salud Pública

Presidente de la CONASIDA

INTRODUCCION

En el país, pero mayormente en Montevideo, el segmento de población de mayor riesgo para el uso problemático de pasta base de cocaína (PBC) es el de las personas jóvenes, mayoritariamente hombres, en condiciones de alta vulnerabilidad social. La gran rapidez con la cual se instala la dependencia y la fuerte repercusión biopsicosocial en sus consumidores y su entorno, lo costoso que resulta el mantenimiento del consumo, y el bajo activo social y familiar de estas personas genera una problemática compleja a la cual - luego de más de 10 años de presencia de la sustancia en Uruguay- no se le han encontrado alternativas socio-sanitarias que den cuenta de ella de forma tal de reducir los riesgos y daños que su uso ocasiona en las personas, en sus entornos familiares y sociales, en la sociedad toda.

Uno de los mayores problemas para el avance del conocimiento, es decir, para la producción de evidencia científica que oriente la toma de decisiones, está vinculado a la dificultad de obtener datos precisos y confiables sobre la magnitud, distribución, prácticas y patrones de consumos, regularidades respecto a la oferta y demanda de esta sustancia. Los métodos tradicionales de recolección de datos presentan serias limitaciones para la captación de este fenómeno que transcurre en un trasfondo social sancionado moralmente y estigmatizado por las sombras de ilegalidades varias, en una población que por sus características es difícilmente alcanzable para los métodos convencionales de investigación.

En ese sentido, la Secretaría Nacional de Drogas y especialmente el Observatorio Uruguayo de Drogas vieron como una gran oportunidad la participación en este estudio liderado por el Comité Técnico integrado por el Programa de ITS/VIH-Sida del MSP, la JND y el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida en Uruguay y CONASIDA, ya que planteaba abordar a este segmento de la población con una metodología adecuada a tales fines.

El fenómeno del consumo de drogas es complejo, diverso y cambiante. Eso implica que el abordaje de sus usos problemáticos tiene que contemplar esta dinámica. La necesidad de evaluar el impacto del uso problemático -tanto de las drogas legales como ilegales- para sustentar y evaluar los pro-

gramas de prevención, de disminución de daños buscando hacer un uso menos riesgoso si es preciso, el diseño de alternativas terapéuticas, así como la identificación de las drogas que se encuentran en el mercado demandan el empleo de estudios permanentes que den cuenta de esta realidad.

El valor agregado de este estudio que se presenta es la obtención de información cuantitativa a través de una metodología especialmente diseñada para poblaciones de difícil acceso (RDS); la que permite además realizar una aproximación a la medición de la magnitud del consumo de PBC, información que hasta este momento no tenía la precisión necesaria.

Se creyó pertinente además, aprovechando la logística de esta investigación, incorporar un estudio etnográfico que a partir de observación y entrevistas en profundidad permitiera obtener una visión integradora y complementaria sobre este segmento de población, lo cual se constituyó en un importante insumo para la discusión de la problemática. Para este estudio etnográfico, implementado desde el Departamento de Antropología Social y el Centro de Estudios Interdisciplinarios latinoamericanos de la Facultad de Humanidades se contó con la valiosa colaboración y auspicio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización Estados Americanos (O.E.A).

Esta publicación es producto de estas investigaciones, que vale destacar fueron llevadas a cabo con un compromiso y profesionalismo destacable por parte de los investigadores que trabajaron en el terreno y de organizaciones sociales de barrio que contribuyeron de manera significativa a hacer posible esta iniciativa. Con mucho entusiasmo se presenta y se pone a disposición para su lectura, desde el convencimiento que sólo desde la evidencia científica surgida de un análisis exhaustivo de todas las variables que intervienen e integrando todos los métodos disponibles es posible alcanzar los mejores resultados.

JULIO CALZADA
Junta Nacional de Drogas

INTRODUCCION

Las personas usuarias de drogas conforman una de las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH debido a una multiplicidad de factores que incrementan su vulnerabilidad. Un mayor conocimiento sobre la eficacia de la transmisión del virus a través del uso compartido de agujas, jeringas y parafernalia relacionada con la inyección de drogas permitió el diseño de intervenciones concretas que posibilitaron que, quienes consumen por esa vía inyectable, accedieran a insumos de prevención específicos así como a diagnósticos, tratamiento y cuidados relacionadas con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual y sanguínea. Sin embargo, este conjunto de intervenciones no alcanza a aquellas personas que usan drogas por vía no inyectable.

Existe clara evidencia de que el uso de drogas por vía no inyectable aumenta el riesgo de transmisión sexual del VIH, lo que ha impulsado el desarrollo del presente estudio exploratorio focalizado en conocer la prevalencia de VIH entre usuarios de drogas así como también las prácticas de consumo y comportamientos sexuales entre consumidores de cocaínas fumables del área metropolitana de Montevideo.

En el marco de los compromisos asumidos por el Estado en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011 a través de la “Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA” se establecieron para el año 2015 diez metas de alto nivel, entre las cuales se destacan dos íntimamente relacionados con las personas que usan drogas, población abordada en

el presente estudio: 1) reducción de la transmisión sexual del VIH; 2) prevención del VIH entre usuarios de drogas.

En este sentido, es una prioridad para ONUSIDA generar información estratégica tanto sobre prevalencia del VIH como datos comportamentales entre las personas usuarias de drogas para poder dirigir las estrategias concretas que permitan alcanzar los objetivos propuestos; es así que, los resultados de esta investigación constituyen una valiosa guía para el diseño de intervenciones que puedan brindar a los usuarios de cocaínas fumables un mejor y mayor acceso tanto a servicios específicos relacionado con el VIH y el uso de drogas en particular como a servicios de salud en general.

Cabe destacar muy especialmente que la realización de la investigación fue posible gracias al aporte financiero de ONUSIDA y a la valiosa contribución del trabajo del Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre Sida en Uruguay a través de la articulación entre UNODC, UNFPA y ONUSIDA, en el marco de la estrategia de UNA ONU (Delivering as One) que se desarrolla en Uruguay.

ALBERTO STELLA
ONUSIDA

SONIA HECKADON
UNFPA

RAFAEL FRANZINI
UNODC

COMITÉ TÉCNICO RESPONSABLE DEL ESTUDIO

Dra. Susana Cabrera

Programa ITS/VIH-Sida

Ministerio de Salud Pública

Soc. Héctor Suarez

Observatorio Uruguayo de Drogas

Junta Nacional de Drogas

Soc. Jessica Ramírez

Observatorio Uruguayo de Drogas

Junta Nacional de Drogas

Lic. Antrop. Marcelo Rossal

Departamento de Antropología Social

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Lic. Carola Lew

UNODC

Dra. Clarisa Brezzo

ONUSIDA

Soc. Juan José Meré

UNFPA

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN – EQUIPOS MORI

Lic. María Julia Acosta

Coordinadora

Lic. Santiago Peyrou

Dr. Faustino Quadros

Psic. Ana Colmegna

Enfra. Reina Brum

Guzmán Sommer

Luisina Castelli

Gastón Díaz

Natalia Lans.

CONSULTOR EN METODOLOGÍA RDS

Dr. Alfonso Silva-Santisteban

Perú

**ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA DE VIH
Y DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
ENTRE USUARIOS DE PASTA BASE, CRACK Y OTRAS
DENOMINACIONES DE LA COCAÍNA FUMABLE
EN MONTEVIDEO Y SU ÁREA METROPOLITANA**

INDICE

1. Presentación.....	12
2. Objetivos.....	13
3. Metodología.....	13
4. Revisión general de las decisiones tomadas en fase formativa.....	15
5. Organización y logística.....	16
6. Sobre la recolección de los datos: cantidad de casos e hitos relevantes.	18
7. Análisis descriptivo: cantidad de casos y evolución de las semillas, caracterización socio demográfica de los usuarios, patrones de consumo de drogas, características del consumo de pasta base, acceso y uso de tratamiento de la dependencia, prácticas sexuales de riesgo, conocimientos, opiniones y actitudes sobre el VIH/SIDA, prevalencia de VIH.	19
8. Comentarios finales	51
9. Bibliografía.....	53
10. Anexo.....	55

1. PRESENTACIÓN

SE PRESENTA EL INFORME correspondiente al estudio Seroprevalencia de VIH en usuarios de cocaínas fumables en Montevideo y área Metropolitana que Equipos MORI¹ realizó para el Observatorio Uruguayo de Drogas, el Ministerio de Salud Pública y el Equipo Conjunto sobre Sida de Naciones Unidas.

El estudio se realizó ante la necesidad de contar con información actualizada sobre prácticas de consumo de drogas, prevalencia de VIH, actitudes y prácticas sexuales entre usuarios de cocaínas fumables residentes en Montevideo y su área metropolitana, información que sirva como insumo para la programación de intervenciones dirigidas a la población de referencia.

Un estudio con las características del que se presenta aporta información relevante sobre usuarios, en este caso usuarios de cocaínas fumables y/o usuarios de drogas inyectables. Se trata de una población para la que existen limitaciones para un abordaje cuantitativo que permita describir sus características socio demográficas, prácticas de consumo de sustancias, prácticas sexuales, acceso a servicios de salud entre otros aspectos de interés. Como se verá más adelante, se decidió utilizar para este estudio una metodología basada en un tipo particular de muestreo (Respondent Driven Sampling – Muestreo dirigido por el entrevistado), la que resulta adecuada pues permite acceder a poblaciones ocultas que no pueden ser estudiadas con las metodologías de muestreo que se utilizan para abordar poblaciones cuyo universo es conocido.

Los usuarios de drogas en general suelen ser objeto de estigma y discriminación. Datos de la Encuesta Mundial de Valores² (2011) muestran que

más del 50% de la población mayor de 18 años residente en localidades de más de 10 mil habitantes del país no quiere como vecinos a personas que consuman drogas, siendo uno de los grupos sociales relevados que tienen mayor rechazo (junto a las personas que consumen alcohol en cantidad y alta frecuencia³). Particularmente los usuarios de cocaínas fumables e usuarios de drogas inyectables se configuran como un colectivo que presenta un grado alto de dependencia y en función de los efectos de la sustancia suelen ser objeto de ciertas asociaciones sociales hacia la conflictividad, la delincuencia, entre otras. En este sentido, la investigación realizada aporta -en base al conocimiento obtenido- información para el debate sobre los estereotipos sociales o creencias asociados a esta población. También muestra la vulnerabilidad social en la que estos usuarios se encuentran cotidianamente y la vulneración de derechos de la que son objetos por ejemplo respecto a lo que refiere el cuidado de su salud, o sobre el derecho a la vivienda. Seguramente muchas de estas situaciones ya eran conocidas por los distintos operadores sociales, pero en función de la metodología utilizada, este estudio permite dimensionar y afirmar con certeza los resultados en tanto que pueden considerarse representativos y generalizables a toda la población de referencia.

Como se mencionó, no todos aquellos usuarios de cocaínas fumables y/o usuarios de drogas inyectables pueden ser alcanzados por las metodologías de muestreo tradicionales y, por ende, los estudios realizados hasta el momento no permiten un conocimiento certero de la realidad epidemiológica de esta población ni la estandarización de los resultados.

A continuación se presenta una fundamentación de la investigación realizada, una descripción general

1. El Equipo de trabajo estuvo conformado por la Lic Ma. Julia Acosta (Coord.), Lic. Santiago Peyrou, Dr. Faustino Quadros, Psic. Ana Colmegna, Enfra. Reina Brum, Guzmán Sommer, Luisina Castelli, Gastón Díaz y Natalia Lans.

2. Realizada por Equipos MORI en el año 2006 y 2011, microdatos disponibles en <http://www.worldvaluessurvey.org/>

3. La encuesta pregunta por “bebedores empedernidos”

de los objetivos, la metodología utilizada, resultados de la fase formativa y las decisiones tomadas oportunamente así como la organización y logística del estudio. Asimismo se presentan algunos aspectos específicos de la recolección de datos en términos de cantidad de casos realizados e hitos relevantes. También se comparte la estimación de

datos descriptivos como por ejemplo caracterización socio demográfica de los usuarios, patrones de consumo de drogas, acceso y uso de servicios de tratamiento de la dependencia de drogas, prácticas sexuales de riesgo, estado y cuidado de la salud, conocimiento, opiniones y actitudes sobre el VIH así como prevalencia de VIH.

2. OBJETIVOS

ESTE ESTUDIO TIENE COMO objetivo determinar la prevalencia de infección por VIH, describir sus características socio demográficas, prácticas sexuales y de consumo de drogas, identificar factores de ries-

go y caracterizar la modalidad de acceso a servicios entre usuarios de pasta base, crack y de otra denominación que tenga la cocaína fumable residentes en Montevideo y su área metropolitana.

3. METODOLOGÍA

LA METODOLOGÍA DE RESPONDENT Driven Sampling (RDS) utilizada en la investigación se ha popularizado en el mundo para medir la prevalencia de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en poblaciones ocultas. RDS viene siendo utilizado por los especialistas en salud pública para mediciones sobre la epidemia de VIH entre usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres (Johnston et al, 2010:784).

El método RDS fue inicialmente propuesto por Douglas D. Heckathorn (1997) como un método para obtener muestras de poblaciones ocultas que ofrecería soluciones a los principales problemas de otros tipos de muestreo conocidos hasta ese momento, como el muestreo de “bola de nieve”, el muestreo por informantes clave y el muestreo dirigido. Los problemas metodológicos que tienen estos muestreos se vinculan a una inadecuada llegada al grupo estudiado cuando se trata de investigaciones con poblaciones ocultas y, por tanto, los resultados no se pueden considerar ni representativos ni

generalizables a toda la población. RDS es un sistema de aproximación tipo cadena de referencias para obtener un tamaño muestral representativo de la población objeto, dado que el reclutamiento se expande a diferentes niveles de profundidad y dentro de redes sociales distintas. Ello permite que la muestra obtenida esté compuesta por un grupo poblacional heterogéneo y extenso. Se basa en los procesos de Markov y en las teorías de redes sociales para crear un modelo matemático capaz de suprimir el sesgo generado por la carencia de aleatoriedad en la selección de algunos individuos iniciales conocidos como semillas mientras el proceso de reclutamiento de individuos progresa (Estrada y Vargas, 2010)

Sintéticamente, en la práctica el método RDS comienza con un pequeño número de participantes (semillas) pertenecientes a la población objetivo, que se selecciona con un muestreo no aleatorio. A las semillas se les entrega un número fijo de cupones para reclutar a sus pares (miembros de la población objetivo). Al presentar los cupones en el local destinado a la encuesta

RDS, la persona reclutada responde la encuesta y se lleva nuevos cupones para continuar convocando a sus pares. De este modo, se obtiene una larga cadena de reclutamiento que abarca a diversos miembros de la población. Para lograr una buena participación, a los participantes se les ofrece un incentivo por completar la encuesta (incentivo primario) y otro por reclutar pares (incentivo secundario). Al aplicar el método de reclutamiento mediante cupones se logran, entre la cuarta y la sexta ola, cadenas de referencia que son suficientemente largas en profundidad como para estabilizar el tamaño y la composición muestral, hasta que se consigue el equilibrio deseado. La situación de equilibrio muestral se logra cuando se alcanza un estado en el cual la variación de la muestra se restringe, independientemente del nuevo número de las que sean incorporadas. Utilizado adecuadamente, este método resulta en una muestra de tipo probabilístico capaz de ponderar variables estadísticas apoyándose en probabilidades de selección basadas en las teorías de redes sociales y en la combinación de diferentes modelos de reclutamiento (Estrada y Vargas, 2010). Los datos se analizan con un software específico como RDSAT, que ajusta por los sesgos relacionados al muestreo (Johnston et al, 2010:784). RDS posee algunas ventajas tales como que produciría muestras que son independientes de los sujetos con los que comienzan, de modo que no importa si la muestra inicial no es aleatoria. Además RDS reduciría el sesgo del voluntarismo (los más cooperativos tienden a participar más) y el enmascaramiento (no referenciar a algunos amigos para “protegerlos”) y ofrece medios para controlar los sesgos que resultan de las diferencias en los tamaños de las redes personales.

Los procedimientos de RDS tienen limitaciones inherentes que fueron inicialmente señaladas por Heckathorn (1997: 180). En primer lugar, como todos los métodos de muestreo basados en las cadenas de referencias, RDS es adecuado solo para obtener muestras de poblaciones que tengan patrones de contacto; las actividades que constituyen la membresía a la población deben crear conexiones entre sus miembros. De modo que RDS no resulta adecuado para muestrear poblaciones ocultas que no

tienen vínculos. En segundo lugar, la población debe ser definida de una manera que pueda verificarse objetivamente, ya que los incentivos pueden motivar a que algunas personas se hagan pasar como miembros de la población para obtener las recompensas ofrecidas.

Todas las actividades de investigación se desarrollaron según las normas de ética que regulan la actividad de la investigación social aplicada (AAPOR Code of Professional Ethics & Practices⁴ y Code of Standard and Ethics for Survey Research). También se consultó para la elaboración del protocolo general así como para la elaboración de los diferentes consentimientos informados la normativa nacional e internacional vigente⁵. Los participantes en el estudio recibían una explicación de los cometidos del mismo y de la fase en particular en la que están participando (fase formativa o implementación). Asimismo se les daba la posibilidad a los participantes de modificar o eliminar en cualquier momento la información brindada. Se los informaba sobre la confidencialidad de la misma, poniendo énfasis en el anonimato de los testimonios y opiniones y se solicitaba la firma del consentimiento informado para la realización de la encuesta y del test rápido así como para la toma de muestra para el examen confirmatorio en el caso que fuera necesario. El cuestionario utilizado fue el establecido en las Encuestas de Comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (CODAR), fueron incluidos los siguientes módulos:

- a) Caracterización del tipo de droga consumida
- b) Datos sociodemográficos
- c) Patrones de consumo de drogas
- d) Acceso y uso de tratamiento de la dependencia
- e) Estado de salud
- f) Acceso y uso de servicios de salud
- g) Prácticas de inyección de riesgo

4. En el espacio de anexos del presente documento –pag. 44 y siguientes- se incluye el Code of Professional Ethics & Practices.

5. Ley N° 18331 Protección de datos Personales y Acción de “Habeas Data”, el Decreto 379/008 y la Declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos aprobada por UNESCO en el año 2003.

- h) Prácticas de consumo por vías no inyectadas y prácticas de tatuaje de riesgo
- i) Estancia en centros de reforma/prisión
- j) Prácticas sexuales de riesgo
- k) Infección por el VIH
- l) Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH y el sida

El cuestionario fue evaluado mediante entrevistas cognitivas. En éstas, se utilizaron un conjunto de técnicas de evaluación cognitiva para conocer de qué forma los encuestados entendían las preguntas y cómo llegaban a las respuestas brindadas. Se buscó identificar en qué etapas del proceso de respuesta podrían generarse potenciales errores de medición. Las entrevistas se segmentaron por tipo de droga consumida y nivel socioeconómico. Las mismas se desarrollaron en las oficinas de Equipos MORI, garantizando la privacidad y tranquilidad, a fin de maximizar la concentración del entrevistado en las tareas cogni-

tivas que se le requerían. La entrevista completa tuvo una duración máxima de 80 minutos, 30 minutos dedicados a los temas generales de RDS en base a una pauta de entrevista acordada con el Equipo Técnico del Proyecto y 50 minutos para la entrevista cognitiva.

Población Objetivo

Para la definición de la población objetivo del estudio se utilizó como referencia los criterios de inclusión establecidos por las Encuestas de Comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (CODAR). Está constituida por personas de entre 18 y 64 años de edad residentes en la Ciudad de Montevideo y su área metropolitana (Ciudad de la Costa, Las Piedras, La Paz, Progreso, Ciudad del Plata) que hayan usado pasta base, crack u otra denominación que tenga la cocaína fumable al menos 25 días durante los seis meses anteriores a la encuesta⁶ y/o se hayan inyectado al menos una vez alguna de esas sustancias en el mismo período de tiempo.

4. REVISIÓN GENERAL DE LAS DECISIONES TOMADAS EN LA FASE FORMATIVA

LA FASE FORMATIVA ES un componente esencial en el diseño de un estudio con metodología RDS. Tiene por finalidad explorar algunos temas centrales para implementar las etapas siguientes del proyecto y programar las actividades.

El desarrollo de un estudio con metodología RDS se basa en la aceptabilidad que tenga para la población objetivo lo cual fue evaluado en la fase formativa incluyendo aspectos tales como la influencia que pueden ejercer en la participación las normas sociales y legales acerca de consumo de drogas, el nivel de confianza que puede tener la población objetivo en que se mantendrá la confidencialidad, así como la confianza en la institución que lleva a cabo la encuesta.

En este estudio la fase formativa consistió básicamente en entrevistas en profundidad con informan-

tes calificados de organizaciones que trabajan con la población usuaria de cocaína y pasta base (5), entrevistas con familiares de usuarios de cocaína y pasta base (2), entrevistas con usuarios de pasta base y de cocaína (2) y grupos de discusión entre usuarios de cocaína y pasta base (2). Se generó información de utilidad que permitió tomar algunas decisiones de forma conjunta con el equipo técnico del proyecto. Además de la selección de las semillas la investigación formativa tiene por objetivos evaluar las propiedades de la red social, la aceptabilidad de RDS para la población objetivo y la logística de la encuesta. Por otra parte, la fase formativa permite comenzar a dar difusión al estudio. La exploración de la red social es fundamental

6. Equivale al menos una vez por semana en los últimos 6 meses.

para determinar si un reclutamiento como el que implica RDS es apropiado para la población objetivo. En relación a las propiedades de la red se indagaron los tipos de vínculos que hay en el grupo, la existencia de subgrupos y cuán aislados se encuentran, buscando detectar los “puentes” que aseguren las conexiones entre grupos. Para la población objetivo de esta investigación se abordaron las conexiones entre los distintos tipos de usuarios según el tipo de droga consumida, los vínculos entre distintos rangos de edad y entre distintas áreas geográficas.

En este sentido uno de los insumos más importantes obtenidos de la fase formativa estuvo vinculado a la generación de información que permitió tomar la decisión de realizar un recorte en la población objeto de estudio acotándolo a los usuarios de cocaínas fumables (pasta base, crack y de otra denominación que tenga la cocaína fumable residentes

en Montevideo y su área metropolitana). Asimismo permitió establecer la zona donde debía estar ubicado el lugar para convocar a los usuarios de drogas y realizar las encuestas. También se indagó sobre la receptividad de los incentivos propuestos para la participación en el estudio. Los incentivos son un aspecto importante en esta metodología. Uno de los supuestos del RDS es que las personas actúan por incentivos, que en este caso tiene que ser doble. Si solo se trabaja con un incentivo primario los individuos toman su propia decisión sobre cooperar o no, pero si se agrega un incentivo secundario que motiva a reclutar a otros individuos se añade una influencia del par que favorece el proceso de muestreo (se evita que recluten sólo los más cooperadores). En este caso además de los beneficios de participar de un estudio de salud, se retribuyó a los usuarios encuestados por su tiempo con un ticket alimentación.

5. ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA

LA IMPLEMENTACIÓN DEL ESTUDIO supuso la identificación del local en la zona indicada en la fase formativa donde realizar la investigación. También supuso la conformación del equipo que trabajaría en el mismo, la coordinación con la contraparte técnica para la búsqueda de materiales (folletería), con el Ministerio de Salud Pública (test rápidos de VIH, preservativos) y en particular con el Laboratorio donde se realizan las técnicas confirmatorias de diagnóstico de VIH. Este último punto implicó reuniones de coordinación con la Dirección del Laboratorio, la socialización del proyecto de investigación (el cual incluye lógicamente el protocolo de extracción) el armado de protocolos de entrega y el acuerdo sobre el mismo. Las muestras de sangre para la realización del test confirmatorio fueron trasladadas hasta el laboratorio por Equipos MORI según los protocolos previamente acordados. Adicionalmente también se coordinó la entrega de los materiales de descarte en la Policlínica Parque Bellan lo cual fue facilitado por el Programa de ITS-

VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública. También se debió coordinar con la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República para la derivación de casos por parte de nuestro médico en conjunto con la contraparte del MSP. Asimismo se gestionó la aprobación del Proyecto de Investigación por parte de la Dirección General de la Salud, (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública.

El centro de recepción fue ubicado en el Club de Pesca Belvedere de la Ciudad de Montevideo y funcionó de lunes a sábado en horario de la tarde. El equipo que trabajó en el local estuvo integrado por un recepcionista/encargado del local, una encuestadora, una enfermera/consejera, supervisada por un médico. De forma sintética la estadía de los usuarios en el local suponía una recepción donde se le solicitaba el cupón al potencial participante, se realizaba el registro en la planilla elaborada para tal fin y presentaba la investigación para que luego la encuestadora verificara la elegibilidad como parte de la población

objetivo, presentara el consentimiento informado para su firma por parte del participante y aplicara la encuesta. Una vez finalizada la encuesta médico y enfermera procedían a realizar la consejería, aplicar el test y en base al resultado se volvía a realizar una consejería y se impartían las instrucciones para obtener los resultados del confirmatorio si el test había resultado reactivo. También en esta instancia se entregaban los preservativos y el material de información impreso. Cuando esta etapa había llegado a su fin, el usuario nuevamente volvía a la recepción, se le explicaba el procedimiento de reclutamiento de pares y se entregaban los cupones. También se le entregaba en ese momento el incentivo primario, y una vez que los referidos participaban del estudio era la persona responsable de recibir a los entrevistados quien entregaba los incentivos secundarios.

Si bien al inicio del trabajo de campo existieron algunos problemas vinculados a la excesiva afluencia de participantes y la gestión del local, en los días siguientes este aspecto se fue mejorando a partir de agendar días y horarios para la participación así como facilitar espacios para la permanencia de los participantes dentro del local. Es importante destacar el efecto positivo que tuvo la visita de la contraparte técnica del proyecto por la Junta Nacional de Drogas al local y la visita del Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas a la Comisión Directiva del Club. El reconocimiento efectuado en estos actos operó positivamente en la predisposición de los integrantes y resultó de mucha ayuda para la gestión cotidiana del local por parte del equipo que trabajó allí.

Una vez se comenzó a agendar a los participantes aumentó la productividad diaria del equipo, realizándose en promedio entre 8 y 9 entrevistas diarias. Durante todo el trabajo de campo solo hubo 2 días en los que no se presentó ningún usuario agendado al local. Se llevó una planilla de registro diaria que consta de los siguientes campos: fecha, cantidad de casos validos, encuestas realizadas, test realizados, casos de extracción de sangre, código RDS, numero de cupón referido y entregados, y observaciones.

Un aspecto muy importante de la investigación es su componente de Consejería. Se pudo observar la valoración de la que fue objeto por parte de los usuarios quienes declararon sentirse tratados de buena forma, escuchados y contenidos, incluso en las situaciones en las que se les ha comunicado que el test rápido dio reactivo. En algunos casos han vuelto al local a contar que han iniciado el tratamiento. Dadas las características y las historias de vida de los usuarios que participaron la Consejería implementada se fue adaptando a esta realidad.

Otro aspecto interesante tiene que ver con los incentivos. Además de los incentivos económicos también resultaba de interés en sí mismo el resultado del test de VIH, siendo éste uno de los motivos de la participación para algunos de los asistentes.

Quizás una de las lecciones de la experiencia para el estudio de estas poblaciones sea la de generar un espacio de escucha y diálogo sin imposiciones. En algunos grupos de usuarios más jóvenes se podía notar una primera forma de contacto que buscaba “impresionar” (por ejemplo mostrando un precinto que suele usarse para atar las manos y realizar copamientos), esa forma de relacionamiento lograba ser revertida al no mostrar asombro ante lo que se decía.

6. SOBRE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS: CANTIDAD DE CASOS E HITOS RELEVANTES.

EN TOTAL PARTICIPARON 327 personas, tal como puede verse en la tabla a continuación. Un aspecto importante cuando se utiliza RDS es estar alerta a posibles situaciones en las cuales los participantes traten de burlar el sistema de forma de obtener el incentivo económico no siendo parte de la población objetivo o participando en más de una oportunidad. Se identificaron 4 situaciones de este tipo, 3 no fueron incluidos en el estudio y 1 fue excluido al identificar su doble participación.

Por último, el equipo técnico decidió no incluir en el análisis 7 casos que si bien habían declarado consumir pasta base, crack o cocaína fumada (Pregunta AC4 del cuestionario) en los últimos 6 meses durante más de 25 días o haberse inyectado en los últimos 6 meses, cuando se consultaba por la frecuencia de consumo en los últimos 12 meses de cualquiera de estas sustancias se mencionaba la categoría “Una sola vez”.

La cantidad de entrevistas obtenida estuvo basada en dos semillas que corresponden a Montevideo. Las mismas tuvieron un comportamiento diferencial siendo la semilla 1 bastante más prolífera que la semilla 2. Habiéndose alcanzado 177 casos se optó por no dar más cupones para reclutar a sus pares a las personas agendadas que estuviera referenciadas por la semilla 1 así como maximizar los esfuerzos para plantar más semillas. En ese sentido se implementaron distintas estrategias para la identificación de semillas que tuvieron éxito diverso. Las estrategias implementadas estuvieron vinculadas a:

1. A partir de un ofrecimiento de la Junta Nacional de Drogas de poder contactar a los equipos técnicos de las zonas donde trabaja el Programa Aleros, explicarles el proyecto y solicitarles semillas.
2. En esa misma instancia también se accedió a un contacto con la Puerta de Entrada de los Refugios del Ministerio de Desarrollo Social.
3. Búsqueda particular de Equipos MORI (supuso consultar a personas diversas sobre la posibilidad de contactar a usuarios potenciales semillas)

Los resultados vinculados a la estrategia 1 no fueron exitosas fundamentalmente por la resistencia de los equipos técnicos dado que percibían que el incentivo económico podía ser un factor de riesgo para el consumo y además el tener que ponerse en contacto con la red de usuarios de referencia para repartir los cupones y sensibilizarlos con la investigación podría ejercer una influencia negativa en el proceso terapéutico. No obstante, hubo un equipo técnico que sí proporcionó una potencial semilla que contactamos pero comenzó a trabajar y se excusó que no tenía horarios libres para ir y ser entrevistado, en todo caso tampoco se pudo explorar efectivamente la red del contacto por lo que tampoco se sabe a ciencia cierta que fuese una semilla.

Respecto a la estrategia 2 el perfil de los contactos brindados no era el de una semilla- es decir que estuvieran bien conectadas y socialmente activas dentro de la población objetivo y dentro de subgrupos específicos, con capacidad de explicar a otros el objetivo del estudio y lo que se espera de los participantes y que estuvieran motivadas en función de estar de acuerdo con los objetivos del estudio y bien dispuestas a promoverlo. Adicionalmente también se encontró que funcionaban en círculos de redes de tres, cuatro personas de la calle.

Sobre la estrategia 3 y sus resultados se obtuvieron dos contactos (uno de Canelones y otro de Montevideo) pero que en ningún caso se pudo evaluar su viabilidad como semillas.

Casos realizados	Casos finales válidos	Cupones entregados	Cupones que no concurrieron
326	318	627	299

7. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

SE PRESENTAN LOS RESULTADOS analizados a través del Programa RDSAT, programa específico para procesamiento de datos obtenidos con metodología RDS. Este programa ajusta el sesgo ligado a los diversos patrones de reclutamiento y al tamaño de la red social de cada participante a la vez que permite calcular estimados poblacionales en base a los datos obtenidos en la muestra. El RDSAT sopesa y ajusta los datos a partir de su peso proporcional, tomando como base los patrones de reclutamiento de cada participante (por el código de los cupones) y el tamaño de la red social del reclutado (en este caso número de conocidos de cada participante mayores de 18 años que vivan en la ciudad y con los cuales haya tenido contacto en los últimos seis meses). Estos valores permiten derivar pesos proporcionales y calcular la performance de cada variable. Además, el RDSAT permite calcular medias y proporciones no ajustadas, genera estimados poblacionales e intervalos de confianza, determina valores de homofilia⁷, de equilibrio muestral y estima promedios de tamaño de redes. El RDSAT es una herramienta imprescindible para el análisis estadístico, dado que si no se realiza el método no se puede considerar satisfactorio y los datos obtenidos dentro de la investigación no son representativos. (Vargas, 2010).

En un primer apartado se presenta la cantidad de casos y la evolución de las semillas a lo largo del trabajo de campo. Luego se realiza un análisis de la situación socio demográfica de los usuarios de cocaínas fumables, de los patrones de consumo de drogas, de las características del consumo de pasta base, del acceso y uso de tratamiento de la dependencia, de las prácticas sexuales de riesgo, de sus conocimientos, opiniones y actitudes sobre

el VIH/SIDA. Finalmente se informa sobre la prevalencia de VIH en el total de la población aquí considerada y su presencia en segmentos particulares del conjunto de éstos.

Cantidad de casos y evolución de las semillas

Al finalizar el estudio se obtuvieron 318 casos válidos para el análisis, a los que se les realizó la encuesta y el test rápido de VIH. El 78% de los casos pertenecen a la red generada a partir de la semilla n° 1, y el restante 22% de los casos (sin ponderar) pertenecen a la red de la semilla n° 2.

La red de la semilla n° 1 ha tenido un gran desarrollo

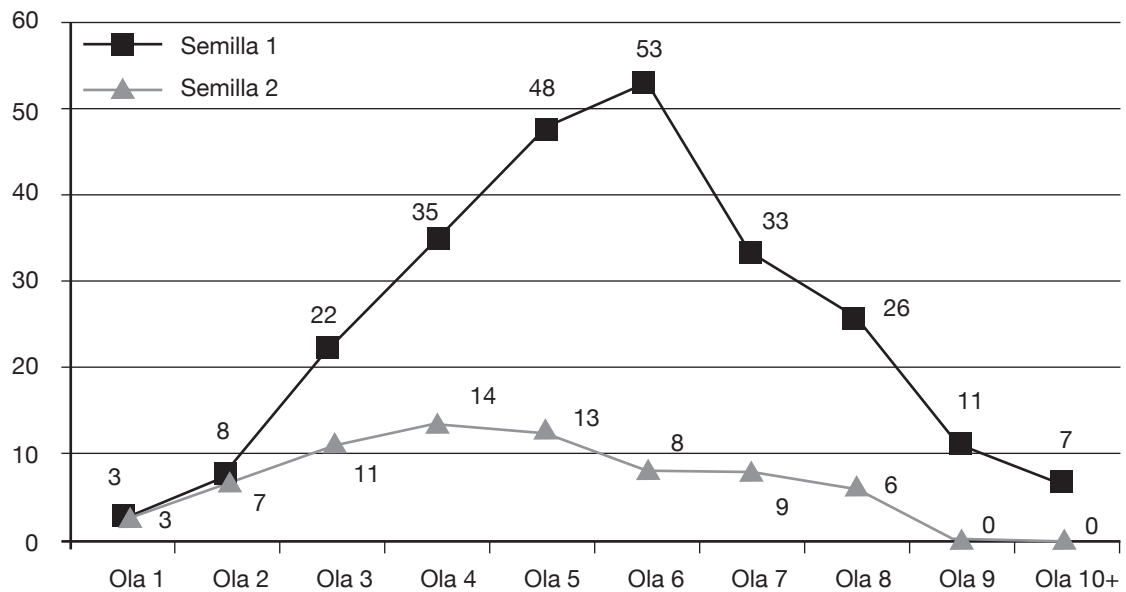
	Casos Válidos	%
Semilla 1	247	78%
Semilla 2	71	22%
Total	318	100%

debido a su ritmo de crecimiento, y alcanzó a cubrir más de 10 olas. Esto significa que los últimos encuestados de esa red se encontraban separados de la semilla de origen por más de 10 contactos. Por su parte, la red de la semilla n° 2 no logró tener tan buen desarrollo, alcanzando hasta la ola n° 8.

Este aspecto es importante porque tal como se especificó anteriormente, según los teoremas en los que se sustenta esta metodología, al aplicar el método de reclutamiento mediante cupones se logran, entre la cuarta y la sexta ola, cadenas de referencia que son suficientemente largas en profundidad como para estabilizar el tamaño y la composición muestral, hasta que se consigue una muestra equilibrada, compuesta por reclutados con diferentes características entre sí que reflejen las variabilidad de la población estudiada.

7. Se entiende por homofilia a la tendencia de los participantes de reclutar dentro del propio grupo de pertenencia. El índice de homofilia específica la extensión de los vínculos dentro del grupo de pertenencia. El grado de homofilia se expresa con un valor comprendido entre -1 y 1. El valor -1 equivale a una condición en la cual todos reclutan participantes con características distintas a las propias, mientras que el valor 1 significa que todos los individuos reclutan personas con las mismas propiedades. El cero equivale al punto en el que los reclutados contactan individuos al azar.

EVOLUCIÓN DE LAS SEMILLAS SEGÚN OLAS



Caracterización Socio-demográfica de los Usuarios

El perfil de la población participante en el estudio refleja una población joven y altamente masculinizada: el 89.3% son hombres y la edad promedio es de 29 años. Se destaca que la amplia mayoría de los participantes (prácticamente el 79.3%) tiene entre 18 y 35 años de edad. (Tablas 2 y 3).

Cuando se analiza la distribución de la población participante según zona de residencia habitual se observa que las redes han tenido un desarrollo importante a nivel territorial, aunque mayoritariamente

se concentran en las zonas oeste y nor-oeste de Montevideo. Un aspecto interesante es que al comparar este mapa que surge de la distribución de la zona de residencia con el mapa de consumo de pasta base según secciones censales generado por el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Junta Nacional de Drogas en base a la 5ta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas (2011), se observa una distribución similar. (Tabla 5).

Por otra parte, el nivel educativo de los participantes en el estudio muestra que casi el 64% de ellos sólo tiene educación primaria y apenas el 5.9% cursó segundo ciclo de Secundaria. (Tabla 4).

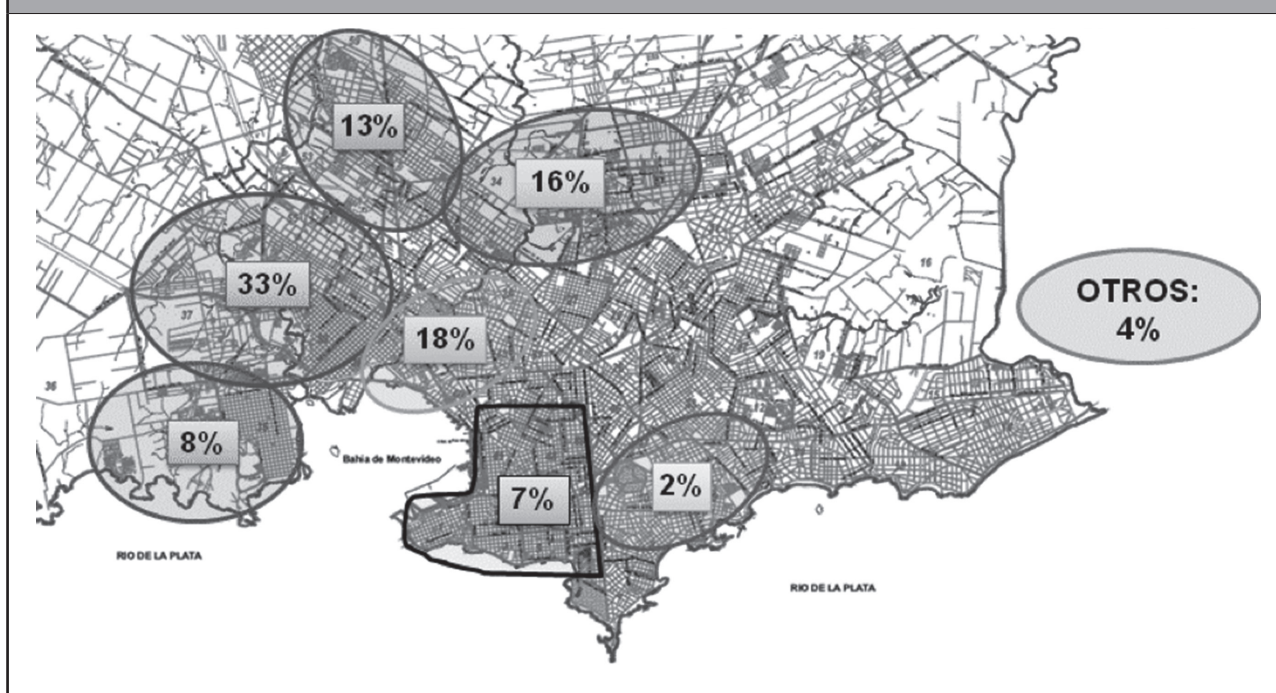
TABLA 2: ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEXO EN LA POBLACIÓN USUARIA DE COCAÍNAS FUMABLES EN MONTEVIDEO AÑO 2012

Sexo	Estimación	Intervalo de Confianza	
Hombre	89.3%	82.4%	93.9%
Mujer	10.7%	6.1%	17.6%

TABLA 3: ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN LA POBLACIÓN USUARIA DE COCAÍNAS FUMABLES EN MONTEVIDEO, AÑO 2012

Edad	Estimacion	Intervalo de Confianza	
18 a 25 años	41.5%	32.4%	50.2%
26 a 35 años	37.8%	30.9%	47.6%
36 a 45 años	17.1%	10.8%	24.2%
46 a 64 años	3.6%	0.9%	4.3%

MAPA DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE ZONA DE RESIDENCIA DE POBLACIÓN USUARIA DE COCAÍNAS FUMABLES EN MONTEVIDEO AÑO 2012



Al comparar los datos anteriores con la información proveniente del Censo 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y de la Encuesta Continua de Hogares 2011 de la misma institución, correspondientes a la población general de Montevideo en el mismo tramo de edad se puede observar la especificidad del perfil de los usuarios así como la brecha existente en términos educativos, ratificándose la marcada presencia de usuarios con un nivel educativo menos avanzado que el de la población general, tal como puede verse a continuación. (Tabla 6).

En cuanto a las fuentes de ingresos de los usuarios, el 78% de los participantes declara haber tenido al-

gún trabajo informal o cambia en el último año, y esa es la principal fuente de ingresos para el 26% de los usuarios encuestados. La segunda fuente de ingresos declarada está relacionada a tareas específicas como recolección y clasificación de residuos, lo cual también resulta indicativo de la precariedad laboral en la que se encuentran.

Cuando se analizan todas las fuentes de ingreso declaradas en el último año se observa que el 24% de los participantes menciona el robo o hurto, 10% menciona la venta de drogas, y 13% el trabajo sexual. (Tabla 7A).

Si se considera exclusivamente la fuente principal de ingresos de los participantes en el estudio el robo o

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN ESTIMADA DE LA VARIABLE NIVEL EDUCATIVO ENTRE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES EN MONTEVIDEO, AÑO 2012

Nivel educativo	Estimacion	Intervalo de Confianza	
Primaria incompleta / Sin Instruccion	30.9%	24.6%	40.5%
Primaria completa aprobada	32.8%	25.6%	41.2%
Ciclo Básico de Secundaria o UTU incompleto	21.1%	14.2%	26.9%
Ciclo Básico de Secundaria o UTU completo	8.7%	3.9%	12.1%
Segundo Ciclo de Secundaria o UTU incompleto	5.6%	2.0%	11.2%
Segundo Ciclo de Secundaria o UTU completo	0.3%	0.0%	0.4%
Universidad incompleta	0.1%	0.0%	0.3%
Universidad completa	0.1%	0.0%	0.3%
Otros estudios terciarios incompletos	0.1%		
Otros estudios terciarios completos	0.1%	0.0%	0.4%

TABLA 5: COMPARACIÓN PERFIL DE SEXO Y EDAD DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES Y POBLACIÓN GENERAL

Sexo y Edad	CENSO 2011 - Personas 18-64 años Montevideo	Usuarios de Cocaína Fumable 18-64 años
Hombre	47.4%	89.3%
Mujer	52.6%	10.7%
Total	100.0%	100.0%
18 a 25 años	20.9%	41.5%
26 a 35 años	24.3%	37.8%
36 a 45 años	20.4%	17.1%
46 a 64 años	34.4%	3.6%
Total	100.0%	100.0%
	Fuente: INE	

TABLA 6: COMPARACIÓN PERFIL DE NIVEL EDUCATIVO DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES Y POBLACIÓN GENERAL		
Nivel Educativo máximo alcanzado	ECH 2011 - Personas 18-64 años Montevideo	Usuarios de Cocaína Fumable 18-64 años
Primaria / Sin Instrucción	20.9%	63.7%
Ciclo básico Secundaria/UTU	22.2%	29.8%
Bachillerato Secundaria/UTU	30.6%	5.9%
Terciario	28.9%	0.4%
Total	100.0% Fuente: INE	100.0%

hurto es mencionada por el 8%, mientras que tanto el trabajo sexual como la venta de drogas alcanzan al 4% de los participantes.

Sin embargo, parece importante destacar que aproximadamente 1 de cada 5 usuarios participantes del estudio tuvo ingresos por un trabajo formal, lo que marca que hay una parte de estos usuarios que tiene un mayor grado de integración social.

Al mismo tiempo, se destacan algunas diferencias relevantes según género en cuanto a la fuente de ingreso principal: entre las mujeres las principales fuentes de ingreso mencionadas son la “Asistencia Pública o beneficencia” y el “Pedido de limosna”. (Tabla 7B).

Otro indicador que muestra claramente la compleja problemática de los usuarios que participan del estudio tiene que ver con su situación habitacional: el 27% de los participantes vivió la mayor parte del último año en la calle, 4.8% vive en refugios para indigentes y otro 4.6% en ranchos o viviendas precarias. La información vinculada a los usuarios que declaran vivir en la calle adquiere mayor relevancia aún si se considera que en el año 2011 el Ministerio de Desarrollo Social conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística, realizó un censo y conteo de personas en situación de calle, y estimó para Montevideo unas 1.100 personas en esta condición, de estas 670 pernoctan en refugios y el resto lo hacen en la calle⁸.

Por otra parte, casi la mitad de los entrevistados, el 44%, vive en casa de sus padres u otros familiares o

amigos (en particular los jóvenes entre 18 y 25 años), y sólo 12,3% vive en una vivienda propia o alquilada. (Tabla 8). Asimismo se destaca que la mayor parte de los usuarios ha vivido con otras personas la mayor parte del tiempo en el último año, todas con un relativo nivel de cercanía, el 33.2% declara que vivió con otros familiares, el 32.9% con su padre, madre o tutor, el 21.3% con su pareja sexual o esposo/a. Con amigos viven un 9.6% y un 18.5% declara haber vivido solo.

Por otra parte, se destaca que aproximadamente 1 de cada 4 usuarios de drogas de alto riesgo participantes en el estudio estuvo en un centro de internación para menores (Tabla 9), y 1 de cada 3 estuvo alguna vez en prisión. (Tablas 10 y 11).

En términos de género podemos observar diferencias relevantes entre hombres y mujeres en estos aspectos: mientras que entre los hombres el 25% reconoce haber estado alguna vez en centros de reforma o internamiento para menores por cometer delitos y el 36% declara haber estado en prisión, entre las mujeres esas conductas alcanzan al 11% y 10% respectivamente.

Cuando se analizan estos datos según la edad de los usuarios puede observarse que el porcentaje de usuarios que estuvo en centros de internación para menores de edad crece entre los más jóvenes, particularmente en el grupo de 18 a 24 años. Sin embargo, en los grupos de edad intermedia (entre 25 y 39 años) crece el que ha estado alguna vez en prisión, alcanzando a cerca de la mitad de los usuarios aquí considerados en esos tramos de edad. (Gráfico 1).

8 <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=13715&site=1&channel=innova.net>

TABLA 7A: ESTIMACIÓN DE LAS FUENTES DE INGRESO DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO, AÑO 2012		
Fuentes de ingresos en los últimos 12 meses	Todas	Principal
Trabajo sin contrato formal, trabajos temporales o changas	78%	26%
Recolectar latas, cartones, buscar en basuras, limpiar parabrisas o similar	43%	15%
Ingresos de pareja, amigos o familia	30%	8%
Pedir limosna, mendigar	30%	7%
Robo, hurto	24%	8%
Trabajo con contrato formal (medio tiempo o completo)	22%	14%
Venta ambulante (calle, buses)	20%	6%
Relaciones sexuales por dinero	13%	4%
Asistencia Pública, beneficencia o similar	13%	3%
Venta de drogas	10%	4%
Seguro de desempleo	2%	0%
Otros	6%	3%
No sabe		2%
n	318	318

TABLA 7B: ESTIMACIÓN DE LA FUENTE DE INGRESO PRINCIPAL DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO SEGÚN GÉNERO, AÑO 2012		
	Hombre	Mujer
Trabajo sin contrato formal, trabajos temporales	26%	9%
Trabajo con contrato formal (medio tiempo o completo)	15%	--
Recolectar latas, cartones, buscar en basuras, limpiar parabrisas o similar	16%	11%
Ingresos de pareja, amigos o familia	8%	6%
Pedir limosna, mendigar	7%	19%
Robo, hurto	8%	3%
Venta ambulante (calle, buses)	6%	1%
Relaciones sexuales por dinero	4%	8%
Asistencia Pública, beneficencia o similar	1%	31%
Venta de drogas	3%	5%
Seguro de desempleo	0%	--
Otro	5%	8%
No sabe	2%	1%
TOTAL	100%	100%

TABLA 8: ESTIMACIÓN DE LA SITUACIÓN HABITACIONAL DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO, AÑO 2012			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Casa, piso o apartamento de sus padres, parientes, amigos	44.0%	33.9%	52.8%
Casa o apartamento propio (o de su pareja) no rentado	12.3%	6.8%	17.6%
Cuarto, recámara rentado en hotel, pensión o residencia	0.8%	0.1%	1.7%
Casa, piso, apartamento, rentado por el/ella (o su pareja)	1.5%	0.4%	3.0%
En la calle (parque, estación de tren o autobús, puente, terreno baldío) casa o auto abandonado, sin techo (homeless)	27.0%	19.1%	35.9%
En refugio, albergue, dormitorio o casa para indigentes o necesitados	4.8%	0.4%	12.5%
Rancho, choza, carpa, chabola, vivienda de desecho u otro recinto provisional o permanente sin agua corriente ni alcantarillado	4.6%	2.0%	8.7%
En la cárcel o en centro de reforma para menores	0.6%	0.0%	1.4%
Otro	4.1%	0.7%	8.7%

TABLA 9: ESTIMACIÓN DE LAS PERSONAS CON LAS QUE HAN VIVIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN EL ÚLTIMO AÑO LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO, AÑO 2012			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Otros familiares, no parejas sexuales	33.2%	23.8%	43.4%
Padre, madre o tutor	32.9%	25.1%	43.6%
Pareja sexual o esposo/a	21.3%	13.9%	27.8%
Hijos/as (biológicos o adoptados, propios o no)	18.8%	10.6%	26.1%
Ha vivido solo/a	18.5%	10.4%	24.7%
Amigos/as	9.6%	4.9%	16.0%
Otras personas	11.2%	5.9%	15.4%
No quiere responder	6.9%	0.0%	8.9%

TABLA 10. ESTIMACIÓN PROPORCIÓN DE USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO INGRESADOS ALGUNA VEZ EN CENTROS DE REFORMA O INTERNAMIENTO PARA MENORES POR COMETER DELITOS COMO POR EJEMPLO EL INAU, O EN CENTROS DE ACOGIDA PARA HUÉRFANOS, AÑO 2012.

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Si	25.1%	18.3%	33.3%
No	74.9%	66.7%	81.7%

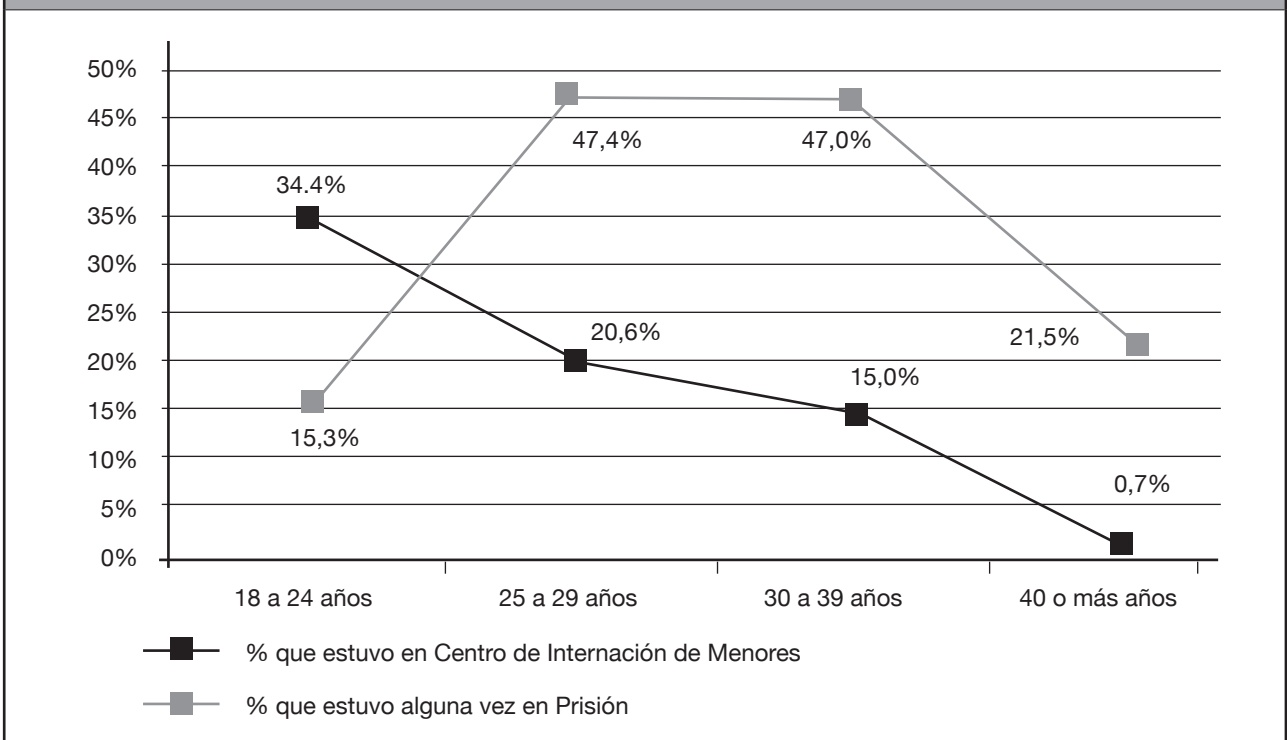
Base: total de participantes (318)

TABLA 11. ESTIMACIÓN PROPORCIÓN DE USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO INGRESADOS ALGUNA VEZ A PRISIÓN, AÑO 2012

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Si	34.0%	25.0%	41.5%
No	65.4%	58.1%	74.6%
No quiere contestar	0.6%	0.0%	1.1%

Base: total de participantes (318)

GRÁFICO 1. ESTANCIA EN CENTROS DE REFORMA Y PRISIÓN SEGÚN EDAD



Base: total de participantes (318)

Patrones de Consumo de Drogas

Entre los usuarios participantes del estudio, el 99% declaró haber consumido pasta base en el último año, mientras el restante 1% no consumidor de pasta base reconoció ser consumidor de otra cocaína fumable como lo es el crack. Quedó incluido en la muestra un usuario de drogas inyectables

Además de pasta base, se destacan altos niveles de consumo de alcohol (78%) y marihuana (75%) . Otras sustancias que aparecen con niveles de consumo relevantes son la cocaína en polvo (36%) y los tranquilizantes (27%). (Tabla 12).

Por otra parte, el 9.9 % de los participantes del estudio consumió alguna vez drogas por vía inyectable, siendo más alto ese porcentaje en los mayores de 25 años de edad.

La prevalencia del uso de drogas inyectables en los últimos 6 meses se ubica en el entorno del 1.5%, y el uso en el último mes alcanza al 1.4% de los usuarios que participan del estudio. (Tabla 13).

Cuando comparamos la proporción de usuarios de drogas inyectables alguna vez en la vida según edad vemos que es sensiblemente más baja en el tramo de 18 a 25 años (4,4%) y aumenta por encima de 13% entre los usuarios de cocaínas fumables mayores de 25 años. Sin embargo, no se observan diferencias entre hombres (9,6%) y mujeres (9.7%). (Tabla 13A).

TABLA 12: ESTIMACIÓN PROPORCIÓN DE USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO QUE CONSUMEN DISTINTAS DROGAS AÑO 2012

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Pasta base	99%	97%	100%
Bebidas Alcohólicas	78%	69%	85%
Marihuana	75%	67%	82%
Cocaína	36%	29%	47%
Tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir	27%	21%	36%
Otros inhalables volátiles (por ej. Pegamentos)	8%	3%	14%
Alucinógenos	7%	3%	13%
Poppers o Nitritos	5%	1%	9%
Crack	3%	1%	5%
Anfetaminas	2%	0%	6%
Ketamina	0.9%	0%	2%
Opiáceos distintos a heroína	0.8%	0%	2%
Heroína	0.5%	0%	1%
Extasis	0%	--	--
Metanfetaminas	0%	--	--

TABLA 13: ESTIMACIÓN DEL USO DE DROGAS INYECTABLES ENTRE CONSUMIDORES DE COCAÍNAS FUMABLES DE MONTEVIDEO, AÑO 2012.

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Alguna vez en la vida	9.9%	5.3%	15.5%
Últimos 12 meses	1.6%	0.2%	4.1%
Últimos 6 meses	1.5%	0.1%	4.1%
Últimos 30 días	1.4%	0.0%	3.7%

TABLA 13A: ESTIMACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES ALGUNA VEZ EN LA VIDA ENTRE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES SEGÚN TRAMO DE EDAD. MONTEVIDEO AÑO 2012.

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
18 a 25 años	4.4%	0.7%	9.9%
26 a 35 años	13.3%	4.4%	26.0%
36 a 45 años	16.3%	5.8%	25.7%
46 a 64 años	15.4%	0.0%	53.1%

Características del Consumo de pasta base

La edad promedio de consumo de pasta base por primera vez es 21.1 años, observándose en las mujeres un consumo algo más tardío. Si se analiza la distribución de la edad de inicio de consumo en los diferentes tramos de edad se nota el efecto de aparición de la PBC dado que al aumentar la edad aumenta la edad de inicio. (Tabla 14).

La frecuencia de consumo es semanal o diaria para algo más del 90% de los usuarios y casi la mitad declara consumirla diariamente. (Tabla 15).

El consumo de PBC parece darse tanto de forma solitaria como acompañada, si bien el 60% declara consumir PBC más frecuentemente solo se observa una importante cantidad de menciones que hacen referencia al consumo en compañía. (Tabla 16).

Parece tratarse de un consumo que no se da en lugares cerrados, el 63% declara consumir PBC en la calle, baldíos, parques, callejones. De forma más minoritaria un 18% dice que consume en casa o departamento propio o de su esposo/a o novio/a y un 9% en casa o departamento de sus padres o parientes. (Tabla 17).

La población entrevistada no parece ser homogénea en términos de la forma de consumo de la droga. El 45% dice que la consume siempre sola, sin mezclar, mientras que el resto la consume mezclada con diversa frecuencia, el 24% dice que la mayoría de las veces sola, sin mezclar y el 16% siempre mezclada. (Tabla 18).

Entre los usuarios de PBC que la mezclan con otras drogas, el 80% lo hace con marihuana, cannabis o hachís, el 49% con alcohol, el 6% lo hace con cocaína en polvo, un 4% con tranquilizantes, sedantes, pastillas para dormir, con crack un 2%. (Tabla 19).

TABLA 14: ESTIMACIÓN DE LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PASTA BASE SEGÚN EDAD ACTUAL Y SEXO. MONTEVIDEO 2012.							
	Total	Edad				Sexo	
		18 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 64*	Hombre	Mujer
9 a 13 años	9.1%	12.7%	7.0%			9.3%	4.4%
14 a 15 años	12.7%	26.7%	4.0%			12.8%	8.5%
16 a 17 años	16.7%	30.1%	7.4%			16.5%	16.2%
18 a 20 años	18.3%	11.0%	28.0%	5.5%		17.2%	20.0%
21 a 24 años	14.6%	19.5%	23.8%	0.9%		14.2%	22.4%
25 a 29 años	13.5%		26.4%	40.6%		15.0%	5.7%
30 a 39 años	10.1%			39.5%		8.9%	19.5%
40 a 59 años	2.2%					2.7%	3.4%
No sabe	2.8%		3.5%	13.5%		3.4%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%		100%	100%

*No se presenta información desagregada para el segmento de 40 a 64 años ya que la cantidad de casos en ese segmento es muy baja.

TABLA 15: ESTIMACIÓN FRECUENCIA DE CONSUMO DE PASTA BASE, MONTEVIDEO 2012.			
Frecuencia últimos 12 Meses	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Algunas veces durante los últimos 12 meses	1%	0%	2%
Algunas veces mensualmente	8%	4%	14%
Algunas veces semanalmente	44%	34%	52%
Diariamente	48%	39%	57%

TABLA 16: ESTIMACIÓN PERSONAS CON LAS QUE CONSUMIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, MONTEVIDEO 2012.			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Lo ha hecho solo/a	60%	50%	68%
Conocidos	34%	26%	43%
Amigos	29%	20%	37%
Pareja	9%	5%	15%
La barra de consumo	8%	4%	14%
Desconocidos o extraños	8%	4%	13%

TABLA 17: ESTIMACIÓN DE LOS LUGARES DONDE HAN CONSUMIDO MÁS FRECUENTEMENTE, MONTEVIDEO 2012.			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Calle, baldío, parque, callejón, azoteas	63%	56%	73%
Casa o departamento (propia/o, de su esposo/a, de su novio/a o amigos/as)	18%	11%	24%
Casa o departamento de sus padres o parientes	9%	5%	15%
Casa o departamento de quien le vende la droga	2%	0%	6%
Bares, tabernas, discotecas, lugares de fiesta, casinos	1%	0%	2%
Picadero o lugar cerrado donde se reúne gente para inyectarse	1%	0%	2%
Otro/a	6%	2%	11%

TABLA 18: ESTIMACIÓN DE LA FRECUENCIA CON LA QUE HA CONSUMIDO LA PASTA BASE MEZCLADA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, MONTEVIDEO 2012.			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Siempre sola, sin mezclar	45%	36%	54%
La mayoría de las veces sola, sin mezclar	24%	16%	30%
Siempre mezclada	16%	9%	23%
La mayoría de las veces mezclada	10%	5%	17%
Aproximadamente la mitad de las veces mezclada	6%	2%	11%
No sabe	1%	0%	2%

TABLA 19: DROGAS CON LAS QUE HA MEZCLADO LA PASTA BASE EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, MONTEVIDEO 2012.			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Marihuana, cannabis o hachís	80%	57%	93%
Alcohol	49%	25%	65%
Cocaína en polvo	6%	0%	8%
Tranquilizantes, sedantes, pastillas para dormir	4%	--	--
Crack	2%	0%	7%
Otras	0%	--	--

Acceso y uso de servicios de tratamiento de la dependencia de drogas

Otro dato importante a tener en cuenta es que una parte considerable de los participantes en el estudio han buscado ayuda para controlar su nivel de consumo. El 43.1% confirma que alguna vez recibió tratamiento para reducir o controlar su consumo de drogas. (Tabla 20).

Esta cifra aumenta levemente entre las mujeres participantes del estudio (49%) y en el segmento de 26 a 35 años (55%). Además, se destaca una importante relación entre la participación en procesos de tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas y el nivel educativo: entre quienes tienen nivel educativo bajo (hasta primaria) apenas 1 de cada 3 recibió tratamiento alguna vez, mientras que entre quienes alcanzaron a cursar bachillerato esa cifra alcanza a más del 80%. (Gráfico 2).

Entre quienes recibieron tratamiento alguna vez, los lugares más mencionados son, en primer lugar, las Iglesias o comunidades religiosas. El Portal Amarillo⁹ aparece en segundo lugar, junto con hospitales públicos y centros públicos de atención en salud mental. (Tabla 21).

9. Es un Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Drogas que brinda información, asesoramiento, pero sobre todo tratamiento y rehabilitación para consumidores mediante internación o tratamiento ambulatorio. Es un "nodo de la red drogas" que funciona en los centros de Primer Nivel de Atención Pública articulando diferentes niveles de abordaje de ésta problemática. Está dirigido a personas de entre 12 y 30 años de edad, de cualquier parte del país con consumo problemático de sustancias, que tengan la voluntad de realizar un tratamiento para abandonar el consumo. El tratamiento con modalidad internación es para jóvenes de 15 a 30 años de edad.

A los entrevistados que recibieron tratamiento también se les consultó sobre si han estado internados en alguno de los tratamientos recibidos y el 84.4% declaró haberlo estado. (Tabla 22).

Sobre los servicios recibidos en los lugares donde se recibió tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas resulta interesante observar la orientación hacia la prevención de la transmisión de VIH y otras ITS mediante el consejo de usar condones en las relaciones sexuales (70.2%) y la entrega de condones gratis (43.7%), así como consejos sobre la utilización de jeringas nuevas (38.1%). La realización de la prueba del VIH es declarada por 43.1%, y la posibilidad de realizarse las pruebas de hepatitis alcanza a 28,4% de los que realizaron algún tipo de tratamiento. Los resultados muestran el predominio de abordajes parciales en lo que tiene que ver la salud de los usuarios. (Tabla 23). El 38.1% de los participantes que recibieron alguna vez tratamiento lo realizaron en el último año; este grupo representa al 16% del total de participantes en el estudio. (Tabla 24).

Y específicamente entre quienes recibieron algún tratamiento en los últimos 12 meses el Portal Amarillo fue el lugar de tratamiento más mencionado (42%), quedando en segundo lugar los tratamientos relacionados a Iglesias o comunidades religiosas (31.4%). (Tabla 25).

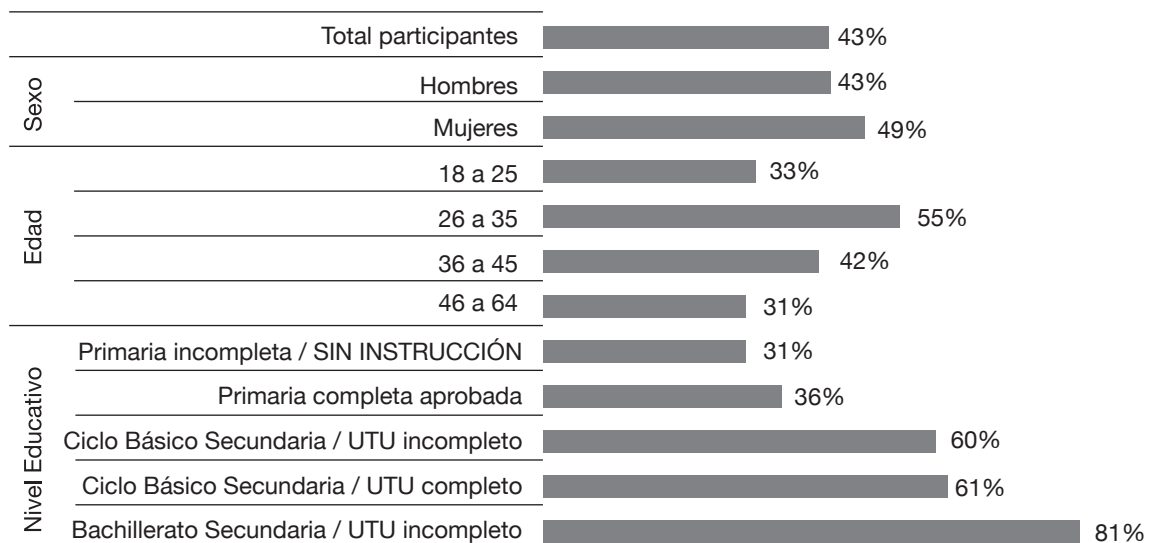
Por otro lado, dentro del 56.9% que nunca ha recibido tratamiento, la mitad de ellos declara que alguna vez ha pensado que necesitaba ir a tratamiento para dejar o controlar su consumo de drogas. (Tabla 26).

TABLA 20. ESTIMACIÓN PROPORCIÓN DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO ALGUNA VEZ PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS, MONTEVIDEO, 2012.

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Si	43.1%	35.0%	53.1%
No	56.9%	46.9%	65.0%

Base: total de participantes (318)

GRÁFICO 2. % DE PARTICIPANTES QUE RECIBIERON ALGUNA VEZ TRATAMIENTO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS SEGÚN SEXO, EDAD Y NIVEL EDUCATIVO



Base: total de participantes (318)

TABLA 21. LUGARES O SERVICIOS DE TRATAMIENTOS RECIBIDOS ALGUNA VEZ PARA DEJAR O CONTROLAR SU CONSUMO DE DROGAS, MONTEVIDEO 2012

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Iglesias / comunidad religiosa	68.8%	53.7%	85.4%
Portal Amarillo	51.3%	30.8%	71.8%
Hospitales/Centro de atención mental públicos	34.4%	18.1%	51.4%
Narcóticos Anónimos	21.5%	6.6%	34.5%
Policlínicas barriales	18.4%	2.8%	24.6%
Clínicas psiquiátricas particulares	14.0%	2.8%	32.3%
Comunidades Terapéuticas	12.4%	1.8%	32.2%
Centro de Adicciones del INAU	11.2%	0.7%	22.3%
Centro de tratamiento privado	8.8%	0.9%	21.7%
Mutualista	7.4%	1.2%	14.5%
Consultorios externos	6.7%	0.9%	15.9%
Alcohólicos Anónimos	6.3%	0.7%	24.4%
Atención telefónica Portal Amarillo/*1020	3.2%	0.3%	6.4%
Centro de escucha	1.5%	0.0%	4.0%
Grupos autoayuda problemas de tabaco y Programas de Cesación Tabaquismo	0.7%	0.0%	2.3%
Otro	0.8%	0.0%	2.4%

Base: participantes que recibieron alguna vez tratamiento para dejar o controlar su consumo de drogas (134)

TABLA 22. ¿EN ALGÚN TRATAMIENTO HA ESTADO INTERNADO?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Si	84.4%	75.2%	95.6%
No	15.6%	4.4%	24.8%

Base: participantes que recibieron alguna vez tratamiento para dejar o controlar su consumo de drogas (134)

TABLA 23. ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA EN LOS SITIOS DONDE LE HAN TRATADO PARA DEJAR O CONTROLAR EL USO DE DROGAS LE HAN PROPORCIONADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Consejo de usar condón en las relaciones sexuales	70.2%	52.2%	86.2%
Condomes gratis	43.7%	25.5%	64.2%
Hacerse allí la prueba del VIH	43.1%	24.7%	60.7%
Consejo de usar siempre jeringas nuevas o estériles	38.1%	15.9%	49.3%
Hacerse allí las pruebas de hepatitis	28.4%	13.2%	46.9%
Vacunación de hepatitis B (al menos la primera dosis)	28.3%	12.4%	39.7%
Información sobre dónde hacerse la prueba del VIH	25.0%	10.2%	37.3%
Información sobre dónde hacerse las pruebas de hepatitis	12.4%	3.0%	25.8%
Jeringas gratis	4.0%	0.0%	17.3%
Otro	7.4%	0.6%	23.8%

Base: participantes que recibieron alguna vez tratamiento para dejar o controlar su consumo de drogas (134)

TABLA 24. ¿HA RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGÚN DE LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR O CONTROLAR EL USO DE DROGAS, COMO LA DESINTOXICACIÓN O LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA O LOS OTROS QUE LE NOMBRÉ ANTES?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Si	38.1%	16.2%	51.4%
No	61.0%	47.9%	83.4%
No sabe	0.9%	0.0%	1.9%

Base: participantes que recibieron alguna vez tratamiento para dejar o controlar su consumo de drogas (134)

TABLA 25. LUGARES O SERVICIOS DE TRATAMIENTOS RECIBIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA DEJAR O CONTROLAR SU CONSUMO DE DROGAS			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Portal Amarillo	42.0%	3.9%	80.6%
Iglesias / comunidad religiosa	31.4%	16.1%	84.7%
Mutualista	7.8%	--	--
Hospitales/Centro de atención mental públicos	5.5%	0.0%	6.7%
Policlínicas barriales	4.2%	0.0%	20.5%
Clínicas psiquiátricas particulares	3.1%	0.0%	6.7%
Otro	3.1%	0.0%	6.7%
Consultorios externos	1.6%	0.0%	6.7%
Narcóticos Anónimos	0.7%	0.0%	6.7%
No sabe	0.7%	0.0%	6.7%

Base: participantes que recibieron tratamiento para dejar o controlar su consumo de drogas en el último año (44)

TABLA 26. ¿ALGUNA VEZ HA PENSADO QUE NECESITABA IR A TRATAMIENTO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No	49.8%	29.8%	63.7%
Si	50.2%	36.3%	70.2%

Base: participantes que NO recibieron tratamiento para dejar o controlar su consumo de drogas (184)

Prácticas sexuales

Del total de participantes, casi el 95% declara haber tenido algún tipo de relación sexual (oral, vaginal o anal) alguna vez en su vida. El 89% declara haber tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses. El 50.2% reconoce haber tenido sexo oral en el último año. El 55.1% haber tenido relaciones anales o vaginales con su pareja principal en los últimos 12 meses. Las relaciones sexuales con una pareja ocasional muestran una frecuencia levemente más alta (56.6%) en los últimos 12 meses. (Tabla 27A).

Las prácticas relacionadas al sexo a cambio de dinero se observan con las siguientes frecuencias: 14.1% declara haber pagado por sexo en los últimos 12 meses, mientras que 16.1% reconoce haber recibido dinero, drogas u otras mercancías por tener relaciones sexuales. (Tabla 27A). En este sentido, es relevante marcar que la práctica de pagar por tener relaciones sexuales es exclusivamente masculina. Sin embargo, recibir dinero, drogas u otras mercancías a cambio de relaciones sexuales es una práctica declarada tanto por los hombres (12.6%) como por las mujeres usuarias de cocaína fumable o drogas inyectables (39.0%). (Tabla 27B).

En relación a la cantidad de parejas sexuales, se puede observar que, además del 12% que no tuvo relaciones sexuales vaginales o anales en los últimos 12 meses, el 31.8% tuvo sólo una pareja sexual y 25.4% tuvo 2 o 3 parejas sexuales. Asimismo, se destaca que hay un 17.1% que tuvo entre 4 y 10 parejas sexuales y un 11.3% tuvo más de 10 personas como pareja sexual en los últimos 12 meses. (Tabla 28A).

Entre las mujeres participantes del estudio aumenta de forma importante la proporción que tuvo más

de 10 parejas sexuales en los últimos 12 meses y disminuye la proporción que no tuvo ninguna pareja sexual. (Tabla 28B).

La frecuencia de uso de condones en las relaciones sexuales varía considerablemente según el tipo de relaciones sexuales y el tipo de pareja con la que se tienen relaciones: cuando se practica sexo oral o se tienen relaciones vaginales/anales con la pareja principal la frecuencia de uso es considerablemente baja (24.6%- 35.4% siempre usa condones), mientras que frente a relaciones vaginales/anales con una pareja esporádica la frecuencia de uso aumenta notoriamente (63.7% usa siempre). (Tabla 29A).

Se destaca que cuando se establecen relaciones por dinero más de la mitad de las personas que manifestaron haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, nunca usa condones (10.2%) o sólo lo hace algunas veces (45.9%)-. (Tabla 29A).

A nivel de género se observan algunas diferencias en la frecuencia de uso de condones: las mujeres muestran una menor frecuencia de uso de condones con parejas ocasionales no comerciales, pero aumenta su frecuencia de uso en las relaciones sexuales por dinero, droga u otra mercancía. (Tabla 29B).

En función del peso que tiene entre los usuarios participantes las relaciones sexuales comerciales y con parejas ocasionales es ilustrativo el uso de condón en la última relación sexual de una frecuencia mayor que la población general. Mientras que en ésta el 36% utilizó condón en su última relación, al menos el 43% de los participantes del estudio lo hizo. Sin embargo, la frecuencia de uso entre los usuarios de cocaína fumable aún es baja. (Tabla 30).

TABLA 27A. ESTIMACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE USUARIOS DE COCAÍNA FUMABLES Y DE DROGAS INYECTABLES QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES, MONTEVIDEO, 2012.			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
% que tuvo relaciones sexuales (RRSS) alguna vez en su vida	94.5%	88.5%	99.1%
% que tuvo RRSS en los últimos 12 meses	89.0%	82.8%	94.8%
% que tuvo RRSS con su Pareja Principal (anal o vaginal) en el último año	55.1%	48.1%	64.2%
% que tuvo RRSS anales o vaginales con Pareja NO principal (incluidas las que pagó o cobró u otras parejas ocasionales)	56.6%	46.4%	64.2%
% que pagó por tener RRSS anales o vaginales en los últimos 12 meses	14.1%	7.6%	20.2%
% que recibió dinero, drogas u otra mercancía por tener RRSS anales o vaginales en los últimos 12 meses	16.1%	10.3%	23.3%

Base: total de participantes (318)

TABLA 27B. ESTIMACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE USUARIOS DE COCAÍNA FUMABLES Y DE DROGAS INYECTABLES QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES (RRSS) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN SEXO, MONTEVIDEO, 2012.		
	SEXO	
	Hombre	Mujer
% que tuvo relaciones sexuales (RRSS) alguna vez en su vida	94.4%	100.0%
% que tuvo RRSS en los últimos 12 meses	87.1%	97.8%
% que tuvo RRSS con su Pareja Principal (anal o vaginal) en el último año	49.3%	92.3%
% que tuvo RRSS anales o vaginales con Pareja NO principal (incluidas las que pagó o cobró u otras parejas ocasionales)	56.8%	59.7%
% que pagó por tener RRSS anales o vaginales en los últimos 12 meses	16.2%	0.0%
% que recibió dinero, drogas u otra mercancía por tener RRSS anales o vaginales en los últimos 12 meses	12.6%	39.0%

Base: total de participantes, hombres (282) y mujeres (36)

TABLA 28A. ESTIMACIÓN DE LA CANTIDAD DE PAREJAS SEXUALES DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, MONTEVIDEO, 2012.			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Nunca tuvo relaciones	5.5%	0.9%	11.4%
Ninguna	6.5%	2.4%	10.8%
Una persona	31.8%	24.2%	40.6%
Entre 2 y 3 personas	25.4%	18.3%	34.5%
Entre 4 y 10 personas	17.1%	10.0%	21.5%
Entre 11 y 25 personas	6.0%	2.7%	9.1%
Entre 26-50 personas	1.3%	0.1%	3.6%
Más de 50 personas	4.0%	0.0%	15.7%
No quiere contestar	0.2%	0.0%	0.7%
No sabe	2.2%	0.1%	5.7%

Base: total de participantes (318)

TABLA 28B. ESTIMACIÓN DE LA CANTIDAD DE PAREJAS SEXUALES DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN SEXO, MONTEVIDEO, 2012.		
	SEXO	
	Hombre	Mujer
Ninguna / no tuvo relaciones	13.6%	3.7%
Una persona	30.0%	32.8%
Entre 2 y 3 personas	24.8%	25.1%
Entre 4 y 10 personas	17.8%	11.1%
Más de 10 personas	10.7%	27.2%
No sabe / No quiere contestar	3.1%	0.0%

Base: total de participantes, hombres (282) y mujeres (36)

TABLA 29A. ESTIMACIÓN USO DE CONDÓN SEGÚN TIPO DE RELACIONES SEXUALES DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, MONTEVIDEO, 2012.

	TIPO DE RELACIONES SEXUALES			
	Relaciones sexuales ORALES	Relaciones vaginales o anales con PAREJA PRINCIPAL	Relaciones vaginales o anales con PAREJA OCASIONAL no comercial	RECIBIÓ dinero, drogas u otra mercancía por tener relaciones vaginales o anales
Nunca	42.8%	41.4%	9.5%	10.2%
Algunas veces	32.2%	23.2%	26.8%	45.9%
Siempre	24.6%	35.4%	63.7%	44.0%
NS/NC	0.4%			
TOTAL	100%	100%	100%	100%
Base:	186	173	163	59

TABLA 29B. ESTIMACIÓN USO DE CONDÓN SEGÚN TIPO DE RELACIONES SEXUALES DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN GÉNERO, MONTEVIDEO, 2012.

	TIPO DE RELACIONES SEXUALES							
	Relaciones sexuales ORALES		Relaciones vaginales o anales con PAREJA PRINCIPAL		Relaciones vaginales o anales con PAREJA OCASIONAL no comercial		RECIBIÓ dinero, drogas u otra mercancía por tener relaciones vaginales o anales	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Nunca	50%	25%	41%	40%	4%	44%	9%	
Algunas veces	29%	32%	17%	54%	30%	20%	60%	
Siempre	21%	43%	42%	6%	62%	37%	32%	100%
NS/NC	0%				5%			
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Base:	166	20	144	29	149	14	45	14

TABLA 30. ESTIMACIÓN DEL USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, MONTEVIDEO, 2012.			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No tuvo RRSS vaginales/anales en los últimos 12 meses	11.7%	6.3%	18.7%
Usó Condón en la última relación sexual (con cualquier tipo de pareja)	43.0%	34.3%	51.5%
NO usó Condón en la última relación sexual (con cualquier tipo de pareja)	33.7%	25.2%	41.5%
No usó Condón con Pareja Ppal pero usó con otras personas	10.2%	6.4%	14.9%
Usó Condón con Pareja Ppal pero NO usó con otras personas	1.4%	0.4%	2.7%

Base: total de participantes (318)

Estado y cuidado de la salud

Respecto al estado y cuidado de su salud, la mayoría de los usuarios de cocaína fumable describe su estado de salud como bueno (55.2%) o excelente (9.1%). Sin embargo se destaca un 11.1% que percibe que su salud es mala y casi un 24% la evalúa como regular. (Tabla 31).

Al mismo tiempo, enfermedades diversas y de gravedad están o estuvieron presentes en los últimos cuatro años en la población estudiada. Las enfermedades respiratorias (bronquitis o asma, 16.3%) aparecen en primer lugar en el diagnóstico en los últimos cuatro años, seguidas por las infecciones urinarias (13.3%). Pulmonía o neumonía afectó al 8.3% de los usuarios y la tuberculosis al 1.1%. También se destaca la presencia de enfermedades vasculares (3.4% tuvo flebitis, inflamación en las venas o trombosis venosa, un 1.4% embolia o hemorragia cerebral) y

cardiovasculares (infarto 2.3%, infección en el corazón 2.1%). Este panorama ratifica lo anterior en tanto muestra de vulnerabilidad y adquiere mayor relevancia aún si se considera que se trata de una población con un perfil relativamente joven. (Tabla 32).

Un indicador que aproxima al vínculo de esta población con los servicios de salud es el tiempo que hace que recibió atención de un médico, enfermera u otro profesional de la salud por última vez. Hay un 45% de los usuarios de drogas que no han tenido contacto con un médico, una enfermera u otro profesional de salud hace más de 1 año. Un 20% hace más de 3 años que no ha ido al médico u a otro profesional de la salud. (Tabla 33).

Si bien casi el 13% de los usuarios dejaron de acudir alguna vez a algún centro de atención a la salud por temor a la policía u otras autoridades, no parece ser este un inhibidor de concurrencia al menos de forma declarada. (Tabla 34).

TABLA 31: ¿USTED DIRÍA QUE, EN GENERAL, SU SALUD ES...?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Excelente	9.1%	5.5%	16.0%
Buena	55.2%	46.1%	64.2%
Regular	23.6%	15.5%	29.7%
Mala	11.1%	5.9%	17.8%
No quiere contestar	1.0%	0.1%	1.8%

Base: total de participantes (318)

TABLA 32. ESTIMACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE USUARIOS DE COCAÍNA FUMABLE QUE EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS ALGÚN DOCTOR, ENFERMERA O PROFESIONAL DE LA SALUD LE DIJO QUE TENÍA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Bronquitis o asma	16.3%	10.1%	24.5%
Infección de orina o de los riñones	13.3%	7.6%	19.7%
Pulmonía o neumonía	8.3%	3.6%	14.5%
Flebitis, inflamación de las venas o trombosis venosa	3.4%	0.4%	6.2%
Infarto cardíaco o del corazón	2.3%	0.1%	5.8%
Endocarditis o infección del corazón	2.1%	0.1%	5.6%
Embolia o hemorragia cerebral	1.4%	0.3%	2.7%
Tuberculosis	1.1%	0.2%	2.7%
Cáncer cervical o de cuello de útero	0.0%	--	--

Base: total de participantes (318)

TABLA 33. ¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE LE ATENDIÓ UN MÉDICO, UNA ENFERMERA U OTRO PROFESIONAL DE SALUD POR ÚLTIMA VEZ?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Nunca ha ido a un médico u otro profesional de salud	0.4%	0.0%	1.3%
Hace más de cuatro años	13.7%	9.3%	20.4%
3 ó 4 años	6.5%	3.4%	10.8%
1 ó 2 años	22.1%	14.8%	29.2%
Menos de 12 meses	56.0%	46.4%	63.6%
No sabe	1.2%	0.0%	3.7%

Base: total de participantes (318)

TABLA 34. ¿ALGUNA VEZ HA DEJADO DE ACUDIR A ALGUNO DE LOS CENTROS O SERVICIOS QUE LE VOY A LEER POR TEMOR A LA POLICÍA U OTRAS AUTORIDADES?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No ha dejado de acudir a ninguno de los centros por temor a la policial	87.5%	80.2%	93.9%
Si, al médico general o atención primaria de salud	7.1%	2.5%	12.5%
Si, psiquiatra o psicólogo	3.4%	0.1%	8.1%
Si, al centro de tratamiento para dejar o controlar las drogas	1.5%	0.0%	4.8%
Si, al servicio de emergencia médica	0.2%	0.0%	0.5%
Si, a otro	0.1%	0.0%	0.2%
No sabe	0.3%	0.0%	0.5%

Base: total de participantes (318)

Infecciones de transmisión sexual

Con relación a las infecciones de transmisión sexual diagnosticadas en los últimos 12 meses, el 2.5% declara que en los últimos 12 meses recibió un diagnóstico de gonorrea o gonococcia, mientras que al 2.3% le fue diagnosticado sífilis. Este último valor es alto si se considera que la prevalencia en población general es de 0.8%¹⁰ (2009), por lo que una vez más aparece reflejada la condición de vulnerabilidad en la

que se encuentran los usuarios. Además de gonorrea y sífilis aparecen otras enfermedades de transmisión sexual diagnosticadas como por ejemplo Verrugas, papilomas o condilomas genitales, herpes y clamidia (2%). (Tabla 35).

Entre los usuarios de cocaínas fumables se destaca una muy alta proporción de mujeres diagnosticada con sífilis: el 20% del total de mujeres fueron diagnosticados con esta enfermedad mientras que entre los hombres esta proporción apenas alcanza al 0.6%. En las demás enfermedades o infecciones no se observan diferencias por género

10. La Organización Mundial de la Salud indica que el porcentaje debe ser de 0.05% para considerar la enfermedad extinguida

TABLA 35. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ALGÚN DOCTOR, ENFERMERA O PROFESIONAL DE LA SALUD LE HA DICHO QUE USTED TENÍA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES O INFECCIONES?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Gonorrea o gonococia	2.5%	0.0%	7.6%
Sífilis	2.3%	0.3%	5.9%
Verrugas, papilomas o condilomas genitales	1.0%	0.0%	2.7%
Herpes genital	0.9%	0.1%	2.0%
Clamidia	0.1%	0.0%	0.2%
Triconomas	0.0%	--	--
Enfermedad pelvia inflamatoria o infección pélvica	0.0%	--	--

Base: total de participantes (318)

Conocimientos, Opiniones y Actitudes hacia el VIH y el SIDA

El 71% de los usuarios conocen a alguien que esté infectado por el VIH o que haya muerto por SIDA, siendo en la mayor parte de los casos amigos o parientes.

Las formas de protección más conocidas para evitar infectarse por el VIH tienen que ver con el uso de jeringas completamente nuevas cada vez que se inyectan (76%), contar con parejas sexuales exclusivas (84%), y el uso de condón de forma correcta (si no se es usuarios de drogas inyectables o se usan jeringas estériles) siempre que se tengan relaciones sexuales (84%). El abstenerse de tener relaciones sexuales es percibido como una forma de evitar infectarse para el 45%. Asimismo, el 89% dice que

una mujer embarazada con el VIH puede transmitir el virus a su bebé y el 41% señala que una mujer con VIH puede transmitir el virus a su bebé a través de la leche materna.

Por su parte, el 26% cree que una persona puede infectarse de VIH por una picadura de mosquito, y otro 22% no sabe si esta creencia es correcta o incorrecta. El 59% NO cree o no sabe si una persona puede reducir el riesgo de infectarse por el VIH dejando de inyectarse y usando drogas sólo de forma fumada o por la nariz. También el 52% no cree o no sabe si una persona que se inyecta puede adquirir el VIH usando tapas, latas, o cucharas usadas antes por otros para preparar o cocinar la droga. Un 19% cree que una persona puede infectarse con el VIH compartiendo una comida con una persona infectada.

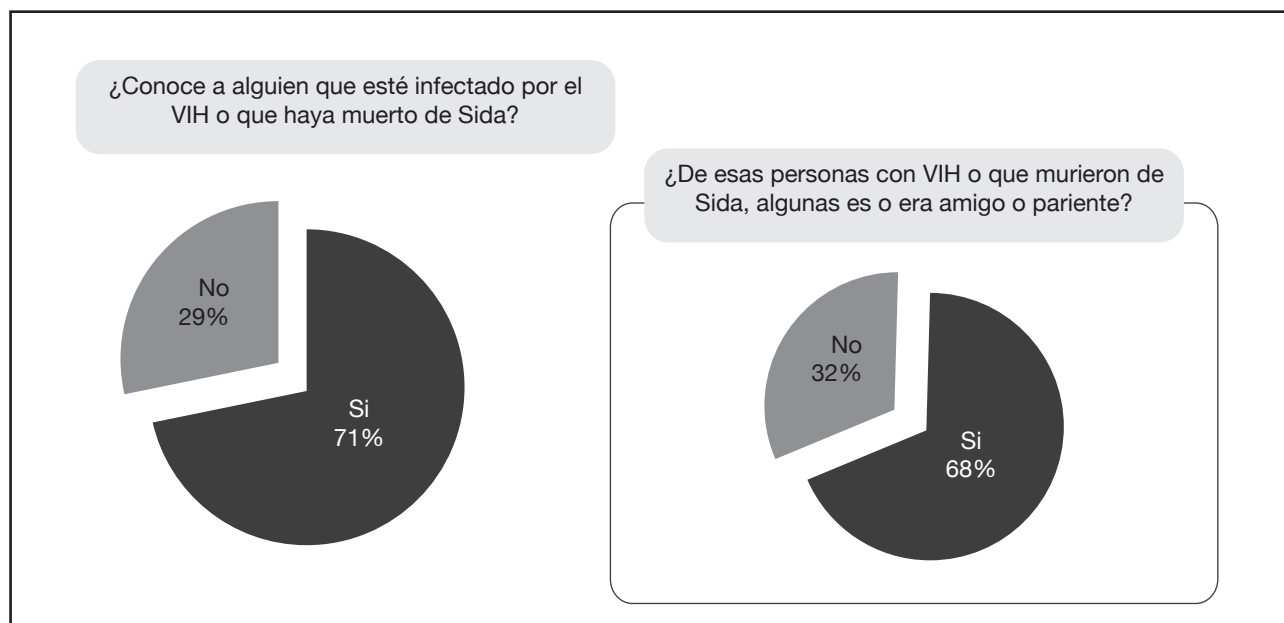


TABLA 36: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL VIH Y SIDA DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES. MONTEVIDEO, 2012

Conocimiento y Actitudes hacia VIH y el Sida	Si	No	NS/NC	TOTAL
¿Alguien que se inyecta drogas podría adquirir el VIH si usa una aguja que otros usaron antes?	96%	2%	2%	100%
¿Puede una persona que se inyecta drogas evitar infectarse por el VIH usando una jeringa completamente nueva cada vez que se inyecta?	76%	16%	8%	100%
¿Puede una persona que se inyecta adquirir el VIH usando tapas, latas, o cucharas usadas antes por otros para preparar o cocinar la droga?	48%	37%	15%	100%
¿Puede una persona reducir el riesgo de infectarse por el VIH dejando de inyectarse y usando drogas sólo de forma fumada o por la nariz?	41%	41%	18%	100%
¿Puede una persona infectarse de VIH por una picadura de mosquito?	26%	53%	22%	100%
Imagine alguien que no se inyecta drogas o usa siempre jeringas estériles ¿Puede evitar infectarse del VIH usando siempre un condón de manera correcta?	84%	13%	4%	100%
Imagine que alguien tiene una pareja fiel que no está infectada ¿Tener relaciones sólo con esa persona le permitirá evitar infectarse por el VIH?	84%	10%	6%	100%
¿No tener relaciones sexuales es una forma de evitar infectarse por el VIH?	45%	46%	10%	100%
¿Puede una persona infectarse con el VIH compartiendo una comida con una persona infectada?	19%	72%	9%	100%
¿Puede una mujer embarazada con el VIH o con sida transmitir el virus a su bebé?	89%	4%	8%	100%
¿Puede una mujer con VIH o sida transmitir el virus a su bebé a través de la leche materna?	41%	22%	37%	100%

PREVALENCIA VIH - Test Rápido

A partir del análisis de los resultados de los test rápidos realizados a los participantes en el estudio, la estimación puntual de prevalencia de VIH es de 6.3%, mientras que el intervalo de confianza (para un 95% de confianza) sitúa este parámetro poblacional entre 2.6% y 11.2%. (Tabla 37). Es importante remarcar que como parte del protocolo, todos los casos positivos fueron confirmados en el Laboratorio Central de Salud Pública localizado en el Instituto de Higiene y las personas con diagnóstico positivo fueron vinculadas a servicios de atención.

Al analizar los datos y compararlos con la prevalencia del VIH en población general, 0.45%, se ratifica el alto grado de vulnerabilidad frente al VIH que presentan los usuarios de cocaínas fumables y usuarios de drogas inyectables.

No se observan prácticamente diferencias por sexo en la prevalencia de VIH a partir de los test rápidos aplicados en el estudio a los usuarios de cocaínas fumables. Sin embargo, sí existen algunas diferencias según la edad del participante: mientras que en-

tre los usuarios de cocaínas fumables más jóvenes (18 a 24 años) la prevalencia de VIH positivo es de 3.5%, en el grupo de 30 a 39 años esa prevalencia alcanza a 10.8%. (Tabla 28).

Si se analiza la prevalencia de VIH según el lugar de residencia habitual en el último año se observa una mayor prevalencia (41.6%) entre quienes vivieron en un refugio o albergue, aunque es necesario considerar que es un sub-grupo numéricamente reducido (representan cerca del 5% de la muestra) y por lo tanto el nivel de error de este indicador puede ser mayor. (Tabla 39).

Parece confirmarse la asociación entre el uso alguna vez de drogas inyectables y el resultado positivo en el Test de VIH. Entre los usuarios de drogas inyectables alguna vez en su vida la prevalencia alcanza el valor de 10.4%. Es importante señalar que no se puede analizar perfiles de prevalencia debido a la poca cantidad de casos. (Tabla 40).

Por otra parte, entre quienes declaran haber tenido relaciones sexuales por dinero, drogas u otras mercancías en los últimos 12 meses la prevalencia esti-

TABLA 37: PREVALENCIA ESTIMADA DE VIH ENTRE USUARIOS DE COCAÍNAS. MONTEVIDEO, 2012

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
NEGATIVO	93.7%	88.8%	97.4%
POSITIVO	6.3%	2.6%	11.2%

TABLA 38. ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE VIH POR SEXO Y EDAD DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES. MONTEVIDEO, 2012.

		Prevalencia de VIH positivo		
		Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
SEXO	Hombre	6.3%	2.1%	11.3%
	Mujer	6.2%	0.0%	17.6%
EDAD	18 a 24	3.5%	0.6%	7.5%
	25 a 29	6.1%	0.6%	14.0%
	30 a 39	10.8%	0.3%	27.5%
	40 a 64	0.0%	--	--

TABLA 39. ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE VIH POR SITUACIÓN DE HABITACIONAL DE LOS USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES. MONTEVIDEO, 2012.

	Prevalencia de VIH positivo		
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Casa, piso o apartamento de sus padres, parientes, amigos	5.9%	1.2%	13.6%
Casa o apartamento propio (o de su pareja) no rentado	4.2%	0.0%	13.2%
Casa, piso, apartamento, rentado por el/ella (o su pareja)	0.0%		
En la calle (parque, estación de tren o autobús, puente, terreno baldío) casa o auto abandonado, sin techo (homeless)	5.2%	0.5%	13.9%
Rancho, choza, carpa, chabola, vivienda de desecho u otro recinto provisional o permanente sin agua corriente ni alcantarillado	3.6%	0.0%	9.5%
En refugio, albergue, dormitorio o casa para indigentes o necesitados	41.6%	0.0%	94.6%

TABLA 40. ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE VIH SEGÚN USO DE DROGAS INYECTABLES MONTEVIDEO, 2012.

	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Usuarios de drogas inyectables alguna vez en la vida	10.4%	1.7%	24.9%
No usuarios de drogas inyectables	5.9%	1.7%	11.2%

TABLA 41. USO DE CONDÓN SEGÚN RESULTADO DEL TEST RÁPIDO DE VIH/SIDA. MONTEVIDEO, 2012.

		Resultado Test rápido VIH/SIDA	
		NEGATIVO	POSITIVO
RRSS orales, vaginales o anales en los últimos 12 meses	Tuvo RRSS en los últimos 12 meses	12%	100%
	NO tuvo RRSS en los últimos 12 meses	88%	0%
	TOTAL	100%	100%
USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA SEXUAL (vaginal o anal) CON SU PAREJA PRINCIPAL	No tuvo RRSS con Pareja Ppal. en los últimos 12 meses	44%	55%
	No usó Condón con Pareja Principal	38%	7%
	Usó Condón con Pareja Principal	18%	37%
	TOTAL	100%	100%
USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA SEXUAL (vaginal o anal) CON OTRAS PERSONAS (NO PAREJA PRINCIPAL)	No tuvo RRSS con otras personas en los últimos 12 meses	46%	7%
	No usó condón con otras personas	12%	32%
	Usó Condón con otras personas	42%	60%
	TOTAL	100%	100%
USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL (vaginal o anal)	No tuvo RRSS vaginales/anales en los últimos 12 meses	13%	0%
	No usó condón en la última relación (ni con su pareja principal u otras personas)	34%	30%
	No usó condón con Pareja Ppal. pero usó con otras personas	10%	9%
	Usó con Pareja Ppal. pero NO usó con otras personas	1%	5%
	Usó condón en la última relación(tanto con pareja principal como con otras personas)	42%	56%
	TOTAL	100%	100%

mada es de 17.9%. En este grupo se registran diferencias por género en la prevalencia de VIH positivo: entre los hombres alcanza al 20.4% y en las mujeres 10.5%. Además, parece importante destacar que entre quienes declaran como una de sus fuentes de ingresos habitual el trabajo sexual la prevalencia de VIH es un poco más baja (12.8%) que entre todos los que declaran haber tenido relaciones sexuales por dinero o mercancías (17.9%).

Todos los usuarios a los que les dio positivo el test han tenido relaciones sexuales en el último año. Las personas con resultado positivo declararon haber tenido relaciones sexuales con personas que no son su pareja principal con mayor frecuencia que quienes tuvieron un resultado negativo: sólo el 7% declara no haber tenido relaciones sexuales con este tipo de pareja frente al 46% de los negativos. (Tabla 41).

Además, resulta relevante que el 32% de quienes tuvieron un resultado positivo declaran no haber usado condón en la última relación sexual con una persona que no era su pareja principal, porcentaje que se ubica en el 30% cuando se considera la última relación sexual con independencia de si es la pareja principal o no. Este porcentaje es algo más alto en el caso de los negativos quienes tienen en mayor proporción relaciones con parejas principales sin uso de condón (38%).

Infección por VIH y VHC

El 45.4% de los usuarios participantes del estudio se realizó alguna vez la prueba para detectar el VIH, este porcentaje es inferior al obtenido en población general en el mencionado estudio realizado para el Programa Prioritario de SIDA, DIGESA, MSP en el 2008, en el que el 59% de la población entre 18 y 65 años residente en Montevideo se había realizado alguna vez la prueba. Entre los usuarios de cocaínas fumables a los que el test rápido les dio positivo, un 71% se había realizado la prueba en alguna oportunidad anterior. (Tabla 42).

El hospital y la cárcel o centro de internamiento son los centros que en mayor medida han solicitado la prueba seguido por centros de tratamiento para dejar las drogas y atención primaria de salud. Se destaca que solo en el 0.9% de los casos fue por iniciativa propia. (Tabla 43).

Se destaca que el 57.9% de quienes tuvieron test positivo y se realizaron la prueba alguna vez no llegaron a saber el resultado, porcentajes bastantes más bajos entre quienes tuvieron resultado negativo del test (13.2%). (Tabla 44).

Finalmente, al consultarles sobre la realización de la prueba de hepatitis C se destaca que el 83.2% de los usuarios no se la han realizado nunca, el 9.4% se la realizó y le dio negativa y el 0.8% declara haberse la realizado y su resultado positivo.

TABLA 42. ¿SE HA HECHO ALGUNA VEZ LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH O VIRUS DEL SIDA?			
TOTAL PARTICIPANTES (318)			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No	54.3%	46.4%	63.3%
Si	45.4%	36.7%	53.5%
No quiere contestar	0.3%	0.0%	0.4%
RESULTADO TEST RÁPIDO VIH: NEGATIVO (301)			
No	55.8%	47.8%	65.1%
Si	44.0%	34.9%	52.0%
No quiere contestar	0.3%	0.0%	0.5%
RESULTADO TEST RÁPIDO VIH: POSITIVO (17)			
No	28.9%	8.6%	71.8%
Si	71.1%	29.3%	90.9%

Base: total de participantes en el estudio

TABLA 43. ¿QUÉ TIPO DE CENTRO O SERVICIO SOLICITÓ LA ÚLTIMA (O ÚNICA) PRUEBA DEL SIDA QUE SE HA HECHO?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
Centro de tratamiento para dejar las drogas	13.9%	3.7%	28.2%
Atención primaria de salud	11.3%	2.5%	17.1%
Cárcel o centro de internamiento	29.2%	15.2%	47.6%
Hospital	33.7%	20.5%	52.7%
Clínica privada, médico particular	7.7%	2.1%	12.3%
Fue directamente por iniciativa propia	0.9%	0.0%	2.8%
No sabe	3.3%	0.3%	5.7%

Base: participantes que se realizaron alguna vez la prueba para detectar VIH (154)

TABLA 44. ¿HA LLEGADO A SABER EL RESULTADO DE ALGUNA PRUEBA DE VIRUS DEL SIDA?			
TOTAL PARTICIPANTES (318)			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No	17.7%	6.0%	32.8%
Si	78.5%	63.5%	92.0%
No quiere responder	3.8%	0.0%	11.6%
RESULTADO TEST RÁPIDO VIH: NEGATIVO (144)			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No	13.2%	0.03,	24.2%
Si	82.3%	70.2%	95.5%
No quiere responder	4.5%	0.0%	13.6%
RESULTADO TEST RÁPIDO VIH: POSITIVO (10)			
No	57.9%	0.0%	99.3%
Si	42.1%	0.7%	100.0%

Base: participantes que se realizaron alguna vez la prueba para detectar VIH (154)

TABLA 45. ¿SE HA HECHO ALGUNA VEZ LA PRUEBA DE HEPATITIS C?			
	Estimación	Intervalo de Confianza (95%)	
No	83.2%	75.6%	88.6%
No quiere responder	6.6%	3.2%	11.6%
Sí, y le dio negativo	9.4%	4.8%	15.5%
Sí, y le dio positivo	0.8%	0.0%	2.0%

8. COMENTARIOS FINALES

EL ESTUDIO REALIZADO muestra que si bien los usuarios tienen un perfil demográfico claro (mayoritariamente jóvenes, hombres, con bajo nivel educativo y precariedad laboral), se trata de una población que presenta diferentes situaciones de vulnerabilidad. Una parte de los usuarios tiene un trabajo formal, mientras que otros están asociados a condiciones de informalidad, trabajo sexual, venta de drogas, robo o hurto. Esta variabilidad también se observa al considerar la situación habitacional donde algunos usuarios han vivido la mayor parte del año en la calle mientras que otros (la mayoría) lo ha hecho en la casa de otras personas (padres, familiares o amigos). También se destaca la proporción de usuarios que han estado en un centro de internación para menores, y la proporción que ha estado alguna vez en prisión. Estas diferencias incluso también se observan cuando se analizan las prácticas sexuales de los usuarios así como la proporción que ha llegado a recibir algún tipo de tratamiento para dejar las drogas. El estudio también permitió observar el predominio de abordajes parciales en lo que tiene que ver con la salud de los usuarios así como el estado precario de la misma en términos de autoevaluación, presentando buena parte de los usuarios problemas de vinculación con los centros de salud.

La realidad epidemiológica de esta población en relación al VIH muestra que se trata en general de una población en mayor vulnerabilidad. La prevalencia es particularmente alta en usuarios de drogas inyectables, en usuarios que declaran haber tenido en los últimos 12 meses relaciones sexuales por dinero, drogas o mercancía. Posiblemente sea la coincidencia de múltiples riesgos lo determinante lo cual dificulta los análisis causales sin caer en resultados espurios.

Un análisis más en profundidad de la prevalencia de VIH es el riesgo de infección y re infección entre quienes han sido reactivos al test rápido y no han usado condón en la última relación sexual.

Por otro lado, en términos metodológicos, se destaca que se pudo respetar todas las condiciones de aplicación de la metodología RDS, siendo la primera expe-

riencia conocida del país que utiliza esta metodología en esta población. La población oculta que conforman los usuarios de cocaína fumable y/ o usuarios de drogas inyectables pudo ser abordada con éxito por los muy buenos insumos obtenidos en la fase formativa. La decisión de acotar el estudio a los usuarios de cocaína fumable y/o usuarios de drogas inyectables, la ubicación geográfica del local, los incentivos en ticket alimentación, el diseño de los cupones, la forma de comunicación del estudio, fueron todos aspectos que surgieron en esa fase. El buen trabajo en el local del equipo con los usuarios y los responsables del club, la recepción de los usuarios dentro del mismo, la consejería y los resultados del test también resultaron un intangible para el éxito del estudio.

De esta forma se ha podido obtener información variada y de calidad que cumple con los estándares internacionales de comparación sobre los usuarios de cocaína fumable y/o usuarios de drogas inyectables, tener elementos para realizar estimaciones tanto de prevalencia de VIH como de otros indicadores vinculados a patrones de consumo, prácticas sexuales de riesgo y acceso a servicios y tratamiento, entre otros. Sin lugar a dudas, se ha generado un volumen importante de información que permite una exploración de los datos más exhaustiva que la realizada en este informe y abre líneas de investigación e intervención interesantes sobre esta población.

Conclusiones

- La población de consumidores de alto riesgo participante en este estudio está constituida en su mayoría por varones jóvenes con bajo nivel de acceso al sistema educativo.
- Se ha demostrado la alta vulnerabilidad a la infección con VIH de los usuarios de cocaínas fumables del área metropolitana de Montevideo en tanto la prevalencia de VIH entre usuarios de cocaínas fumables que nunca se han inyectado es más de diez veces superior a la prevalencia en población general

- Existen indicios de la presencia en el área metropolitana de Montevideo de una comunidad de usuarios de drogas inyectables cuya magnitud, características sociodemográficas, de uso de drogas y de acceso a servicios de salud debería ser investigada en profundidad con metodología cualitativa para diseñar programas específicos para ellos.
- El uso de drogas inyectables sigue siendo una vía de transmisión del VIH
- El acceso de los usuarios de cocaínas fumables a los servicios de diagnóstico de VIH y otras ITS es bajo
- El uso de preservativos en las relaciones sexuales es bajo dado que menos de la mitad ha reportado uso de preservativo en su última relación sexual.
- El tamaño pequeño de la muestra de mujeres participantes podría ser una limitación para inferir los resultados a las mujeres usuarias de cocaínas fumables en general. Sin embargo, los resultados muestran indicios de prácticas de mayor vulnerabilidad entre las mujeres respecto de los varones participantes.
- Promover el acceso a diagnóstico voluntario y con consentimiento informado de VIH para todos los usuarios de cocaínas fumables.
- Realizar actividades de capacitación para personal de servicios de salud, de centros de atención para usuarios de drogas en todos los niveles, de refugios para personas que viven en situación de calle y otro sitios sobre la vulnerabilidad de los usuarios de drogas respecto del VIH y la eficacia de los programas de prevención que incluyen al menos promoción del diagnóstico y suministro de preservativos

Facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, sífilis y hepatitis en los centros de atención para usuarios de drogas y en refugios por personal capacitado

Recomendaciones

- Realizar estudios de seguimiento para monitorear las tendencias en las prácticas de consumo, prácticas sexuales, acceso a servicios de salud y prevalencia de VIH entre usuarios de cocaínas fumables
- Incorporar en los próximos estudios de seguimiento el diagnóstico de otras ITS
- Aumentar la cobertura de la información por medio de la realización de estudios equivalentes en otras zonas urbanas del país.
- Aumentar el acceso a preservativos por medio de la instalación de programas de distribución de preservativos en todos los centros de la comunidad (servicios de salud, servicios de atención a usuarios de drogas, refugios para personas que viven en situación de calle y otro) identificados como de uso de los usuarios de drogas.
- Realizar actividades de capacitación para personal de servicios de salud, de centros de atención para usuarios de drogas en todos los niveles, refugios para personas que viven en situación de calle y otro sitios sobre la vulnerabilidad respecto del VIH de los usuarios de drogas inyectables y la eficacia de los programas de reducción de daños de acuerdo a las intervenciones definidas por UNODC/ONUSIDA/ OMS
- Promover la referencia inmediata de los usuarios de cocaínas fumables a los servicios de salud para la vinculación, seguimiento en el sistema incluyendo el acceso temprano al tratamiento antirretroviral.
- Generar espacios amigables para usuarios de drogas inyectables en los que se incluyan programas de suministro de agujas y jeringas, así como todas las intervenciones definidas por UNODC/ ONUSIDA/ OMS
- Crear y distribuir material informativo dirigido a usuarios de drogas inyectables y no inyectables
- Promover el trabajo entre pares para difundir información y promover el uso de los servicios de salud
- Promover la organización de redes de usuarios de drogas. Se sugiere realizar estudios focalizados en mujeres usuarias de pasta base para conocer en profundidad sus prácticas y diseñar respuestas específicas con perspectiva de género.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Estrada M, John H and Vargas R, Leonardo. El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]. 2010, vol.28, n.3, pp. 266-281. ISSN 0120-386X. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2010000300008&script=sci_art-text
- Encuesta sobre actitudes y prácticas de la población frente al VIH- SIDA. Programa Prioritario ITS/SIDA- DI.GE.SA-MSP- ONU SIDA, 2008. Equipos MORI. Disponible en www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5713,21638.
- Heckatorn D., Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations, 1997
- Johnston L., Respondent Driven Sampling Training Manual, 2010.
- Junta Nacional de Drogas, Guía Drogas: Más Información Menos Riesgo. 2011. 10 Edición.http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/20120316_guia_drogas_10a_edicion_set2011.pdf
- Ministerio de Salud Publica, Informe Progreso Global sobre SIDA 2012. Disponible en http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_UY_Narrative_Report%5B1%5D.pdf
- Moraes, Mario et al. Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. Arch. Pediatr. Urug. [online]. 2010, vol.81, n.2, pp. 100-104. ISSN 0004-0584
- American Association for Public Opinion Research., Code of Professional Ethics and Practices, 2010.
- Ley N° 18331 Protección de datos Personales y Acción de “Habeas Data”
- Protocol For Respondent Driven Sampling Surveys. For Integrated biological and behavioral HIV surveillance in men who have sex with men (MSM), China. DRAFT. July, 2007. Mimeo.
- Observatorio Uruguayo de Drogas. Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Informe de Investigación. Mayo 2012. Junta Nacional de Drogas. Disponible en http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf
- Pascale, A. Et al. Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur y su impacto sanitario en la última década. Mimeo, 2012
- Santiesteban, A., Guías de curso RDS, PNUD- MSP- Montevideo, 2011.
- Santiesteban, A. et al. Las personas Trans y la epidemia del VIH/SIDA en el Peru: aspectos sociales y epidemiológicos. Lima: IESSDEH, UPCH, ONUSIDA, AMFAR, 2010
- UNESCO, Declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos, 2003.

ANEXOS

CARACTERÍSTICAS PASTA BASE

LA PASTA BASE DE COCAÍNA es un producto intermedio en la producción de clorhidrato de cocaína. Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas secas de coca y tratar la solución con queroseno o gasoil, para luego mezclarle sustancias alcalinas, permanganato de potasio y ácido sulfúrico. Es un polvo blanco amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante, que contiene un porcentaje variable de cocaína. Su volatilización a altas temperaturas le confiere la propiedad de ser fumada. Es una sustancia alcalina y liposoluble. Se consume mediante la utilización de pipas plásticas o metálicas, inhaladores con tapita de frescos, antenas de autos, lamparillas, entre otros. En ocasiones se fuma mezclada con marihuana o con tabaco. En términos de efectos físicos, se destaca que al ser altamente liposolubles atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica alcanzando el SNC, tardando solo cinco segundos en producir el efecto euforizante. La duración del efecto euforizante es muy corta y el efecto estimulante desaparece rápidamente, ocasionando una profunda angustia en el consumidor. De aquí el deseo compulsivo por seguir consumiendo y el gran poder adictivo que posee. (Pascale et al, 2012)

El usuario de pasta base presenta un síndrome disfórico pre-consumo caracterizado por ansiedad, excitación psicomotriz, sudoración, temblores, dolor abdominal y urgencia rectal, que característicamente disminuye desde el momento que obtiene la sustancia para ser consumida.

Los especialistas (Pascale et al, 2012) establecen cuatro estadios clínicos sobre el consumo:

1. En un primer momento lugar se produce un flash placentero e intenso que dura 5 segundos, acompañado de disminución de las inhibiciones, cambios en los niveles de atención, hiperexcitabilidad, hipervigilancia, aceleración de los procesos del pensamiento. Existe una hipersensibilidad sensorial (olfatoria, auditiva) que incluso con el correr de los minutos se torna molesta. Esta etapa se denomina Euforia.
2. Disforia. Al caer bruscamente el efecto euforizante aparecen elementos de la esfera psíquica, como angustia, ansiedad, deseo incontrolable por seguir consumiendo, inseguridad, seguido de una profunda depresión (en ocasiones con ideación suicida), apatía e indiferencia sexual.
3. Consumo ininterrumpido. Buscando evitar la etapa de disforia.
4. Psicosis y alucinaciones. Suele aparecer un síndrome paranoide: se tornan suspicaces, desconfiados, se sienten espiados o perseguidos. Se acompaña de ilusiones o verdaderas alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Los síntomas tienden a desaparecer entre los 60 y 90 minutos luego de terminado el consumo. La persistencia de los síntomas puede evidenciar la instalación de una psicosis paranoide en el consumidor crónico.

Si bien inicialmente hay un incremento de la actividad motora, en la evolución puede aparecer un cuadro de hipertonia especialmente de miembros superiores y mandíbula (“quedarse duro”), acompañado de movimientos repetitivos de brazos y manos (como si estuviera tocando piano) y estereotipias motoras como movimientos de masticación y chupeteo. Por ultimo, existe un último estadio definido como “post-efecto” o “fase post-crítica” en el cual el consumidor se encuentra fatigado, irritable, con deseos de dormir. En la primera etapa de la adicción pueden aparecer sentimientos de culpa por haber consumido. Al igual que el clorhidrato de cocaína, por la actividad del alcaloide el consumo de pasta base puede causar hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, convulsiones, infartos y hemorragias cerebrales (tanto en sobredosis como en el consumo crónico). Se asocia además con hepatotoxicidad, rabdomiólisis y falla renal (Pascale et al, 2012).

PASTA BASE DE COCAÍNA Y TRAYECTORIAS DE VULNERABILIDAD. PRÁCTICAS, DINÁMICAS Y PERCEPCIONES EN TORNO AL CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA¹

Giancarlo Albano², Luisina Castelli³, Emmanuel Martínez⁴, Marcelo Rossal⁵

Introducción ²³⁴⁵

El presente artículo da cuenta de una aproximación etnográfica enfocada en las dinámicas de consumo de usuarios de pasta base de cocaína (PBC) en Montevideo, tarea que implicó la realización de cuarenta entrevistas, tres meses (setiembre-noviembre de 2012) de observaciones en el Club de Pesca Belvedere, y recorridas basadas en los trayectos habituales de nuestros interlocutores por los barrios cercanos al Club. En este contexto, se sostuvieron diálogos de “sala de espera” con personas o grupos que aguardaban ser encuestados; en base a estos diálogos se seleccionaron los 40 entrevistados que fueron nuestros interlocutores principales, procurando contemplar en la selección la heterogeneidad étnica, socioeconómica y de capital cultural de la totalidad de los encuestados.

El proceso etnográfico permitió conformar un espacio de aprendizaje acerca de la cotidianidad de los con-

sumidores de PBC, sus trayectorias y moralidades, su relación con las facetas represivas y protectoras del Estado, el mundo del trabajo precario y la vida obrera, el trabajo formal, informal e incluso el delictivo. En este marco se hizo posible comprender no sólo modos, frecuencias y dinámicas sobre sus prácticas de consumo sino también aspectos relacionados a las distintas circunstancias sociales en que se inician y se desarrollan las trayectorias como usuarios de PBC, los significados que les atribuyen a estas prácticas, las estrategias de obtención de las distintas drogas, la sexualidad y las relaciones de género, las relaciones familiares y los vínculos institucionales que han tenido a lo largo de dichas trayectorias.

En una primera instancia nuestro equipo ha podido constatar tres aspectos que debemos considerar sobre la realidad de estos sujetos: (a) se trata de una población heterogénea; (b) sus prácticas de consumo son también heterogéneas; (c) en cierto sentido, no se trata de una población “oculta” sino de sujetos que han tenido trayectorias atravesadas por vínculos con distintas instituciones del Estado⁶.

En suma, este texto se enfoca en el análisis de las dinámicas de consumo y sus aspectos relacionados: el inicio del consumo, las formas de obtención de las

1. Investigación realizada en base a convenio entre la Secretaría Nacional de Drogas / Observatorio Uruguayo de Drogas y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación con fondos de OEA / CICAD. Se agradece muy especialmente a todos interlocutores del trabajo de campo así como a la agencia financiadora del estudio. Este trabajo contiene buena parte del informe final de la investigación “Efectos y prácticas de consumo problemático de pasta base de cocaína (PBC) en poblaciones ocultas de Montevideo”. Los nombres de los entrevistados fueron cambiados para proteger sus identidades, los espacios de observación mencionados son reales pero no permiten la identificación de lugares habituales de venta de drogas (bocas).

2. Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos / Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

3. Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos / Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

4. Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos / Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

5. Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos / Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores (SNI - ANII)

6. En términos estadísticos se trata, sin lugar a dudas, de una población “oculta”. Sin embargo, nuestros interlocutores han tenido variados vínculos con distintos dispositivos estatales: (i) una mitad del universo total de los entrevistados estuvo privado de libertad; (ii) las mujeres tuvieron “casi todas” vínculos con el sistema de salud a los efectos de su maternidad; (iii) buena parte de nuestros interlocutores varones estuvieron hospitalizados por razones variadas; (iv) una porción menor pasó por el Portal Amarillo. En suma, existe sobre casi todos nuestros interlocutores una variada información en distintas oficinas públicas, lo que faltaría entonces, sería una buena coordinación interinstitucional. Sin embargo, hay peculiaridades que hacen distinguible a este grupo de usuarios de PBC en relación a la población general, como puede apreciarse en el informe RDS que se presenta en este volumen. Asimismo, esta población resulta oculta para los instrumentos de medición estadísticos habituales.

sustancias, las percepciones sobre el pegue⁷ y los intentos de rehabilitación.

Adolescencia(s) y consumo(s)

Además de la inestabilidad familiar y las condiciones de precariedad estructural que atraviesan la mayoría de las trayectorias, es posible que uno de los puntos más comunes sea el inicio al consumo, en concordancia con estudios previos que muestran que esto ocurre principalmente durante la adolescencia (Romero, 1999; 2001). De este período de la vida se ha remarcado la importancia de las experiencias nuevas, la curiosidad y la influencia del grupo de pares, lo que puede llevar a la experimentación con diferentes drogas (ver al respecto, por ejemplo, Ramos Junqueira y Jacoby, 2006). Los casos de sujetos que inician el consumo de alguna droga en torno a los 25 años o más parecen ser más bien excepcionales.

Es preciso problematizar la adolescencia como una “etapa de la vida” universal y observar cómo una generalización tal enmascara la vida social concreta en los distintos sectores sociales. Si mientras una buena parte de los entrevistados iniciaron sus primeros consumos de alguna sustancia psicoactiva entre los 12 y los 15 años (edad que en muchos casos podemos poner en paralelo con el ingreso a la educación secundaria y los primeros años de ésta), algunas trayectorias dan cuenta de un inicio precoz (ya francamente en la niñez), mientras que un tercer grupo lo hace hacia los 16 años o más.

El momento inaugural de la trayectoria de consumo ocurre por lo general en circunstancias de reunión con amigos y fuera del ámbito familiar, aunque el inicio aparece a edades más tempranas cuando el contexto social de los sujetos es de mayor precariedad, donde muchas veces el consumo es una práctica frecuente en el entorno barrial e incluso en la propia familia. Sin embargo, en su desarrollo las trayectorias tienden a diversificarse dependiendo del capital social y económico de los sujetos y sus familias; aunque se trate incluso de las mismas sustancias, los habitus (Bourdieu, 1997) se configuran de maneras distintas para los distintos sectores sociales.

7. Efecto de la sustancia, más allá de si es deseado o no.

Trazando una trayectoria “modélica” de consumo de drogas, se puede precisar que los sujetos se inician principalmente con alcohol, tabaco y marihuana, conociendo más adelante otras sustancias como la cocaína o la PBC, en concordancia con lo que señalan otros estudios, aunque más tempranamente⁸. Otra sustancia que aparece al inicio del consumo, vinculada a consumos tempranos, en los contextos de mayor precariedad, y siendo en su mayoría de sujetos que actualmente cuentan con 30 años o más, es el de cemento —consumo que es percibido por ellos mismos como de “gurises”⁹—. No obstante, hay casos en que el consumo se inicia con la PBC directamente sin haber tenido experiencias con otras sustancias.

Se señala a la primera década del siglo XXI como el momento de la aparición de la PBC, seguida de la rápida adicción a la misma por parte de muchos usuarios de otras drogas, suplantándolas, con mayor o menor celeridad, así como a otras formas de consumo de derivados de la hoja de coca; minoritariamente, también se iniciaron al consumo de PBC personas que no consumían otras drogas. Aquí son notorias las diferencias que marca la edad para las diferentes trayectorias de consumo: mientras que muchos de los consumidores con más edad comenzó el uso de la PBC luego de consumir cocaína bajo diferentes formas (ya sea tomándola, cocinándola o picándose¹⁰, pasando a menudo por varias de ellas) e incluso otras sustancias (cemento, anfetaminas, ácido lisérgico, drogas de prescripción, etc.), los más jóvenes, que se iniciaron en el consumo luego de la irrupción de la PBC en el mercado, difícilmente hayan

8. En la 5ta. Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de Drogas (OUD, 2012) la primera droga en consumirse es el alcohol y luego la marihuana y la cocaína, pero ambas sustancias con un promedio de inicio en el consumo mayor a los 18 años de edad.

9. Es interesante observar como una sustancia con fuerte efecto alucinógeno fuera usada mayoritariamente por niños y adolescentes —consumo que, en general, fue sustituido más tarde por el de marihuana u otras sustancias— que se encontraban en mayor precariedad y por tanto en muchos casos con responsabilidades de provisión, situación de calle, etc. Un entrevistado señala que siendo niño, “me encantaba viajar con cemento porque hasta yo mismo hacía la historia, yo mismo me preparaba para... por ejemplo, miraba las estrellas y con el dedo movía las estrellas así, o como la película que tira rayos por los ojos así, era zarpado, y las telarañas se veían fosforescentes muy loco, un mundo muy loco”.

10. Para una definición de las *categorías nativas* ver el glosario al final del texto.

experimentado estos otros consumos (a excepción del de alcohol, la marihuana y la cocaína aspirada).

Dinámicas de consumo

Al hablar de dinámicas de consumo estamos abarcando no sólo formas de consumir determinada sustancia, sino los diferentes factores y circunstancias que rodean al acto en sí. Dado que “lo real es relacional” (Bourdieu, 1997), no podemos dejar de considerar las múltiples relaciones que aparecen en conexión con el consumo, incluidos allí los vínculos con otros sujetos e instituciones así como procesos de significación. En el universo del consumo de las cocaínas fumables hemos podido apreciar discursos, prácticas y significados particulares respecto a cada sustancia, sin desconocer las oposiciones significantes sobre cómo cada droga afecta a los sujetos, con el paso del tiempo a su identidad y las posibilidades de desarrollo de cada uno.

En las dinámicas de consumo la edad del sujeto es relevante y las edades relativas¹¹; según el sector social al que pertenezcan se verán más o menos atraídos, interpelados por la transgresión implicada en el consumo. Podría decirse que el consumo de drogas es el epítome de las transgresiones contemporáneas juveniles, aunque los períodos de “moralidad social” implicados por la juventud sean más cortos a medida que descendamos en la estratificación social. A su vez, la adicción a la PBC es vista, por nuestros propios interlocutores en el trabajo de campo, como un factor central en cuanto a la consolidación de las trayectorias de mayor marginación social en el Uruguay actual.

11. La edad en que el sujeto consume o deja de consumir cada sustancia es relevante para comprender su trayectoria, pero ésta, para ser comprendida, debe ser entendida en su relatividad socio-cultural, pues no es lo mismo tener 14 años en la pobreza extrema que entre las clases medias.

Las dinámicas de consumo suponen prácticas de relacionamiento que se desarrollan a través de la construcción de territorialidades; en estas territorialidades múltiples la calle ocupa un lugar privilegiado: en la calle, en el barrio o en el cante¹² se establecen diversos vínculos y se realizan prácticas que permiten acceder finalmente al consumo (además de experimentarse violencias múltiples, pero también solidaridades de parte de otros sujetos). Viviendo en la calle puede ocurrir que estén con una pareja afectivo-sexual o con algún compañero, con quienes comparten la comida, cuidan sus pertenencias y pasan el tiempo. Es muy difícil encontrar a una mujer viviendo sola en la calle, por lo general se encuentran con alguna pareja estable o pasajera. En cambio entre los hombres es más común ver que se encuentren solos, y en ocasiones con algún compañero entre quienes se cuidan mutuamente¹³.

En procura del rescate

Cualquiera que realice un recorrido por la calle sin tener que llegar a asentamientos o a los barrios más pobres de la ciudad de Montevideo, puede reconocer pistas sobre el modo en que el espacio público es utilizado por estos sujetos y puede apreciar, si al menos se tiene la intención de notar las sutilezas inscriptas en el espacio, cuán difícil se hace rescatarse. Una tarde de recorrido por el Paso Molino nos acerca a estas circunstancias:

Caminamos por Agraciada rumbo a la Estación Yataí¹⁴, donde varios de los entrevistados achicaban.

12. *Calle, barrio y cante* fueron mencionados en repetidas ocasiones pero no de manera indistinta, sino poniendo de manifiesto diferentes apropiaciones identitarias. La *calle* refiere a cualquier lugar desligado de lo personal y por lo tanto donde se pueden transgredir más normas pero también donde se pueden correr más riesgos. Las otras dos categorías eran utilizadas para distinguir aquellos lugares de residencia de clases medias-bajas y bajas donde el consumo se practica de un modo más privado o resguardado (el *barrio*), de aquellos donde la precariedad económica y social es el rasgo característico, y donde el consumo adquiere mayor cotidianeidad o es más visible entre quienes allí viven, sean o no consumidores (el *cante*). *Cante* proviene de *cantegril*, forma irónica ya antigua, de llamar en Uruguay a los asentamientos irregulares. Una referencia temprana a los cantegriles puede hallarse en Bon Espasandín (1963)

13. Estudios recientes han enfocado en la población viviendo en la calle, entre la cual, efectivamente, hay una proporción importante de usuarios de PBC. Ver: Fraiman y Rossal (2011), Rial, Rodríguez y Vomero (2011) y Rial (2012).

14. Estación ferroviaria ubicada en la zona del barrio Paso Molino, lindera con el barrio de Capurro.

Tomamos camino por la vía, bastante llena de basura y desperdicios. Al llegar a la estación había en el suelo un par de colchones viejos y sucios, ollas tiznadas y ropa desparramada. Continuamos hacia al Arroyo Miguelete, seguimos hasta la calle Coraceros, observamos el asentamiento del otro lado del arroyo y la basura que flotaba en el curso de agua. Luego dimos la vuelta por República Francesa hasta Uruguayana, donde encontramos la parte abandonada de la fábrica La Aurora. Había varias entradas sin ningún obstáculo y la vereda estaba cubierta de yuyos.

Este lugar está muy próximo a la estación Yatay y varios comentaron que también allí pernoctaban algunas personas, así que entramos. Como aún era de tarde y el día soleado entraba abundante luz en ese lugar inmenso, con habitaciones que se disponían a ambos lados y enormes escaleras. Estaba en total abandono, pero por algunos objetos que encontramos deducimos que efectivamente el lugar era utilizado como achique. Había ropa, incluso dos jeans parecían colgados como si estuviesen secándose. También había alguna almohada, latas, restos de fogones y tizne en las paredes, además de distintas escrituras y graffitis.

Luego, el Manager (Milton, uno de nuestros entrevistados) nos confirmaría que allí duermen algunos, pero que “no cualquier negro entra ahí de noche porque impresiona”. Es difícil en la calle encontrar un lugar seguro para pernoctar, y siempre se está a la deriva de un lado a otro dependiendo de las circunstancias. De eso hablamos brevemente con el Manager, a quien cruzamos en la Avenida Ángel Salvo, a unas pocas cuadras luego de abandonar la fábrica. Dijo que venía de la “ferretería”, de vender unos hierros e iba camino a la “farmacia”¹⁵. Actual-

mente estaba pasando la noche en un descampado cerca de uno de los puentes que cruzan el Miguelete; prefiere un lugar donde no lo molesten, como ocurre por ejemplo en Yatay, de donde los corren cada mañana. Ya de eso habían hablado Mario y Wilson, contando su propia experiencia con un policía que los despierta todos los días en ese lugar.

Al Manager se lo veía bien, estaba prolijo con un jean y una camisa verde, pero él nos desengañó de esa suposición diciendo que lo veíamos así porque había logrado dormir el día anterior, luego de una semana de gira, durante la cual sólo descansaba a razón de una o dos horas diarias. Antes de llegar a preguntar cómo había conseguido el dinero para solventar esos días de gira, él se anticipó diciendo que hallaron junto a otros muchachos un barco encallado próximo a la costa, y de ahí obtuvieron de todo un poco, lo cual vendieron en distintos lugares del barrio: “surtimos de lonas a todos los quiosquitos”, comentó. Con algunas personas, o en determinados lugares, estos muchachos ya son conocidos dado que son del barrio (por ejemplo en la “ferretería” donde vendió los fierros, o en los almacenes), y es en esos mismos lugares donde algunos pueden llegar a quemar todo. El intercambio entre los comerciantes y los usuarios de PBC oscila entre la conveniencia y la distancia que impone la estigmatización.

Luego nos contó de varios muchachos que habían pasado por el Club. Él sabía de cómo andaban muchos de ellos, ya que “anda siempre en la calle”. Comentó que Mario estaba o había estado internado hace poco, pero hacía varios días que no tenía noticias suyas. La última vez fue cuando se dio una “escapada” del hospital para consumir, pero se sintió mal y se fue finalmente sin fumar. Conversamos un poco más, luego nos despedimos y seguimos en direcciones opuestas.

Al llegar nuevamente a la zona del viaducto encontramos a Inés y su pareja, quienes cuidan coches allí, y en ese mismo momento apareció Mario, el cual nos reconoció antes que nosotros a él y nos saludaba del otro lado de la calle. Nos alegramos

15. La “farmacia” alude a la boca de venta de PBC, la “ferretería” al depósito que compra los materiales recolectados. Es importante hacer notar aquí cómo el *Manager* utiliza las palabras con gran sarcasmo, para resaltar la informalidad y precariedad de sus actividades. A veces, ante el discurso del *otro*, pareciera que se buscara “esencializar” cada palabra, como si respondiera exclusivamente a una jerga o dialecto propio del grupo en cuestión. Efectivamente, se pueden encontrar palabras específicas o usos que difieren de acuerdo a la posición en el espacio social; pero también hay en cada sujeto innovación, sarcasmo y una amplia gama de recursos en el uso del idioma para expresarse. Insistir en demasía en esa “esencialización” implica, en alguna medida, negar parte de la capacidad de agencia o pensamiento de ese *otro*. Por supuesto que el uso individual puede tornarse grupal -la

sarcástica metáfora sobre la ‘farmacia’ del Manager termina siendo sinónimo de boca, por caso-, pero este proceso es común a la lengua toda, a través por ejemplo, de las “metáforas muertas”, como bien mostrara Ricoeur (1998: 65).

de verlo bien y él contó que hacía pocos días le habían dado el alta: “del VIH estoy bien, no me controlaba hace un año y no preciso plaquetas ni nada, el tema es el cáncer que tengo”. Estaba un poco más flaco pero al menos en apariencia no se lo veía muy distinto a la última vez que estuvo con nosotros. Andaba con varias bolsas con plásticos y se disponía en breve a “desayunar” su primer chasqui (eran para entonces las 18 horas aproximadamente). Durante algunos minutos nos contó sobre su internación en el Hospital de Clínicas y luego sobre los planes que tenía en su vida personal para el futuro cercano: se enteró que sus hijos están en la casa de su madre y entonces quiere ir por ahí, pero antes necesita conseguir ropa nueva y darse un baño. “Ellos saben que estoy en la calle pero así no puedo ir. Voy a esperar a cobrar la pensión ahora en diciembre y conseguir ropa... la historia es poder salir un poco de todo esto”.

El espacio privado, reservado a la familia, se presenta por lo general como aquel donde las formas de consumo se desdibujan, pasando a primar otras relacionadas a la paternidad o maternidad, el cuidado de los hijos, el cuidado propio y del hogar. Pero además, lo personal vinculado a lo privado, difícilmente encuentra un lugar en el espacio público, vinculado a lo colectivo. Es por eso que la calle y el hogar se contraponen y no es posible habitar ambos espacios al mismo tiempo. Este aspecto, sumado a la precariedad laboral, lleva a que los modos en que se rescatan, impliquen en buena medida —aunque no en todos los casos— estar en la calle, y en muchos casos vivir permanentemente en esas condiciones. Los relatos coinciden en que al reconocer que su consumo es problemático y que afecta a sus familias, acaban abandonando el hogar y pasan a vivir en la calle. Su retorno al hogar se dará sólo en aquellas ocasiones en que puedan “llevar algunos pesos” o mostrarse físicamente “presentables”.

Estando en una situación problemática de consumo de PBC, como muchos de nuestros interlocutores expresaron, suelen pasar buena parte del tiempo recorriendo distintos lugares buscando la manera de conseguirla. Consumir PBC implica establecer vínculos que permitan acceder a las sustancias y a los recursos para comprarlas, intercambiarlas u obtenerlas mediante

otras prácticas. Éste es uno de los momentos donde aparecen configuraciones múltiples entre lo (i)legal y lo (i)legítimo, mostrando reelaboraciones que difieren de aquellas pautadas por las moralidades dominantes.

Una ocupación común de muchos consumidores es volquetiar, es decir, hurgar en la basura en busca de objetos que puedan vender, principalmente botellas de plástico y metales, lo que supone amplios recorridos por distintos barrios. Los recorridos pasan indefectiblemente por las bocas, lugares donde puede haber espacios para achicar y consumir¹⁶. Es en estos espacios donde ellos se (re)conocen; pero como manifestaron unánimemente, “amigos”, en ese ámbito, “no existen”: son sólo conocidos.

En general sus recorridos y sus agenciamientos son solitarios. Por un lado, debido a que generalmente la PBC no se comparte, cada uno consume lo suyo. Pero también porque la calle es un espacio donde se corren riesgos, con lo cual lo más prudente es caminar solo¹⁷. Hay que notar que la calle es un lugar común entre aquellos que sufren adicción a la PBC, no sucediendo lo mismo con consumos abusivos de otras sustancias, como puede ser la cocaína inhalada. Patricio, de 35 años, nos comenta los motivos de caminar solo:

P- “Soy una persona que... si tengo que convidar convidado, pero ando solo. Pero ¿sabés por qué ando solo? No es que sea egoísta, a mi me gusta de que si yo hago esto es todo para mí. Después yo puedo dar veinte pesos a vos, veinte pesos a aquél. Pero soy egoísta en el sentido que me gusta andar solo y hacer las cosas a mí. No me gusta andar con otro ni nada porque yo no sé el problema que trae el otro atrás, que, ¿viste? Cosas, entendés, cosas que por la misma droga hay amigos, hay pibes que se están mandando cualquier cagada y digo, yo aguanto mis problemas, después lo demás es de lo demás. Y ando solo por eso mismo, porque no, no... ya por andar con un pibe casi me matan, nunca más. Ehh, hablamos, estamos acá, viste como que estamos acá, fumamos, estamos fumando pero es un minuto. Pum, pum, encajo

16. La descripción de un lugar así puede encontrarse en Albano (2013).

17. Al contrario de lo que se podría suponer, si uno va en grupo se estaría más protegido, muchos usuarios de cocaína aseguran que es más seguro andar solo.

y me voy. '¿Adónde vas?' 'No, me voy'. Le digo 'no, me gusta caminar', o 'tengo que ir hasta allá', mentira, a veces le pongo un 'que no, pará que tengo que hacer un mandado'... no mentira, igual me paro en la otra esquina y me quedo”.

Patricio vive en el 40 Semanas¹⁸ en casa de su hermana. Sus primeros consumos fueron con marihuana a los 17 años, y poco tiempo después comenzó con la cocaína inhalada. Probó pasta base por primera vez a los 25, pero antes ya consumía cocinada¹⁹. Siendo adolescente estudió en un CECAP²⁰, donde “aprendió un oficio” pero también salía a robar. A los 18 años se fue a vivir con su pareja y a los 19 tuvo su primera hija. Su compañera lo abandona a causa del consumo y poco tiempo después cae preso. Al salir estuvo viviendo durante siete años en Argentina, y allí logró estar sin consumir durante un buen tiempo, hasta que conoce la pasta base. Desde hace ocho años consume PBC todos los días, y reconoce que todas sus actividades cotidianas tienen que ver con ello.

G- ¿Y hoy en día como es tu vida, cómo es tu rutina, qué hacés?

P- “¿Cómo es mi rutina? Mi rutina es: me levanto... cuando duermo ¿no?... Me levanto, voy a una... tenemos un amigo, una estación de servicio que yo voy todos los días y me da 100 pesos diarios, es el arranque, yo no voy pensando en los 100 pesos pa' comprarme algo para comer, te soy honesto, voy pensando en que “pah, tengo el levante”.

G- ¿Y es por un laburo que le hacés?

P- “No, no, me lo da. Me lo da porque me lo da, me lo da porque el loco tá, me conoce, con tal de que no salga a robar... son gente que me ayuda ¿no? He estado en cana...”

G- Te da los 100 pesos y vos con eso vas para la boca.

18. Barrio de Montevideo, producto de un realojo de los años 80; esta política de vivienda estatal dio como resultado uno de los barrios más estigmatizados de la ciudad. Su nombre alude al tiempo en el cual fueron construidas estas viviendas. La paradoja es que una política que pretendía erradicar asentamientos irregulares, generó un espacio urbano signado de la misma forma que un asentamiento.

19. Cocaína cocinada, definición montevideana del crack.

20. Los CECAP son centros educativos donde asisten jóvenes que se desvincularon del sistema educativo formal y que pueden presentar dificultades de aprendizaje, pero principalmente se atiende allí a adolescentes de escasos recursos socio-económicos

P- “Voy para la boca, me lo fumo todo. Y ahí ya voy, me siento en la esquina y empieza que... hago alguna changuita, viste, yo que sé... agarrar, cortar el pasto, eh... arreglar algún enchufe, cosas.”

G- ¿De los vecinos, ahí del barrio?

P- “Claro, ahí en el barrio, gente que me conoce, que me dan una mano, porque hasta ellos mismos me dicen, 'vo... que'... pero como para que no me vean de que... para que no me mande cagada por ahí, para que no salga a robar, ellos mismos me dan una fuerza porque dicen 'vos vas a dejar cuando vos quieras, pero aunque sea no vas a vivir en cana vos'. Ahora hace dos años que estoy acá y ya me llevé dos antecedentes más, imaginate”.

Veamos ahora cómo se ha configurado la trayectoria de Hugo y la manera en que actualmente se rebusca para obtener su rescate diario. Hugo tiene 25 años. La primera sustancia que probó fue marihuana, a los trece años, con compañeros del liceo y poco tiempo después cocaína inhalada. Más adelante aprende a cocinarla, pero “la droga más rica que encontró” según sus palabras ha sido la pasta base. Vivió con su madre y hermanos hasta los catorce años en Toledo, momento en que se muda con su padrastro al Cerrito de la Victoria. Conoció a su padre biológico siendo adolescente pero no quiso relacionarse con él. Al mudarse abandona sus estudios; en ese momento se encontraba cursando primero de liceo. También por ese entonces fue padre, pero el vínculo con su hijo y con la familia materna de éste es distante. Siendo aún menor de edad pasó un par de años en la Colonia Berro²¹, a causa de varias rapiñas. Pero también ha tenido períodos en que se dedica a trabajar y deja de consumir; esos momentos se dan cuando regresa a su hogar materno. Desde hace algunos meses pernocta en un refugio ubicado en el barrio Capurro, sobre la rambla portuaria. En la entrevista cuenta que consume diariamente, en sus recorridos diarios va conociendo bocas y buscando la manera de conseguir dinero para comprar PBC:

H- “Me muevo, no sé... tengo ahí un mini negocio mío que limpio vidrios, vidrieras ¿viste? Tengo una clientela, me manejo con eso.”

L- Y de noche como podés caer al refugio y ahí te dan comida y eso...

21. Conjunto de centros de detención de adolescentes infractores a la ley penal.

H- “Claro, ahora estoy medio contenido ahí, o sea como que me contengo un poco, he faltado, me he ido, he entrado con droga (...)”

L- Claro, o sea que vos mientras estás ahí te sentís un poco más contenido... ¿consumís menos o consumís la misma cantidad?

H- “Sí, yo... y ahí no consumo, adentro. Pero no, el consumo no varía en nada, va igual, es lo mismo, todos los días salgo, hago doscientos cincuenta pesos, más el boleto, voy, compro, vengo, siempre hago lo mismo (...)”

L- ¿Vas y comprás de a tiza?

H- “No, compro un pedazo, una cuarta [1/4 de tiza de PBC] y me la venden a doscientos cincuenta pesos, salgo... hago dos vidrieras y ya tengo trescientos pesos, me tomo un bondi, vengo, sigo laburando y ya voy fumando ya... y cuando estoy fumando laburo el triple, porque me camino hasta lo último y sigo... son las seis de la tarde y yo siempre estoy lavando vidrios, cuando quiero ver todavía tengo la cuarta y tengo para dos cuartas más, porque me cuelgo ¿viste?”

Entre el pegue y estar de cara

El pegue es en definitiva lo que ofrece el consumo de cada sustancia pero viene acompañado, en particular respecto a la cocaína y sus derivados, de una serie de “complementos” que afectan negativamente la calidad de vida de quienes consumen, con lo cual las atribuciones a las distintas sustancias suelen ser ambiguas: un mismo sujeto se puede referir a ellas como “la porquería” y como “la mejor droga” de un momento al otro.

Se trata de dos temporalidades disímiles y desde cada lugar se construyen significaciones contrapuestas respecto a la realidad: de cara se reflexiona sobre la adicción, pero mientras dura el pegue se encuentran verdades, como se desprende de los relatos que siguen más abajo. Nuevamente hay que distinguir en este punto las implicancias del pegue de la cocaína y sus derivados, fundamentalmente la “cocinada” y la PBC, del pegue de la marihuana, la cual es referida comúnmente como un recurso en momentos en que se busca alejarse del consumo de aquellas, vinculada a momentos de reflexividad respecto a su propia situación de consumo.

En el pegue muchas veces se busca un refugio, una válvula de escape de una realidad caracterizada por la precariedad y la estigmatización; pero el efecto es momentáneo mientras que las condiciones de dicha realidad reproducen la desigualdad social: los datos cuantitativos indican que los mayores índices de consumo que existen se dan entre los sectores más pobres de la sociedad²².

Existen distintos momentos en sus trayectorias en que el pegue se experimenta de modos diferentes, ya se trate del consumo de marihuana, cocaína inhalada, fumada o PBC, que son las sustancias utilizadas con mayor frecuencia además del alcohol, aunque al hablar del pegue por lo general se hace referencia a aquellas y no a este último. Por esto es significativo considerar sus cambios tanto en los efectos físicos como en el plano simbólico, así como las formas de apropiación o rechazo que se van sucediendo.

El pegue en el momento de los primeros consumos se presenta de un modo revelador, si bien en ciertas ocasiones contaron que la primera vez “no pegó”, no sintieron los efectos o incluso que no les gustó, continuaron haciéndolo. A medida que el consumo de nuevas sustancias se convierte en un hábito más frecuente e incluso cotidiano, la percepción del pegue no es igual, necesitándose mayores dosis para lograr los mismos efectos que al comienzo. El significado que se le atribuye a esta sustancia va cambiando a medida que aumenta la tolerancia hacia el consumo, pero también es variable en relación a su “calidad”²³.

Con el paso del tiempo y a partir de lo expresado por los sujetos, es posible visualizar modificaciones en

22. El consumo de PBC no arraigó como práctica de igual manera entre los distintos sectores sociales ni entre las distintas generaciones. Siguiendo los datos obtenidos en la 5ta. Encuesta en Hogares sobre Consumo de Drogas es posible sostener algunas afirmaciones respecto al perfil modélico de los consumidores: “Si bien, en general el consumo de pasta base es bajo, su visibilidad está dada por las características que adquiere el consumo y por la concentración geográfica, y por tanto, socioeconómica. En Montevideo -donde la prevalencia duplica a la del interior- hay zonas donde el consumo alcanza al 4% (...) Así es que al observar el perfil de los que consumidores de pasta base se encuentra que, ocho de cada diez son hombres, tres de cada cuatro son menores de 30 años y siete en diez residentes en la capital del país. Asimismo se mantiene la segmentación territorial (y socioeconómica) del consumo para esta sustancia encontrado en 2006, alcanzando la prevalencia de vida en las zonas más vulnerables al 4%” (OUD, 2012:33).

23. Sus recorridos urbanos también se relacionan con este aspecto; los usuarios eligen a qué boca ir a comprar según la calidad y el precio que ofrezcan en una u otra.

los modos de consumir las cocaínas fumables. Una primera etapa asociada tempranamente al consumo de la cocinada, práctica que tiende a desaparecer a partir de la popularización de la PBC a inicios del siglo XXI, modalidad que asociamos a una segunda etapa. Más recientemente, entre las generaciones más jóvenes hemos podido identificar una nueva práctica que consiste en consumir exclusivamente basoco. Estos jóvenes han sido testigos en el transcurso de la última década del proceso de expansión del consumo de PBC y sus consecuencias sobre los consumidores —muchos de aquellos hermanos menores o parientes cercanos de éstos— con lo cual sus prácticas de consumo están marcadas fuertemente por el sentido del riesgo; es decir, existe un aprendizaje que se manifiesta en los modos en que las nuevas generaciones se vinculan con las sustancias que el mercado ilegal les ofrece así como los discursos que se generan en torno a éstas.

Los cambios en los modos de consumir modifican los lugares de consumo, las estrategias para conseguir las sustancias, el vivir en la calle o con la familia, así como también otras percepciones, por ejemplo las expectativas de futuro. Sin embargo no hay naturalización del consumo por parte de los usuarios: la adicción se representa como algo externo, que transforma al sujeto físicamente e identitariamente y en los discursos siempre se apela a alcanzar una “normalidad”, sin consumo, cumpliendo obligaciones moralmente interpeladas, comportándose como una “buena persona”.

El caso de Julio nos aporta elementos para comprender las distintas etapas del pegue y sus reacciones. Él tiene cuarenta años, comenzó a consumir marihuana siendo adolescente, y cuenta una trayectoria de experimentación con distintas sustancias (cemento, pico, ácido, merca, y base), lo que lo lleva a reconocerse a sí mismo como un “químico dependiente”. Aunque tuvo experiencias de convivencia con distintas parejas y dos hijos, actualmente vive en el barrio Verdisol con su madre. Trabaja realizando arreglos de sanitaria y albañilería.

J- “Desde que fumo pasta base no... no consumo casi marihuana. La pasta base es una droga que no te permite otras drogas, la plata que agarrás es para

ella, es como... yo la pasta base la comparo con la película de los mutantes ¿viste? Sí, es algo parecido, te atrapa así y sos un mutante, estás preso de eso. Por eso nunca consumes esto, no hay vuelta.”

L- La primera vez que fumaste base, base mismo o sea, no cocinada... ¿cómo fue?

J- “Me parece que estuvo bueno porque no es... al principio estaba duro y estaba... ¿viste? Es otro viaje, después empezó la época de la paranoia que te ataca esa esquizofrenia, paranoia, no se, viste que... alucinás y oís ruidos, no con los ojos sino con escuchar, eso es... ahora no, sí ahora sí también, escuchás pasos que vienen, te hacés la cabeza que te van a patear la puerta y van a venir y te van a ver fumando, todo ese viaje así te acelera el corazón, el cerebro, te da vuelta la sangre a mil por hora en el cuerpo, quedás mal, te asustás de verdad.”

L- Vos cuando comenzaste con la pasta base...

J- “No era así.”

L- No sentías lo mismo...

J- “No era ese viaje.”

L- Vos me decís que sentís que a lo largo del tiempo que has consumido pasta base has tenido distintas sensaciones del pegue...

J- “Sí, si todas malas, han sido todas malas, ninguna buena, yo creo que también depende de la calidad de la pasta base ¿no? Supongo, hoy no me hace el efecto de paranoia como antes, ¿no? Lo controlo un poco más pero no es porque haya ganado de cabeza, capaz que la base es más ligera, no sé, supongo, no lo tengo muy claro, pero lo que sí sé que... llega una hora del día y no veo el momento que...”

L- Claro, ¿todos los días consumís pasta base?

J- “Sí, todos los días. Ahora consumo pasta para sacarme... no para los sentimientos, sino para sacarme un malestar, es eso [se ríe] es eso...”

L- ¿Y a vos te parece que te saca algún malestar, sentís...?

J- “Me calmo, sí, me calma me... mirá, yo no estoy pensando en eso, pero de repente la cabeza me hace ¡puuuuj! y ya no pienso en otra cosa, es un flash, es un segundo. Yo voy, vengo de trabajar y el ómnibus da vuelta en la esquina de casa y ya me empieza a

correr retorcijones en el estómago y pienso ‘no, no quiero, no lo voy a hacer’, con plata en el bolsillo ¿viste?, ‘no, no quiero, ¡no no quiero!’”

L- Y vas a comprar...

J- “Hasta el último momento cuando estoy por darle fuego a la cosa así digo ‘¡no no no!’”

L- Tu cabeza se está negando hasta último momento pero igual consumís.

J- “Sí, eso era más bien hace un tiempo atrás, ahora como que lo estoy aceptando más, que me acepté como un dependiente químico.-2

Como mencionamos más arriba, “de cara se reflexiona sobre la adicción, pero mientras dura el pegue se encuentran verdades”. Era frecuente en las charlas que mantuvimos con los sujetos que se formulara un discurso autocrítico y de fuerte carga moral acerca de las experiencias de consumo. También era común que se identificara la PBC como la causante de las condiciones de vulnerabilidad que son características de la realidad de la mayor parte de los consumidores, aún cuando éstas ya estaban presentes en sus vidas desde mucho antes. Hay que distinguir, no obstante, lo efímero de sus reflexiones bajo los efectos del consumo de PBC, y tener en cuenta que se trata de una sustancia altamente adictiva cuyo efecto dura unos pocos minutos. A su vez, a medida que los efectos del consumo se tornan problemáticos, más se los reconoce como algo ajeno, es decir con una práctica con la que no desean identificarse, sino más bien modificarla. Así, la combinación dialéctica entre dependencia y desnaturalización resulta más que estimulante, desestructurante de la integridad personal y luego, cuando está instalado como hábito, también de la trama social. Este punto aparece claramente ilustrado en la experiencia de Pablo. Conozcamos brevemente su historia y veamos qué decía al recapitular sus sensaciones del pegue.

Pablo tiene 41 años. Siendo joven trabajó en la construcción, momento en el cual prueba por primera vez marihuana y más adelante cocaína. Comenta que sus primeros consumos fueron por “esnobismo”. A raíz de un episodio de violencia con su hermano en el cual lo apuñala, Pablo atraviesa su primer pasaje por la prisión, donde además sufre trastornos psíquicos y es internado en el Hospital Vilardebó. En ese transcurso,

y visitas conyugales mediante, su compañera queda embarazada y tienen una hija, y años más tarde, cuando ya estaba fuera, un hijo. Al salir de la cárcel su inestabilidad emocional lo lleva a terminar con su relación de pareja y pasa a vivir en la calle. A partir de ahí su vida se desmorona y en el transcurso de los últimos diez años prueba otras sustancias entre ellas el pico y la lata²⁴. Durante estos años vivió en distintos lugares de Uruguay y Argentina, en lo que él denomina como “fugas geográficas”, donde intentó recuperar la estabilidad y tener un trabajo vinculado a la construcción, pero la anhelada estabilidad siempre duraba poco tiempo y volvía a recaer en el consumo y en prácticas delictivas. Entre 2003 y 2005 estuvo privado de libertad dos veces más; además contrajo hepatitis C. Repetidas veces buscó restablecer su relación de pareja, volviendo a convivir con la madre de sus hijos, pero las cosas no salieron bien. En el momento de conocerlo, Pablo pernoctaba en un refugio, sin tener contacto con sus hijos. Por ese entonces intentaba rehabilitarse por sí solo, sin concurrir a ningún centro de tratamiento. Llevaba un mes sin consumir alcohol, marihuana, cocaína o pasta base. Él decía que ése era su último intento porque su vida había “tocado fondo”.

L- ¿Cómo llegó a tus manos la pasta base?

P- Y estas tribus que te digo que habíamos hecho vivienda en el Centro, estaba fumando (...) era con la latita, era la lata de coca cola o de cerveza, el agujerito, la ceniza, pum, puso, probé y no sentí el efecto en ese momento.

L- ¿Pero eso era... merca cocinada o era...?

P- Era merca cocinada sí, yo la conocía de... en Buenos Aires, pero fue una amiga la que me convidó y no me pegó en ese momento, nosotros íbamos al coreano ahí del **** [nombre de barrio], que era la súper boca que había en Montevideo y comprábamos la merca, yo me la tomaba y algunos compañeros de la bandita ahí del grupo la cocinaban, otros se la picaban, era para todos los gustos, era surtida la

24. Al aparecer la PBC se la comenzó a consumir en latas de refresco, y de ahí su denominación. Pero, como mencionamos más arriba, algunos años más tarde y hasta el presente, la *lata* fue sustituida por la *pipa*. En las entrevistas incluso algunos recordaron los tiempos de la *lata* con cierta nostalgia, haciendo referencia a que por entonces el fenómeno de la PBC no había adquirido las dimensiones actuales. Antes de ello se inyectó cocaína, *pico*.

cosa, ahí sí las veces que probé el efecto me sentí... sentí ese estado eufórico esa... calidad mental, que todo lo sabés, todo lo creés todo ¡pá pá! Está buenísimo, pero después sentís ese desconcierto que te da cuando entrás a bajar y quedás de cara, decís pá... estás mal, se te va el efecto y quedás mal, te quedás mirando el piso, buscando la piedra que se cayó, que nunca se cayó ¿me entendés? Bueno, buscando algo ahí, ahí sí... pero digo, ese efecto me gustó, me pareció que estaba más bueno que... que tomarla o que picársela... y ahí fue aaah... fue un infierno, realmente fue un infierno, ahora que lo he visto a la distancia ha sido un infierno y me ha costado órganos, me ha costado... la libertad, me ha costado... en realidad me costó la personalidad ¿no? Digo, la droga te destruye y uno siempre quiere reconstruir algo y no... yo no puedo reconstruir más nada ahora, no me queda más nada que reciclar, me he reciclado varias veces pero ya no me queda más para reciclar, ahora estoy tratando de construir con lo que me quedó, unas cuántas neuronas que todavía funcionan... Estoy tendiendo puentes con gente que hacía mucho tiempo que no veía, desde los veinticinco años imaginate, los vi otra vez por Facebook, también entrar al mundo cibernético no estaba ni allá pero bueno, ahora me estoy dando...

A medida que transcurre el tiempo y el hábito del consumo se arraiga cada vez más, se afecta la trama social que sostiene los vínculos de estos sujetos con ámbitos e instituciones como centros educativos, relaciones laborales, familiares y afectivas. En este devenir el consumo problemático pasa a primar sobre el pegue y éste ya no se “disfruta” como en los primeros tiempos, adquiriendo entonces un sentido profundamente negativo. Aún estando la práctica del consumo sumamente incorporada, son excepcionales las ocasiones en que algún entrevistado manifestó querer continuar en dicha situación. La constante fue el pedido de ayuda, de apoyo para salir.

Veamos ahora la experiencia de una muchacha que conocimos en los últimos días del trabajo de campo y que atravesaba un momento difícil entre una intensa angustia y la fisura, en un impasse luego varios días de emparrillamiento. Transcribimos un pasaje del diario de campo:

Katherine iba expresando cosas sobre su vida y se reprochaba a si misma los errores, “arruiné todo, estoy atrapada en esta mierda” repitió varias veces, tapándose la cara o echándose rendida hacia atrás en la silla. El dinero que obtiene día a día es teniendo relaciones sexuales; “en esta semana creo que fue cuando más sexo tuve con desconocidos” dijo, “¿sabés lo que es ir a pararte ahí para hacer una moneda?, porque si dijeras que es para comida para mis hijos, para un pan, pero no estoy trabajando para mis hijos, no estoy haciendo nada por ellos ¡me prostituyo por un chasqui!” expresa casi gritando y dirigiéndome la mirada. Sostengo su mirada pero no tengo palabras para contestarle, y sigue diciendo “lo que hago no es trabajar, eso es una mentira, es la rosquita en la cabeza que me hago yo, pero si sé que no es así. Hace un año que salí de la cárcel y no he hecho nada, no se qué hacer, a los lugares donde he ido a tratarme me he escapado siempre”.

Katherine estuvo cinco años en la cárcel por rapiña, y también de eso habló con ironía: “me vine para Montevideo [antes vivía por la Costa de Oro] y me metí en esa, ¿y sabés cuántas rapiñas hice?, ¡dos!, porque ni correr sabía la muy tonta”. Luego de salir, a mediados de 2011 probó por primera vez cocaína cocinada y la ha consumido desde entonces a diario. Hace unos meses atrás intentó ingresar a Beraca²⁵, pero no llegó a quedarse ni una noche; “ahí te tratan con la biblia y yo no soy católica, te sacan todo, el tabaco, todo, y yo así no puedo”. Más adelante le pregunto sobre sus hijos, con quién se encuentran y contesta “con una tía, no puedo tenerlos conmigo y mi marido murió hace cuatro meses de un paro cardíaco”; “nos casamos, nuestros hijos los buscamos, son fruto del amor y yo lo arruiné todo, ya nadie me quiere ver (...) mis intentos han sido una semana, dos semanas que me quedo en la casa de mi madre pero la gente se cansa, se pudren de uno”. Y aunque en su familia, como dijo luego, nadie consume drogas, sus primeros consumos se dieron a los trece años con cocaína, marihuana y alcohol. “Todos mis conocidos son consumidores, no

25. Beraca, al igual que Remar, son dos organizaciones no gubernamentales de origen religioso evangélico que tienen a su cargo comunidades de atención a usuarios de drogas y personas en situación de extrema vulnerabilidad.

puedo decirte cuántos son porque durante toda mi vida me relacioné con ese tipo de gente, capaz te puedo conocer a vos pero no me puedo relacionar contigo porque no consumís” dijo, intentando dar cuenta de lo difícil de alejarse o intentar salir de esa red de relaciones sociales.

Pastosos, drogadictos y consumidores

Los sujetos se reconocen y se desconocen a sí mismos: se reconocen a través de la estigmatización social que adquiere en la corporeidad su elemento sobresaliente y diferenciador; y se desconocen en relación a una historia, a un origen previo, a un pasado que fue mejor. Erving Goffman definió al estigma como aquel “atributo que vuelve a un individuo diferente de los demás y lo convierte en alguien menos apetecible. De este modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para convertirlo en un ser inficionado y menospreciado” (Goffman 2006:12). Asimismo son dos las situaciones en que puede encontrarse el sujeto estigmatizado: se encuentra “desacreditado”, cuando su condición de diferente ya es conocida, o en una situación “desacreditable” cuando ésta no es inmediatamente perceptible o conocida por los demás (ibid:14). En esta línea podríamos sostener que el deterioro físico —en combinación con los demás cambios que produce el consumo de cocaínas fumables— lleva a transitar al sujeto de una situación de “desacreditable” a “desacreditado”, tránsito que se torna muy difícil de revertir.

La estigmatización es la condición que se establece en el relacionamiento con los demás, y es mediante dicho proceso que los sujetos adquieren el estatus de otredad: se es una alteridad en la propia sociedad en tanto el extrañamiento supera las posibilidades de identificar en ese otro rasgos que también son los propios; de encontrar (nos) en lo que compartimos. No podemos obviar el modo en que el consumidor compulsivo de PBC viene siendo representado social, mediática, hegemónicamente. En este sentido, como también apuntaba Goffman (2006:12), es la sociedad la que establece los medios para categorizar a las personas; categorizaciones que inciden a su vez en las representaciones de sí mismos, por ejemplo, como

veíamos más arriba, las reflexiones y autocríticas de los entrevistados también partían de concepciones morales hegemónicas. De modo que al considerar sus modos de representarse es preciso atender a los modos en que son representados. Así entonces el deterioro de sus identidades —sostenida en esa oposición entre reconocimiento y desconocimiento— no responde exclusivamente a sus prácticas sino también a como éstas son significadas en el espacio social.

Por otro lado, la conflictiva relación entre las percepciones del cuerpo y la construcción de la identidad adquiere manifestaciones prácticas y discursivas en sus trayectorias, presentándose como un aspecto significativo que incide en las dinámicas de consumo. En la medida en que el consumo se incorpora en los hábitos y conforma su núcleo cotidiano en torno al cual se delinear otras prácticas vinculadas, éste va transformando el cuerpo, lo que mencionábamos anteriormente como el tránsito de “desacreditable” a “desacreditado”. La falta de alimentación adecuada, de un lugar para descansar, dormir e higienizarse, los vínculos distantes con las instituciones de la salud y las múltiples experiencias de violencia física en la calle y en centros de reclusión —lugar común entre sus trayectorias— hace del cuerpo el lugar privilegiado para evidenciarse y es a través de él que se constituye una de las dimensiones de la otredad que ha adquirido características de hipervisibilización en el espacio público.

Es por ello que como parte de las dinámicas de consumo hay que mostrar también cómo estos sujetos perciben la estigmatización y las actitudes que incorporan en el espacio público, así como también cómo se construyen las percepciones entre ellos mismos. Como ya hemos visto, es común en sus relatos mencionar que no les gusta fumar en cualquier lugar, exponiéndose a la agresión y la discriminación, pero también para cuidar a los otros, fundamentalmente a los niños, jóvenes y mujeres. Por lo general no les gusta ser vistos, pero saben asimismo que a los demás tampoco les gusta verlos: su imagen y su presencia muchas veces adquiere el significado de la peligrosidad.

[Wilson]

- “Yo por ejemplo no fumo en la calle, yo fumo siempre en un lugar apartado que nadie me vea porque no me gusta consumir adelante de la gente, porque

tengo ese pudor por los niños, hay gente que no, hay consumidores que lo fuman igual, yo he visto en Agraciada fumar... la policía pasa, si te ve, si se baja es porque hay mucha gente mirándote, si no el botón mira para otro lado, miran... ¿por qué? Un día paran a mi sobrino, le digo 'Davi no fumes en la calle', 'no, que no, que... brrrr' [remeda la protesta de su sobrino]... Carlos María Ramírez ¡a media cuadra de la Diecinueve²⁶! Sale el botón enseguida, le dice 'nene ¿qué estás haciendo?', dice 'no', dice. Entonces se lo saca ¿no?, lo pone en el piso, pa pa pa lo rompe, dice 'hago esto porque no quiero hacer papeles contigo', y es la verdad; el policía si a vos te agarra con algo tiene que llevarte a la seccional, hacer un papeleo de la gran siete...

Los sujetos objetivan los efectos del consumo sobre sí mismos, en la corporalidad, en el verse sucios, hambrientos, cansados luego de varios días sin dormir, y en ese proceso algunos manifiestan ser adictos, otros que tienen control de sí, que pueden dejar, que "está todo acá, en la cabeza". Más allá de que en su amplia mayoría expresaron "querer salir", dejar de consumir y tener una vida "normal", los sujetos en la diversidad de prácticas que producen y en los significados que otorgan a las relaciones que establecen se manifiestan heterogéneos, y esta heterogeneidad también era objeto de una construcción discursiva atravesada por moralidades que ponían en evidencia aquello que es aceptado, tolerado o condenado.

Fue Jimena, de treinta años, quien nos aportó elementos para comprender la forma en que aparecen representados estos sujetos según diferentes categorizaciones con respecto a la situación de adicción. El siguiente fragmento del diario de campo da cuenta de estas concepciones:

(...) Jimena hablaba desde su lugar como madre, primando en su discurso una moralidad de protección y cuidado hacia su hija; allí fue cuando definió con mucha seguridad: "Existen los pastosos, los drogadictos y los consumidores. Los pastosos son los que perdieron la noción de todo, no saben donde están parados; los drogadictos son los que dejan tirados a los hijos, no les importa nada, se

'encaman'²⁷ con cualquiera por un chasqui; y los consumidores son aquellos que asumen su dependencia a la droga pero a pesar de ello mantienen sus responsabilidades". En su caso, reconociéndose como "consumidora" de acuerdo a las categorías de su glosario, su mayor responsabilidad está en el cuidado de su hija por la cual "lucha a muerte". Durante la charla remarcó varias veces que no podía demorarse ya que debía ir a buscar a la niña a la escuela. Compartiendo la necesidad de dejar de consumir agregó que lo que le hace falta es "salir de ese barrio" donde vive, para poder alejarse del entorno de consumo cotidiano.

Según el relato de Jimena, pastosos, drogadictos y consumidores no compartirían los mismos "códigos"; en relación a las moralidades dominantes (vinculadas al cuidado y la provisión), para algunos sujetos, el sentido de la responsabilidad y el sentido del cuidado —de los demás pero también de sí mismos— se encuentran más presentes que en otros. Nuevamente vemos cómo la construcción de dicha moralidad y el modo en que en función de ello Jimena clasifica a los distintos sujetos, gira en torno a la familia, en este caso a la que constituyen ella y su hija. La "familia", imagen que atraviesa todos los discursos, parece ser uno de los problemas principales, porque al indagar sobre ella se evidencian violencias, abandonos, como también ayudas, contención, afectos, pero muy difícilmente en lo concreto de sus realidades la familia coincida con la representación ideal de la familia nuclear, epítome de lo "normal" y lo "sano".

Para aquellos que han tenido una trayectoria sujeta a mayor privación, es posible que iniciarse en el consumo de pasta base no implique un cambio significativo a determinadas dinámicas cotidianas, como sí podría ocurrir con otros sujetos quienes, pertenecientes a clases medias y medias-bajas, perciben el consumo de PBC como un gran riesgo. Es en este sentido que sostenemos que también existen muchas formas de ser consumidor de PBC y sus correspondientes percepciones. Observémoslo con Horacio (41) y Fabricio (38). Ambos tienen una trayectoria como trabajadores; Horacio trabajó muchos años en la Intendencia de Montevideo, mientras que Fabricio tomó un camino más independiente fabri-

26. Seccional policial de la zona.

27. Tienen relaciones sexuales.

cando y vendiendo artesanías, llegando incluso a tener un taller propio. Su familia, según contó, tiene un buen pasar y siempre le dieron todo: auto, tarjeta de crédito, lo que quisiera. Aunque Horacio es de una condición más humilde que Fabricio, y ambos llevan años consumiendo PBC, no llegan sin embargo a identificarse con las dinámicas en torno al consumo de aquellos sujetos que se encuentran en contextos de mayor precariedad socio-económica. Pero ellos lo que aprecian no es la diferencia respecto al lugar que ocupan en el espacio social, sino más bien el modo en que cada uno incorporó el consumo y las prácticas que de allí se desprenden.

[Fabricio]

L- ¿Y cómo cambia eso de fumarte unos chasquis a decir “me gasto platales”?

F- “No es ‘me gasto platales’ porque... no, es porque es una dosis, y la dosis es una... es una cosa que la precisás, es una cosa... no es que... ‘cincuenta pesos me los fumo y me da lo mismo, tomo mate’, son tres personas en el mundo creo que lo pueden hacer... es muy adictivo, lo precisás, yo en aquel momento era nuevo, no me daba cuenta del daño que me hacía en el bolsillo y la adicción que me estaba agarrando.”

L- ¿No te dabas cuenta decís?

F- “No, hay otros que tienen menos posibilidades, viven en la calle, que esto que lo otro y... yo no puedo creer que hay alguno que va, si lo roba o lo consigue o no sé cómo hace, quinientos, setecientos, mil pesos... consume, termina de consumir y dice “tengo hambre”, y abre una volqueta para comer... yo no lo haría nunca, abrir una volqueta... ¿para qué, para comer? Nunca, ni a palos, y estoy totalmente enfermo como cualquiera de esas personas.”

L- ¿Consumís pasta base todos los días?

F- “Casi todos los días, pero consumo... si no trabajo, juntar no junto, entonces...”

L- ¿Cómo conseguís el dinero para comprar pasta?

F- “Y... mi madre me habilita un poco, me habilita un poco, sabe que es para eso y sabe que me quedo... Ayer yo no salí a la calle, me tomé dos pastillas, cené con ellos en la mesa, miramos la tele, pum... y me acosté a dormir.”

Horacio, por su parte, viene de una trayectoria problemática con el alcohol y la cocaína. Él menciona

que el alcohol “es un llamador” para consumir otras drogas y que no se hubiera animado a consumir PBC sin estar “en copas”:

[Horacio]

H- “Viste que el alcohol es llamador, porque yo, de cara, por ejemplo, yo le tenía un miedo bárbaro a la pasta base, no... ¡un miedo!.. tenía miedo de ver fumar a la gente, que veía a la gente... ¿no? Que parecen... parecen de película, calaveras andantes, y por eso me asustaba, me asustaba a mi, yo me asustaba, porque digo... si yo no la hubiese probado en copas capaz que no la probaba, digo... no me daba para consumirla fresco, pero ta, después que la consumí en copas, viste, es una cosa que ta, se te mete en la sangre y te toca la sangre y la mente... y bueno, después está en vos...”

M- Claro, pero no te ha pasado nunca tener que girar Montevideo buscando plata...

H- “Noooo no no, no no, para nada...”

M- Hay muchachos que me han dicho que tienen que salir a pedir, a hacer botellas.

H- “Ah no no, eso no.”

M- Jamás tuviste una secuencia de esas.

H- “No, jamás se me dio por... primero, mirá, por eso nunca pedí para la droga, nunca pedí, gracias a Dios, nunca robé por la droga, no me pasa por la mente... ¿entendés? Me da vergüenza pedir para comer, de repente, y para esto peor, me da vergüenza.”

Porro, basoco, pipa

El universo del consumo se presenta, más allá de ciertos aspectos comunes, como un espacio donde las trayectorias se van configurando de modos diversos, adquiriendo especial importancia en este punto las diferencias generacionales. Las trayectorias no son lineales, no aparecen en ellas sólo secuencias de consumos iniciadas con marihuana y continuadas luego con cocaína para culminar con la PBC. Una visión reduccionista como esta deja a un lado que los consumos tienen que ver con procesos y problemas sociales, políticos y económicos que no atañen exclusivamente a las drogas y que las sustancias que pone a disposición el mercado ilegal también se van suplantando.

Entre aquellos sujetos de mayor edad y que habían experimentado con distintas sustancias aparecen tipos de consumo que entre los más jóvenes no son comunes —lo que no implica sin embargo que no puedan acceder a ellas—, por ejemplo inhalantes como el cemento y en menor medida el ácido o cartón (LSD). Como ya fue mencionado, cuando aparece en Uruguay la PBC el mecanismo para consumirla era utilizando la lata²⁸, mientras que actualmente el dispositivo más común es la pipa. Qué determinó esa mudanza puede tener que ver con el hecho de que al arraigarse el consumo como práctica, los consumidores van adoptando nuevos modos de consumir y ciertamente la pipa es un objeto más discreto y fácil de transportar que la lata. Hay que tener en cuenta además que existe cierta construcción discursiva sobre los riesgos a que se encuentran expuestos al consumir PBC, pero fundamentalmente al utilizar los mismos accesorios para hacerlo, por lo cual fue común escuchar “yo uso mi pipa y no la comparto”, como tampoco es común que se compartan los “tubitos” (de papel, plástico o cartón) para inhalar cocaína.

Por otro lado, las trayectorias difieren en los modos es que son utilizadas y significadas la marihuana y el basoco. Mientras que algunos fuman marihuana para bajar cuando ya no tienen o no quieren seguir con la pipa, otros abandonan por completo el consumo del porro y éste sólo es retomado cuando se está intentando dejar. Hay quienes mezclan las drogas en una misma dosis para consumirlas, en relación a lo cual también se tejen significaciones que transitan por distintos caminos. Es conocido ya el nevado, dado que la cocaína está presente en el país desde hace muchísimos años²⁹, a diferencia de la PBC que tiene una década aproximadamente, si bien la cocinada, que algunos usuarios consideran equivalente a la PBC, es anterior en su uso a ésta. Pero desde que se extiende su consumo no solo han mudado los elementos que se utilizan —como vimos la lata es sustituida por la pipa, y ésta a su vez podría estar siendo sustituida por el basoco en

las nuevas generaciones— sino también las formas en que se la consume y los riesgos que se identifican con cada una. El basoco es una manera de consumir esta sustancia ciertamente más discreta que utilizando la pipa, que implica un cambio en el comportamiento de los sujetos, pero también en cómo se identifican y las significaciones que le atribuyen. Alguien que no utiliza una pipa difícilmente se reconozca como un adicto a la PBC, más allá de que se torna evidente en el cuerpo y en la fisura que el consumo habitual produce, como aparece en los relatos que siguen. Por otra parte, el tabasoco es una variante del basoco que permite la misma discreción. Pero mientras que algunos argumentaron que estas formas alternativas constituyen una manera de “no terminar arruinados”, para otros consumir de este modo puede incluso causar más daños, al tiempo que supone un engaño a uno mismo, dado que en definitiva la pasta base está allí. Esto es ilustrado por las experiencias de Nicole y Arnaldo.

Nicole (28) vive con su pareja desde hace alrededor de cinco años. Lo conoció mientras él cumplía una pena en el COMCAR, cuando ella iba los fines de semana a visitar a su hermano. Al recobrar la libertad se fueron a vivir juntos. Nicole ya había probado pasta base, pero no le gustaba fumar en la casa de sus padres; lo hacía esporádicamente junto a su hermano y la novia. Pero al mudarse con su pareja, la frecuencia del consumo fue cambiando y en ese tránsito sustituyen el tabasoco por la pipa:

L- ¿Y con basoco cómo es?

N- “Y... el basoco yo creo que es peor, todo es malo, pero creo que es peor porque fumás el doble. O sea, vos de repente si vas a fumar pasta fumás, y le tenés que poner ceniza o lo que sea, le dejás un cigarro prendido ahí que se haga ceniza sola y no tenés que estar fumando un cigarro así, pero el tabasoco ya estás fumando tabaco con pasta todo junto. Para mi es peor, es una cosa que no te deja... para eso fumala directo y ya está.”

L- Porque otras personas con las que he conversado han dicho lo contrario... Digamos que ellos fuman basoco como para no... sentir que están tan colgados...

N- “Sí, sí, por eso, pero para mí es como hablamos con mi pareja, hablamos eso... eso es mentirse a uno mismo, porque cada vez le vas a querer poner

28. Como da cuenta una aproximación que realizó Folgar en el barrio Misiones, en el cual *lata* y *lateros* son los calificativos que designan el modo en que se fuma PBC y los sujetos que lo hacen, respectivamente (Folgar, 2006).

29. Para el Río de la Plata, hay registro de la presencia de la cocaína en tangos de las primeras décadas del siglo XX.

más. Nosotros llegamos a un momento que... ¿sabés por qué empezamos a fumar en pipa? Porque era un poquito de tabaco así, y era pura pasta.”

L- Claro, cada vez ponían más pasta.

N- “Claro, porque cada vez... si no la fumás directo el pegue es menos ¿entendés? Y a la vez, te deja con ansiedad, no se si me entendés... a veces me cuesta explicar.”

L- Sí, sí, sí, sí.

N- “Entonces un día dijo ‘bueno vamos a fumar en pipa pero sólo por hoy’ pero viste que el sólo por hoy...”

La experiencia de Arnaldo es un tanto diferente. Él tiene 22 años y es uno de tantos jóvenes que, a pesar de consumir, tiene una idea clara de cuáles son las consecuencias que acarrea la PBC. Lo vivió de cerca con su hermano, a quien también entrevistamos, pero también con otras personas que viven en su mismo barrio, Verdisol. Arnaldo se desvinculó de los estudios secundarios para trabajar, y ha realizado distintas tareas, aunque actualmente se encuentra desocupado. Además de PBC en forma de basoco, también ha consumido cocaína esnifada aunque pocas veces porque no le gustó. Sus amigos consumen cocaína y le ofrecen convidarlo, pero él se mantiene al margen. Su consumo habitual, y único, es el basoco:

L- Y... basoco, ¿cuándo probaste la primera vez, o probaste pasta sola?

A- “No, pasta sola nunca... siempre con porro.”

L- ¿Y cómo fue la primera vez que probaste?

A- “Para ser pendejo y eso, para mí estaba bien, yo que sé... Con amigos, ahí fue que me juntaba con un par de amigos nomás, con dos nomás, después cuando conocimos a otros compañeros del barrio que entraron a fumar y eso y nos juntábamos todos en la casa. (...)”

L- ¿Y algunos fumaban solo en pipa?

A- “No, todos iguales.”

L- Solo fumaban basoco.

A- “Todos iguales, todos iguales.”

L- ¿Y por qué basoco? ¿Y por qué nunca probaron pipa?

A- “Yo que sé, yo veía a la gente fumando pipa y... para mí, yo que sé... a mí la gente a veces me dice ‘es lo mismo que fumés basoco y pipa’, ‘es lo mis-

mo’, dicen, pero yo les digo siempre ‘para mí no es lo mismo’... ta, viene a ser lo mismo porque estás fumando pasta igual, pero para mí no es el mismo el pegue, puede ser algo parecido pero...”

L- Claro, son dos drogas juntas ¿no?

A- “Son dos drogas juntas... a mi me dice hasta mi hermano, me dice a veces, yo lo descanso o algo y él me dice ‘no... si estás fumando igual, estás fumando pasta base’, tá pero... yo que sé, yo preferiría mil veces fumar un basoco que estar fumando pipa, sé que voy a quedar más fisurado y...”

L- Fumando pipa decís, solo.

A- “Claro, yo veo a la gente, yo en mi vida en los años que tengo he fumado basoco con gente que ha estado con tres, cuatro tizas hasta con un plato lleno y fuman ellos pipa y yo basoco, y yo siempre los veía todos los días, años estuve así y yo nunca fumé, siempre basoco y si no tenía basoco, no tenía porro, ni fumaba.”

L- ¿Nunca te tentaste de probar?

A- “Nunca, siempre me decían ‘no que vos te pasteás con pipa’, yo nunca me pastié con pipa. (...)”

L- A vos el basoco te gusta ¿pero sentís que lo podés controlar?

A- “Yo te digo la verdad, yo lo controlo... antes, hasta hace dos años atrás fumaba, pero... mal, fumaba mal, pero ahora no, ahora me fumaré... a partir de estos dos años que pasó, me fumaré, yo que sé, por noche me fumaré dos o tres, por más que tenga plata en el bolsillo no fumo más.”

L- ¿Y por qué fue ese cambio?

A- “Yo que sé...”

L- ¿O en algún momento pensaste esto me está...?

A- “No, más bien el cambio fue porque... una vuelta en verano estábamos ahí en la esquina con los gurises y compramos un veinticinco de faso, veinticinco gramos y lo armamos todo de una, hicimos un velón gigante una cosa así [señala con sus manos] y lo entramos a fumar entre todos, éramos como veinte ahí fumando, y en una de esas entraron después a mirar un video, me miraba en el video y me veía...”

L- Ah, porque filmaron...

A- “Claro, me veía re flaco, mal... digo ‘no no puede ser’, decía yo, y me sacaba fotos yo y me miraba

y digo ‘no, no puede ser’, claro, de bermuda y todo, la bermuda me quedaba corte gigante, mirá ahora lo que soy y lo que era antes, tenía unas patitas así [indica la medida con sus manos].”

Estos cambios generacionales, que responderían a un aprendizaje colectivo de los males sufridos por la generación anterior, fueron detectados para el caso norteamericano por Phillipe Bourgois (2004:96): “Como ocurrió con el polvo de ángel, las generaciones más jóvenes de afroamericanos y latinos de los núcleos urbanos de las grandes ciudades aprendieron de manera relativamente rápida a evitar el crack cuando vieron el efecto cáustico que éste tuvo en sus hermanos mayores”. Como se señaló más arriba, la experiencia de Arnaldo (al igual que la expresada por Horacio al considerar a algunos consumidores como “calaveras”), es ilustrativa de cómo luego de transcurrida una década desde que aparece la PBC, integrantes de las nuevas generaciones que van comenzando a experimentar con el consumo de sustancias psicoactivas configuran sus prácticas de acuerdo a patrones que se diferencian de los de sus mayores.

Con otros jóvenes amigos de Arnaldo mantuvimos charlas informales en las cuales manifestaron que si bien consumen cocaína inhalada y basoco, viven con sus familias, las cuales también les proporcionan el dinero que utilizan para comprar las sustancias; sus padres desconocerían lo que ellos hacen con el dinero. El siguiente fragmento del diario de campo da cuenta brevemente del encuentro con estos muchachos:

Lucas, Tomás y Matías concurrieron al club. Los tres vinieron muy bien “empilchados”: ropa Nike y Reebok de la cabeza a los pies. Claramente su perfil se distingue de los consumidores que se encuentran en condiciones de mayor precariedad. Estos muchachos evidencian una moralidad y una trayectoria que difiere el típico pastoso como refieren a los otros y muestra la permanencia del vínculo familiar estrecho. No obstante la práctica sostenida del consumo comienza a mostrar fisuras en sus trayectorias, como parece ocurrir en el caso de Matías quien dejó su trabajo hace unos 7 meses —el cual había durado tan solo 3— y oculta a su familia sus prácticas de consumo de nevado y de basoco. “Mi madre piensa que sólo fumo un porrito” expresó, en una clara distinción entre lugares donde

su actitud sería susceptible de castigo y lugares donde supone cierto prestigio, como entre sus amigos.

Es más fácil escarbar el pozo que tratar de salir: sobre los intentos de rehabilitación

Podemos considerar los momentos en que los sujetos intentan dejar de consumir recurriendo a estrategias diversas. Es paradójico sin embargo considerar esos momentos en términos de “estrategias”, dado que en buena medida atravesar un proceso de rehabilitación, como observamos en las trayectorias de los sujetos con quienes nos vinculamos, supone experiencias complejíssimas desde todo punto de vista: respecto a la familia y a las relaciones afectivas, a la convivencia en barrios donde existen dinámicas de mercado y consumo de sustancias ilegales que se transforman en prácticas cotidianas, a la construcción de la propia identidad del sujeto que afronta dicha situación, a sus recorridos en las instituciones de salud, entre otros aspectos. Estos son momentos donde las trayectorias de consumo pueden tener un punto de quiebre, aunque hay que hacer énfasis en que establecer rupturas sobre ellas, más allá de los recursos, la capacidad de agencia y el capital social, cultural y económico con que cuenten, supone un desafío sumamente difícil.

Con Pablo volvimos a encontrarnos varias veces. Fue otra de las personas con quien generamos un vínculo más estrecho y pudimos apreciar sus dificultades para mantenerse sin consumir:

Hace un tiempo atrás cuando entrevisté a Pablo él había contado cómo se sentía en su intento de tomar distancia del consumo de drogas en general. En aquel momento fumaba mucho tabaco, como forma de sustituir otros consumos. Recuerdo que los muchachos, que estaban allí cerca en la puerta del refugio [donde realizamos la entrevista] le gritaron ofreciéndole un porro pero él se negó. Creo que en ese momento ya no estaba consumiendo nada, aunque había dicho que lo estaba haciendo progresivamente. Todo ese proceso por su propia cuenta. Ayer jueves nos encontramos nuevamente ya que ese día, y desde que expresó su necesidad “distraerse” y “no pensar en consumir”, concordamos en que volvería-

mos a encontrarnos si en algún momento él quería hacerlo. Y efectivamente en el diálogo quedaba claro lo difícil de modificar la realidad del usuario de PBC. No se trata únicamente de tener la fortaleza para lograr abstenerse de consumir, sino de generar nuevamente una red social alejada del entorno del consumo, y es éste uno de los aspectos fundamentales. Recuerdo algunas de sus palabras de ayer: “me está costando mucho, de verdad que me está costando mucho encontrar algo para hacer, usar ese tiempo que quedó vacío, divertirme sin consumir nada”. Entonces hablamos de distintas cosas; caminamos juntos unas cuantas cuadras porque yo tenía que ir a Facultad y mientras transcurría nuestro encuentro varios pensamientos se me plantearon: por un lado, aunque quería saber cómo estaba respecto al consumo, sentí que sería bueno poder hablar de temas que nada tuvieran que ver, entonces hablamos de música y me contó con manifiesto orgullo que poco tiempo atrás había ido a ver el Ballet del Sodre con su padre. También me preguntó sobre cuáles son las posibilidades laborales de los antropólogos y qué pensaba hacer yo. Hablamos de distintas cosas y en un momento, mientras volvíamos a comentar sobre lo difícil de encontrar un nuevo sentido al tiempo ingenuamente se me ocurrió decirle “¿por qué no te vas a acampar por ahí?”, pienso que el día soleado me sugestionó para ello, pero él muy firme contestó en seguida “lo que necesito es trabajar”. Es claro, recomponer su vida implica necesariamente contar con un dinero mes a mes que le de cierta estabilidad, pero fundamentalmente modificar su hábito de consumidor, retomando uno anterior a éste, el de obrero de la construcción. Ese es su objetivo en este momento, trabajar y buscar dónde mudarse “porque en el refugio están todos en la misma”. Es muy difícil intentar siquiera ponerme en su lugar, ¿dónde recurrirías a buscar trabajo luego de tantos años de idas y venidas en el ámbito de la calle, el consumo, la delincuencia?, ¿con quién hablás, a quién visitás para compartir un rato?

Nuestro encuentro no duró más de cuarenta minutos y estuvo bastante contaminado por el ruido del tránsito, pero igualmente fue grato confirmar que se mantiene sin consumir alcohol, marihuana, pasta

base o cualquier otra sustancia. Quedé pensando en una de las cosas que dijo: “no quiero escupir para arriba pero quiero pensar que estoy en una nueva etapa de mi vida”, a lo que no pude responder algo mucho más interesante que “bien, siempre es bueno cambiar y conocer cosas nuevas, porque de lo otro ya te sabés todo”. No se si fue acertado o no, pero creo que entendió la intención de mi respuesta.

Al igual que Pablo, muchos otros han intentado a lo largo de su trayectoria dejar de consumir y según lo manifestado es un tema recurrente entre sus conversaciones, aunque bastante más difícil de concretar en los hechos. La regla en este sentido es más bien la recaída, la reincidencia en el consumo. En este sentido encontramos aspectos a considerar. Por ejemplo, que es común reincidir al no lograr encontrar vías para solucionar otros problemas de su realidad, como el no contar con trabajo y el alejamiento con su familia y amigos, en relación a lo cual parece configurarse un encadenamiento entre problemas-consumo-problemas, aspecto que se vuelve especialmente significativo si tenemos en cuenta la precariedad de las condiciones en que se desarrolla la vida de muchos de ellos. En ocasiones el consumo de marihuana es una forma de achicar, pero no resulta suficiente; es recurrente en los relatos la afirmación de que, para dejar de consumir, se necesita “salir del barrio” en donde generalmente el consumo de PBC es un hábito incorporado en la cotidianeidad.

Alberto tiene 25 años, y probó marihuana en primero del liceo. El momento de quiebre en su trayectoria fue en tercero, que repitió tres veces.

- “Y ahí fue que también probé recién la merca, ahí también, en el liceo. Y tá, porro siempre me gusta consumir, prefiero 10 veces consumir porro que esta porquería, esta pasta que estoy consumiendo ahora. Y digo... con la pasta base arranqué como a los 16 por ahí más o menos. A los 16, pero no con una frecuencia como la que estoy ahora, era una cosa que yo la controlaba a ella, no ella a mí.”

Al comienzo el dinero venía de su madre, su familia lo apoyaba pero en los primeros tiempos no se percataban de la situación de consumo problemático de Alberto. En su relato refiere a su abuela, que le pagó cursos, a su tío que lo llevó a trabajar a una óptica

a los 18 años... Cuenta sus avatares familiares, luego la pareja, un hijo, separación, deudas, peleas con los suegros y los padres. Su recuperación la atribuye al cambio de entorno, a salir de sus ámbitos conocidos. Fue mediante el trabajo en los naranjales de Salto que pudo dejar de consumir:

A- “Acá me mata el tema que soy de acá, soy del barrio y conozco todo, conozco el ambiente, sé que salgo y ‘vo Alberto, en qué andas’... Aparte dónde me queda [la pasta], me queda 3 cuabras para acá, 3 cuabras para allá, 3 cuabras para allá (...)”

E- Y por qué te parece que allá te aguantaste mejor, ¿por el tema del laburo y eso? ¿por qué?

A- “Y porque estaba lejos de todo, del ambiente y de todo. Hay, si la buscás hay, yo sé que había, yo sé donde había, pero estaba lejos de todo, en otra, me gustaba el baile, ir al baile, salir, ir a tomar una cervecita, estaba chocho, me mirabas y era otra persona, firme que era otra persona (...) ¡Por lo menos podés salir a caminar de noche vo! Allá por lo menos salía, salía de noche, ponele que me iba hasta un 24 horas 11 y media de la noche a comprarme una cerveza, y nada, no había nadie en la calle, había pero nada, no pasaba nada... andá acá a buscar una cerveza 11 y media de la noche, te cobran peaje, cada 5 cuabras te cobran peaje, ‘¿no tenés una moneda?’, ‘¿no tenés un cigarro?’. Y por casualidad no te despluman, firme porque es así, tenés que ir caminando mirando para atrás y para adelante. Allá salís tranquilo, es otra cosa, es otra cosa. Las amistades son diferentes allá, los que había conseguido en las naranjas, son gente...”

E- ¿Son de allá?

A- “Son gente de Salto mismo, son gente, me ofrecieron una pieza cuando yo estuve mal ¿me entendés? Te brindan una mano.”

E- Acá es más difícil...

A- “Acá quién te va a brindar algo, nadie te da nada, nadie te da nada... es raro que alguien te dé algo.”

E- Sí, sí. La gente del barrio... que no consume y eso, ¿tenés trato o...?

A- “Y gente que yo tenía, o sea la gente bien, que yo me llevaba bien, que eran mis amigos... ya no me quieren, son desconocidos. Por ejemplo, el otro día

paso Catunga, que era como un hijo para él, pasó y era como... como si no hubiera visto nada, yo le digo ‘bueno negro, ¿en qué andás? ¿Todo bien?’, y siguió, o sea ya está, nunca le fui a pedir plata ni nada, pero se quemaron por... por lo que le pasa a mi madre, por lo que soy yo, ¿entendés?... Todas las amistades esas yo no... no... como que, viste, te apartan. Estoy destruido, estoy destruido firme, firme...”

E- Está jodido...

A- “Está jodido, por eso me quiero ir para allá, arrancar como quién dice de cero, nadie me conoce, me conocen algunos ahora, pero digo, nadie te conoce, estás tranquilo, podés estar tranquilo en una casa sólo, sé que puedo llegar y tomarme una cervecita de noche, cosas así yo qué sé, estoy tranquilo ¿viste?”

Al retornar a Montevideo, su situación empeoró nuevamente, lo que le hace constituir una expectativa de futuro relacionada con la vida alejada de la cotidianidad de su entorno barrial. Piensa volver a Salto, a la zafra de las naranjas,

A- “Para zafar esos meses. Eso lo tengo pensado, pienso quedarme allá, sí, quiero quedarme allá, quiero quedarme allá, quiero vivir allá, tranquilo más paz, más paz firme que hay una paz bárbara...”

Para dejar de consumir, muchas veces también se busca apoyo en algún conocido/a o amigo/a, en la pareja, aunque emprender la empresa no es tarea sencilla, como sucede en el caso de Josefina y Gerva (joven con el que charlamos varias veces pero que no fue entrevistado formalmente). Al momento de conocerlos contaron que tenían su achique en la Estación Yatay. Estaban juntos desde hacía algunos meses y en ese transcurso han sido frecuentes sus intentos de no consumir, pero las dificultades se presentan cuando no coinciden en sus iniciativas: cuando uno quiere dejar, el otro quiere consumir y así, con lo cual no sólo se torna complejo abstenerse, sino también mantener su relación. Jesús es otro de los sujetos que se encontraba, al momento de la entrevista, por alejarse del consumo, si bien lo viene haciendo de a poco, al igual que mencionaba Pablo, y para afrontar ese desafío ha recibido el apoyo de una amiga, conocida del barrio:

L-¿Alguna vez antes habías tratado de dejar la pasta?

J- No.

L- Nunca te lo habías propuesto, digamos...

J- Nunca... después tá, después... empecé a ir a la casa de una muchacha, una amiga y le planteé lo que quería hacer... y estaba siempre ahí porque me llamaba por teléfono, este teléfono me lo regaló ella, como que... yo lo veo así, me lo dio para probarme a ver si... si en realidad yo quería...

L- ¿Para ver si no te lo fumabas?

J- Claro... me lo tomé yo de esa manera, ojo, capaz que no.

L- Claro, ¿hace cuánto que lo tenés al teléfono?

J- Y hace... cuatro meses.

L- Ahí va, o sea que hace cuatro meses de ese momento que vos decís... quiero tratar de dejar digamos...

J- Sí... ehh... tá, siempre está la botija llamándome por teléfono, yo voy por la casa...

L- Te está acompañando.

J- Claro, ella hacía que yo la acompañara a todos lados, yo que sé, íbamos a la cancha, el hermano juega al fútbol, siempre me llamaba, vamos para la cancha, vamos... me hizo bien.

L- ¿Y ahí cómo te sentías vos, cambiando esos hábitos?

J- "Raro, raro..."

L- Como que no te hallabas en ese momento.

J- "No, no..."

L- ¿Tenías ganas de consumir en ese momento o no?

J- "Y en realidad sí, en realidad sí... me sentía raro, hace tiempo que no... bah, hacía años que no... me sentía raro."

L- Porque te empezaste a encontrar con otra gente... a ir a lugares diferentes

J- "Claro, a ir a lugares diferentes, a tratar con gente diferente... otro léxico como quien dice, de hablar y todo, no es lo mismo hablar con alguien de la calle que estar hablando con una persona normal, que no se droga, o que se droga y no... no... digo, o que se droga con porro, o toma alcohol, es diferente, muy diferente."

L- ¿Y esta amiga tuya, cómo la conocías?

J- "A ella hace años que la conozco, desde gurises."

L- Ahí va... te dio una mano, claro.

J- "Capaz que sin querer me dio una mano, capaz que sin querer... y yo que... me dije a mí, 'si te van a dar una mano ehh... no la voy a dejar pasar'... Y voy llevándola, pero no te digo que no consumo porque consumo cada tanto, llega un momento que..."

L- ¿Cada cuánto consumís más o menos?

J- "Ponele cada dos o tres días doy unas pitadas, me fumo uno."

L- ¿Un chasqui te fumás?

J- "Sí y ya ahí me quedo tranquilo."

REFLEXIONES FINALES

EN BASE A LO SEÑALADO pueden delimitarse algunos avances bastante firmes: (i) El inicio al consumo de sustancias más o menos temprano (entre antes de 12 años y más de 16) es un fuerte marcador de vulnerabilidad de la familia de origen, las prácticas de cuidado y las moralidades en relación a la niñez, la adolescencia y la educación formal; (ii) el inicio del consumo de la PBC, consistentemente con lo visto en otros estudios (Garibotto et. al., 2006) se inicia en el 2002, sin embargo, dicho inicio fue precedido por el uso de merca cocinada, promocionada por algunas bocas de venta desde finales de los años 90; (iii) El consumo de PBC vino a sustituir otros consumos

muy problemáticos, como es el caso de la cocaína inyectable que hoy subsiste como una práctica muy peculiar y marginal; (iv) los usuarios de PBC son heterogéneos, como lo son las clases populares uruguayas: unos tienen su origen en barrios obreros, otros provienen de las clases medias bajas, otros pasaron su niñez en un asentamiento irregular o en estrategias de calle; (v) los procesos de rehabilitación siempre tienen contramarchas propias a la precariedad signada en las trayectorias de estos sujetos; como contraparte positiva, entre las expectativas de futuro se enuncia generalmente la voluntad de dejar de consumir y cambiar de vida.

EPÍLOGO: A PROPÓSITO DE SIDA Y VULNERABILIDAD

VARIAS VECES VOLVIMOS a la zona luego de terminado el intensivo trabajo de campo. El proceso de escritura exigía revisar en el terreno aspectos de la investigación, pero fundamentalmente agradecer a nuestros interlocutores; a los que pudiéramos encontrar.

Fuimos varias veces, estuvimos por el Club de Pesca Belvedere, nos encontramos con algunos de nuestros interlocutores y así nos enteramos de la vida actual de muchos de ellos. Como se pudo apreciar en el estudio, este conjunto -en algunos puntos heterogéneo- de usuarios de PBC constituyen una red. Una red donde también hay conocidos, pero también amigos e incluso parientes. Pero mismo así, las prácticas de cuidado de la salud son muy distintas según la persona. Aunque surja la reflexión -entre los más veteranos- acerca de la sustitución del uso de cocaína inyectable por cocaína cocinada antes de la introducción al país de la PBC, también por los efectos del SIDA en la población de usuarios. Así, podemos afirmar que las prácticas de cuidado de la salud en nuestros interlocutores son muy variadas, pero individuales, y sus vínculos con el sistema de salud en general esporádicos. Pues el contacto con el sistema de salud ocurre cuando hay una enfermedad muy notoria o una agresión sufrida y entre las mujeres también cuando hay embarazos. En esta población tan vulnerada y vulnerable, la violencia deja marcas que todos podemos ver si nos atrevemos a

hacerlo e incluso sobre estas marcas se puede indagar en la trayectoria del sujeto.

A cuatro meses de nuestra aproximación etnográfica nos enteramos que dos de nuestros interlocutores habían fallecido, ambos -un hombre y una mujer- usuarios de PBC muy problemáticos y portadores de VIH. En uno de ellos nos había impresionado su origen en las tradicionales clases medias de Montevideo, su trayectoria de viajes y creaciones, pero también su experiencia de cárcel y un rostro ya marcado por la enfermedad. En la mujer, en cambio, se trata de una historia de pobreza y cantegril, y que además es una de las poquísimas personas que se seguía inyectando cocaína junto a su pareja. En ella impresionaba su deterioro físico, en especial la herida infectada que tenía en un pie.

Las prácticas de nuestros interlocutores, que pueden entenderse claramente como riesgosas, se muestran aquí devastadoras. Los datos de la encuesta y el estudio sobre VIH paralelo a este estudio muestran que se trata de una población que tiene una prevalencia del virus muy superior a la población general mismo no siendo los sujetos del estudio, en su amplia mayoría, usuarios de cocaína inyectable ni siquiera en su trayectoria pasada.

BIBLIOGRAFÍA

- Albano, G (2013) “Un psiconauta en la pasta base. Representaciones alternativas en torno a la drogadicción y a la recuperación de adicciones”, *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, 11, Nordan – FHCE, Montevideo.
- Bon Espasandín, M (1963) *Cantegriles: familia, educación, niveles económico-laborales, vivienda y aspectos generales de las poblaciones que componen el “collar de miserias” de Montevideo*, Tupac Amará, Montevideo.
- Bourdieu, P (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Anagrama, Barcelona.
- Bourgois, P (2004) “Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica”. *Humanitas*, 5, 95-103.
- Folgar, L (2006) “De lata y lateros: usuarios de PBC y sus mundos de sentido”, *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, 5, Nordan – FHCE, Montevideo.
- Fraiman, R y Rossal, M (2009) *Si tocás pito te dan cumbia. Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo*, Ministerio del Interior – PNUD – AECID, Montevideo.
- Fraiman, R y Rossal, M (2011) *De calles, trancas y botones. Una etnografía sobre violencia, pobreza y solidaridad urbana*, Ministerio del Interior – BID, Montevideo.
- Garibotto et. al. (2006) *Mercado de pasta base de cocaína en Uruguay*. TNI.
- Goffman, E (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Madrid.
- OUJ (2012) *V Encuesta de Hogares sobre consumo de drogas*, OUD, SND, JND, Montevideo.
- Ramos Junqueira, M y Jacoby, M (2006) “O olhar dos adolescentes em conflito com a lei sobre o contexto social”, *Revista Virtual Textos & Contextos*, 6.
- Rial, V (2012) *Ser joven y vivir en la calle*, FHCE – Universidad de la República, Tesis de Maestría en Ciencias Humanas – Opción Antropología de la Cuenca del Plata, Montevideo.
- Rial, V, Rodríguez, E y Vomero, F (2011) *Procesos de selección social y vulnerabilidad. Varones jóvenes viviendo en la calle*, FHCE – CSIC, Montevideo.
- Ricoeur, P (1998) *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*. México: Siglo XXI editores
- Romero, S (1999) “Perfil sociocultural y Motivaciones para el Consumo de Drogas”, en: *Observatorio Uruguayo de Drogas*. Junta Nacional de Drogas, Programa FAS-Salud/OPP/BID. Uruguay.
- Romero, S (2001) “Constataciones antropológicas en población de usuarios de drogas inyectables”, en: *IDES, Sida y drogas. Investigación y dilemas en la construcción de la agenda pública*, IDES, Programa Nacional de SIDA, MSP, Montevideo.

GLOSARIO

ACHIQUE: lugar provisorio para quedarse o pernoctar, para achicar.

ACHICAR: bajar, disminuir. Se achica un consumo cuando se reducen las cantidades; se busca salir de la calle, del ruido, achicando en algún lado.

ÁCIDO: LSD, llamado también tripa, cartón, o incluso por los dibujos que trae impresos (bicicleta, simpson, etc.).

BASOCO: cigarrillo de marihuana o tabaco con agregado de PBC (=tabasoco).

BICHO (O CHOBI): virus de VIH Sida. Pero bicho tiene otras acepciones: (i) un policía bicho es un funcionario de experiencia; (ii) hecho un bicho, quedar abichado significa quedar encerrado en sí mismo, no salir a la calle. Algunos usuarios de basoco dicen que su pegue implica quedar abichado.

BOCA: lugar de venta al menudeo de PBC y/o otras drogas, generalmente se trata de casas de familia.

CANA: puede tener distintas acepciones (i) estar en cana, estar en la cárcel (ii) la cana, la policía.

CANTE: abreviación de cantegril, forma irónica ya antigua (Cantegril Country Club de Punta del Este), de llamar en Uruguay a los asentamientos irregulares.

CARETA: persona que no se droga, contraria al uso de drogas.

CEMENTO: adhesivo de contacto. Su intoxicación a través de la inhalación produce efectos alucinógenos. Se le llama también habitualmente por los nombres de las marcas comerciales: pegapren, novopren, en Argentina poxiran, etc.

CHANGA/CHANGUITA: trabajo informal, generalmente por períodos cortos de tiempo.

CHASQUI: dosis mínima en la que se comercializa la PBC. El nombre provendría de los “chasquiboom” (pequeño elemento de pirotecnia, inofensivo, para niños, que explota al ser impactado contra un material sólido) ya que su envoltorio es muy semejante, como también lo es lo efímero de su “explosión”.

COCINADA/MERCA COCINADA: crack, cocaína que se “cocina” mediante un proceso en que se pueden usar diferentes sustancias (generalmente bicarbonato de sodio) y se expone al calor para obtener una piedra fumable. Un entrevistado explica cómo se cocina: “le metés una vela, comprabas [...] bicarbonato, le ponías un poquito de bicarbonato, unas gotitas de agua más la merca en escama y la cocinabas a la llama de la vela, cuando veías que estaba ahí la golpeabas y caía”. En este sentido, la diferencia con la PBC radica, precisamente, en que esta última es un producto anterior a la obtención del clorhidrato de cocaína y no posterior como lo es la cocinada.

DE CARA/ESTAR DE CARA: implica no estar bajo los efectos de ninguna sustancia psicoactiva; “quedar de cara” implica quedar en estado de estupefacción.

DE VIVO: Estar/andar/pedir de vivo, refiere a comportamientos abusivos.

DESCANSAR: tomar el pelo, burlarse.

DURO/RE DURO: estar duro, estar bajo los efectos de la pasta base o cocaína.

EMPARRILLARSE (PARRILLA O DE PARRILLA) O ES-

TAR DE GIRA: son las formas como suele llamarse a los momentos en que se consume de corrido durante un cierto período que puede llegar a durar varios días.

FISURA: es lo que siente un sujeto/a cuando desea consumir. Refiere tanto al deseo como a la necesidad física.

GIRA, ESTAR DE GIRA: ver emparrillarse.

LATA: la PBC se comenzó a fumar en latas de refrescos, uso que fue sustituido más tarde por la pipa. De ahí lata y la denominación de lateros a los usuarios de esta droga.

MERCA: cocaína, clorhidrato de cocaína.

NEVADO: cigarrillo de marihuana con agregado de cocaína.

PASTOSO: usuario problemático de pasta base fuertemente estigmatizado.

PEGUE: efecto, deseado o no, del consumo de una sustancia psicoactiva en jerga rioplatense.

PICARSE: inyectarse cocaína.

PICO: la jeringa con la que se inyectaba la cocaína, y, por extensión, la propia práctica de inyectarse.

PINCHETA: usuario de drogas inyectables.

PIPA: elemento utilizado para fumar la PBC, generalmente inhaladores de broncodilatador, pero también hechas con tubitos de aluminio, botellas plásticas, etc.

PORRO: cigarrillo de marihuana.

QUEMAR: tiene varias acepciones (i) generar conflicto; (ii) arruinar relación con vecinos o autoridades; (iii) fumar alguna sustancia.

RESCATARSE/RESCATE: rescatarse quiere decir realizar prácticas con el fin de conseguir algo o en su defecto hacerse de los medios para lograrlo, mientras que el rescate alude a aquello que es obtenido. Pero también rescatarse se utiliza para referirse a recuperarse, a alejarse del mundo del consumo.

REQUECHEAR: práctica de hurgado en la basura. A la comida obtenida así se le llama requeche.

TIZA: cantidad de PBC sin fraccionar, cuya forma y color se asemeja a una tiza. Aunque variable en peso y "calidad", de acuerdo con lo expresado por nuestros entrevistados, en términos generales equivale a unas 50, 60 o más dosis individuales (chasquis) de PBC.

TABASOCO: cigarrillo de tabaco con agregado de PBC.

TOMAR MERCA: inhalar, esnifear cocaína.

VEINTICINCO: medida habitual de compra de marihuana, veinticinco gramos; también es habitual comprar "un cincuenta", cincuenta gramos. La compra de una dosis de marihuana se denomina palanca.

VIAJE/VIAJAR: estar bajo los efectos psicoactivos, duración del pegue.

VOLQUETIAR: hacer volqueta, revisar los contenedores de basura para recolectar los materiales que se pueden vender (diversos metales, plásticos, cartones, ropa usada, electrodomésticos rotos, etc.).

ZARPADO: Estar zarpado, alterado, violento, muy nervioso.

