



INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

INFORME FINAL

**"ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE
CONSUMEN PASTA BASE DE COCAÍNA (PBC) DE FORMA
HABITUAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA"**

**Elaborado para el Servicio Nacional para la
Prevención y Rehabilitación del Consumo de
Drogas y Alcohol (SENDA)**

Instituto de Sociología, Universidad Católica (ISUC)

TABLA DE CONTENIDOS

| | | |
|-------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 5 |
| II. | INFORME DE TERRENO:..... | 6 |
| 1. | ETAPA FORMATIVA | 6 |
| 1.1. | Descripción de trabajo en terreno y tratamiento información etapa formativa..... | 6 |
| 1.2. | Sobre los lugares de encuesta..... | 7 |
| 1.3. | Sobre días y horarios de encuesta | 8 |
| 1.4. | Sobre los encuestadores y trato apropiado a encuestados..... | 9 |
| 1.5. | Sobre las semillas e informantes..... | 10 |
| 1.6. | Sobre los incentivos..... | 11 |
| 1.7. | Sobre el test biológico..... | 13 |
| 1.8. | Sobre posibles dificultades y manejo apropiado | 14 |
| 1.9. | Sobre problemáticas éticas de la metodología RDS y otras consideraciones..... | 16 |
| 2. | INFORME DE TERRENO EJECUCIÓN ESTUDIO CUANTITATIVO..... | 17 |
| 2.1. | Sedes..... | 17 |
| 2.2. | Encuestadores y capacitación | 20 |
| 2.3. | Etapa formativa y protocolos | 21 |
| 2.4. | Resultados del terreno de ejecución del estudio cuantitativo | 24 |
| III. | RESULTADOS ANÁLISIS CUANTITATIVO: CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE CONSUMEN PBC DE FORMA HABITUAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA. | 26 |
| 1. | Metodología..... | 26 |
| 1.1 | Forma de reclutamiento y características de las redes..... | 26 |
| 1.2 | Ponderadores | 28 |
| 1.2.1 | Distribución por sexo | 29 |
| 1.2.2 | Distribución por edad..... | 30 |
| 2. | Caracterización Socio-económica | 32 |
| 2.1 | Sexo, edad y estado civil | 32 |
| 2.2 | Educación | 33 |
| 2.3 | Trabajo e ingresos | 34 |
| 3. | Consumo de drogas..... | 39 |
| 3.1 | Consumo de PBC; edad de inicio, patrones de consumo y gastos asociados..... | 39 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.1.1 | Iniciación en el consumo | 39 |
| 3.1.2 | Frecuencia de consumo: días al mes y papelinhas a la semana..... | 40 |
| 3.1.3 | Gasto en PBC | 42 |
| 3.1.4 | Modalidad de consumo, vía y mezcla con otras sustancias..... | 43 |
| 3.1.5 | Asociados y lugares de consumo..... | 45 |
| 3.2 | Prevalencias de consumo de otras drogas; alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes y otras | 48 |
| 3.3 | Historial de consumo; secuencias de inicio y sustancias principales | 49 |
| 3.3.1 | Inicio en el consumo de otras drogas distintas a PBC..... | 49 |
| 3.3.2 | Secuencias de Inicio | 52 |
| 3.3.3 | Frecuencia de consumo de otras drogas..... | 53 |
| 3.3.4 | Mezclas en el consumo de drogas | 54 |
| 4. | Estado de salud física y mental | 56 |
| 4.1 | Estado de salud auto percibida | 56 |
| 4.2 | Salud física..... | 57 |
| 4.2.1 | Enfermedades diagnosticadas en los últimos 4 años..... | 57 |
| 4.2.2 | Discapacidad..... | 59 |
| 4.2.4 | ETS y prácticas sexuales de riesgo..... | 59 |
| 4.3 | Salud mental..... | 61 |
| 4.3. | Trastornos por uso de sustancias..... | 61 |
| 4.4.2 | Presencia de otro tipo de trastornos | 62 |
| 4.4.3 | Presencia de comorbilidad psiquiátrica. | 63 |
| 4.4 | Contacto con el sistema de salud..... | 65 |
| 4.4.1 | Contacto con el sistema de salud - tratamiento | 66 |
| 4.2.4 | Contacto con el sistema de salud - tratamiento | 68 |
| 5. | Vinculación Social..... | 73 |
| 5.1 | Situación Residencial..... | 73 |
| 5.2 | Vinculación Familiar | 74 |
| 5.1.1 | Historia familiar y vulneración | 75 |
| 5.1.2 | Nivel de contacto con la familia nuclear | 75 |
| 5.1.3 | Calidad de la relación con la familia..... | 77 |
| 5.2. | Relación con las instituciones | 79 |

| | | |
|------|--|-----|
| 6. | Formas de trasgresión a la norma social..... | 82 |
| 6.1 | Inicio en el delito..... | 82 |
| 6.2 | Delitos en el último año y atribución al consumo de PBC..... | 83 |
| 6.2 | Victimización y violencia..... | 85 |
| 6.3 | Estrategias para conseguir pasta base..... | 87 |
| IV. | RESULTADOS ANÁLISIS CUALITATIVO: ENTREVISTAS a PERSONAS que CONSUMEN PASTA BASE de FORMA HABITUAL en la REGIÓN METROPOLITANA..... | 89 |
| 1. | Metodología y selección de casos..... | 89 |
| 2. | Trayectorias de vida: Método de análisis de las entrevistas..... | 91 |
| 3. | Consideraciones sobre la población y realización de las entrevistas: terreno..... | 92 |
| 4. | Análisis de las entrevistas..... | 94 |
| 4.1. | Trayectorias de consumo, y el papel específico de la PBC dentro de estas..... | 94 |
| 4.2 | Relación entre trayectoria de consumo y sociabilidad..... | 102 |
| 4.3 | Contexto y prácticas de consumo de PBC..... | 105 |
| 4.4 | Auto-percepción física y psicosocial..... | 114 |
| 4.5. | Discriminación y estigmatización social..... | 128 |
| 4.6. | Relación con instituciones..... | 130 |
| V. | COMENTARIOS FINALES/DISCUSIÓN | 142 |
| | Bibliografía..... | 145 |
| | Anexo: PROTOCOLOS DE TRABAJO DE CAMPO..... | 147 |

I. INTRODUCCIÓN

A continuación se presentan los principales resultados del estudio “Caracterización de personas que consumen pasta base de cocaína de forma habitual en la Región Metropolitana”, encargado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y realizado por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre Noviembre de 2013 y Julio de 2014. El presente informe refiere inicialmente la etapa cualitativa formativa de la metodología de trabajo y el informe de ejecución en terreno, para luego pasar a los resultados propiamente tales, tanto del análisis cuantitativo del Cuestionario y el MINI Mental —principales fuentes de información y foco de esta investigación— como del análisis cualitativo de trayectorias de consumo.

El enfoque de la siguiente presentación de resultados es fundamentalmente descriptivo, en la medida en que busca caracterizar a la población de personas que consumen PBC de forma habitual en la mayor cantidad de dimensiones —socio-demográfica, patrones y prácticas de consumo de drogas, acceso a salud y tratamientos de rehabilitación, salud física y psicológica, redes y relaciones sociales, victimización y transgresión a la norma, etc.— con el fin de tener información relevante para la mejora de los actuales programas de prevención, rehabilitación y e integración social asociados al consumo de esta sustancia en nuestro país.

En primer lugar se presenta el informe de terreno, compuesto por los resultados de la etapa formativa cualitativa —realizada de forma previa al terreno de ejecución del estudio cuantitativo— así como el informe de terreno propiamente tal; dónde se realiza una breve descripción del funcionamiento del estudio en terreno, una evaluación de las recomendaciones de la etapa formativa, y una discusión de las principales dificultades y la forma en que fueron solucionadas, así como diversas recomendaciones para futuros estudios. Esta parte del informe expone de manera clara y concisa los principales desafíos y dificultades que se presentaron al trabajar en un estudio de esta magnitud con la población de personas que consume PBC en nuestro país; los que deben ser tomados en cuenta para el desarrollo de futuras metodologías e investigaciones con los mismos.

En segundo lugar se presentan los resultados del análisis cuantitativo de 398 encuestas —de 409 casos totales que fueron recogidos— divididos en seis capítulos descriptivos, todos ellos presentando resultados de caracterización diferenciados por grupos según sexo y edad. El primero de ellos es el apartado de metodología, dónde se explica la metodología de selección de la muestra (RDS) y los ponderadores empleados para el análisis cuantitativo. Los capítulos del dos al seis corresponden a las distintas dimensiones de análisis presentes en los instrumentos de recolección de datos, a saber: caracterización socioeconómica, consumo de drogas, estado de salud física y mental, relación con instituciones y formas de transgresión a la norma social.

En tercer lugar se presentan los resultados del análisis cualitativo, el que contiene los resultados de un análisis de trayectorias elaborado a partir de 13 entrevistas semi-estructuradas realizadas con los mismos encuestados de la etapa cuantitativa. Dicho análisis fue realizado de forma paralela y complementaria al análisis cuantitativo, y su objetivo general era conocer en profundidad las trayectorias de consumo de ésta población, indagando principalmente en los aspectos relacionados con el contexto y la dinámica de consumo. Esto, con el fin de profundizar en los elementos más importantes recogidos por el análisis cuantitativo.

Finalmente, se presentan algunos comentarios finales a modo de discusión de los resultados presentados, así como algunas recomendaciones mínimas a tener en cuenta para el desarrollo de políticas públicas en torno a la prevención y rehabilitación del consumo de PBC en nuestro país.

II. INFORME DE TERRENO:

A continuación se presentan los resultados de la etapa formativa cualitativa —realizada de forma previa al terreno de ejecución del estudio cuantitativo— así como el informe de terreno propiamente tal —dónde se realiza una breve descripción del funcionamiento del estudio en terreno, una evaluación de las recomendaciones de la etapa formativa, las principales dificultades y la forma en que fueron solucionadas, y recomendaciones para investigaciones futuras—.

1. ETAPA FORMATIVA

1.1. Descripción de trabajo en terreno y tratamiento información etapa formativa

El trabajo en terreno de la etapa formativa del estudio “Caracterización de personas que consumen pasta base de cocaína (PBC) de forma habitual en la Región Metropolitana”, se llevó a cabo entre el 25 de Noviembre y el 20 de Diciembre de 2013, y consistió en la realización de cinco grupos focales con los equipos de trabajo de distintos centros de tratamiento (CT) de adicciones de la ciudad de Santiago, cinco entrevistas individuales semi-estructuradas con personas que consumen PBC en proceso de rehabilitación o completamente rehabilitadas de tres de esos mismos centros —que accedieron colaborar con sus usuarios en las entrevistas luego de participar en el grupo focal— una entrevista individual semi-estructurada y una entrevista grupal con personas que consumen activamente en distintas zonas de Santiago. Los centros participantes de los grupos focales, los participantes de las entrevistas y su relación (o no) con los distintos centros son los siguientes:

Tabla 1. CT y Entrevistados Etapa Formativa

| GRUPOS FOCALES | ENTREVISTAS |
|---|---|
| ONG Corporación Ascorp Liwen, Peñalolén | Mujer que consume, 53 años, en su primer proceso de rehabilitación |
| | Hombre que consume, 28 años, en su quinto proceso de rehabilitación |
| Comunidad Terapéutica Ambulatoria Proyecto Ser, Cerrillos | Hombre que consume, 43 años, en su primer proceso de rehabilitación |
| | Hombre que consume, 20 años, en su primer proceso de rehabilitación |
| COSAM Estación Central, Estación Central | Mujer que consumía de 45 años, rehabilitada hace 4 años. |
| COSAM Pudahuel, Pudahuel | - |
| Corporación Programa Caleta Sur, La Pintana | - |
| Sin relación a CT | Hombres que consumen, 21 años (Pudahuel), 25 años (Renca), y 26 años (El Bosque); sector de La Legua, San Joaquín (entrevista colectiva). |
| Sin relación a CT | Hombre que consume, 30 años, en consumo activo; sector La Vega, Recoleta. |

El siguiente apartado sobre los resultados de la etapa formativa, se basa en la información recolectada en dichos grupos focales y entrevistas, y en caso de haber discrepancias de opinión relevantes, se señalan explícitamente en cada uno de los sub-apartados que siguen. Este apartado cualitativo no es representativo del universo sociocultural de las personas que consumen PBC en Santiago, y debe ser tomado sólo como una guía en la elaboración de la metodología cuantitativa definitiva que se presenta en los siguientes apartados.

1.2. Sobre los lugares de encuesta

Hay una característica fundamental de las personas que consumen PBC en la que todos los participantes de ambas metodologías estuvieron de acuerdo, y es el carácter altamente territorial de los mismos. Las personas que consumen PBC se quedan dentro de sus barrios y dentro de sus comunas para consumir y generar los recursos para el consumo; debido a que ahí tienen fácil acceso a la PBC, y a que el “territorio conocido” les entrega un entorno seguro donde desarrollar sus actividades cotidianas en función del consumo —muchas de ellas estigmatizadas e ilícitas—.

"Son territoriales. Por ejemplo mi gente yo la podría traer, pero vendrían un puro día nomas, pero si nosotros nos acercamos, estarían ahí ¿entendis? Porque sabrían que van a estar tal día, tal fecha, tal y tal hora (...) Pero son muy territoriales, por ser los de Maipú no se juntan con los de la Victoria, ni los de la Victoria con los de Estación Central; todos tienen su banda, unos pa allá y otros pa acá. Y no te van a seguir, los de Maipú ni jodiendo te va a seguir acá. Y los de la Victoria si yo me los trajera podrían venir uno, dos, tres; pero si no, no. Es lo mismo que yo, yo cuando consumía droga no salía de la choza a Lo Valledor, y de Lo Valledor a mi choza, yo no salía pa ningún lado" (Mujer 45 años, Estación Central)

"Son territoriales, se quedan en su comuna, en su lugar, en su barrio a consumir (...) El que consume aquí no va pa las Torres a consumir, porque en las Torres le van a pegar (...) saben que no es del lugar y se van a aprovechar de él. Entonces intentan quedarse en su puro sector. Si uno lo invita a salir pa otro lado son reacios, son reacios a salir, no quieren, no: "yo por aquí nomas, dónde todos los conocen, dónde se sienten seguros, porque se asustan mucho de la policía" (Hombre 28 años, Peñalolén)

Desde esta perspectiva, casi todos los participantes consideraban altamente improbable que las personas que consumen PBC se desplazaran fuera de sus barrios y comunas para contestar una encuesta, incluso si el incentivo era muy alto (rango de valor < a \$10.000 pesos). Sólo participarían del estudio en la medida en que los centros de encuesta estuviesen cerca de su territorio conocido.

Esta característica territorial también influiría en las redes sociales de consumo de las personas que consumen PBC de forma habitual, quienes en general se relacionan sólo con traficantes y otras personas que consumen cercanas a sus lugares de residencia, dentro del entorno inmediato de consumo (el barrio, la población). Luego, las redes sociales de consumo no traspasarían las fronteras comunales, al menos considerando a la persona que consume PBC promedio.

Luego, se presentan dos dificultades iniciales para la aplicación de una metodología como la RDS:

- a. Existe una alta probabilidad de que la bola de nieve generada por las personas que consumen PBC se corte al traspasar las fronteras de una comuna, lo que haría fracasar esta metodología.
- b. La existencia de sólo dos centros de encuesta en toda la ciudad de Santiago es insuficiente para lograr una caracterización general que no tenga un sesgo territorial por comuna.

Considerando lo anterior, la primera recomendación es considerar la ampliación del número de centros de encuesta y de evaluar muy bien en qué comunas colocar los mismos, considerando la prevalencia del consumo de PBC de estudios anteriores realizados, las ocupaciones y actividades de las personas que consumen PBC (sitios de transporte público, ferias libres y ferias fijas como Lo Valledor y La Vega, hospederías y beneficencias como el hogar de Cristo, etc.), y los territorios reconocidos dentro de la ciudad como lugares de tráfico y consumo de PBC y cocaína.

Entre los participantes de ambas metodologías no hubo consenso sobre si el lugar de encuesta debía estar dentro del territorio conocido de las personas que consumen PBC promedio (“la población”), o fuera de él para poder acceder a otro tipo de perfil de personas que consumen; aunque la tendencia fue hacia esta segunda opción. A pesar de lo anterior, se recomienda que los centros de encuesta estén fuera del territorio conocido pero muy cerca de los mismos, para aumentar la probabilidad de que personas que consumen PBC de distintos perfiles se acerquen a los mismos, como para aumentar la seguridad del equipo de investigación (evitando problemas como ser expulsados por los traficantes por ej.). También se recomienda que estos centros de encuesta se encuentren en lugares de fácil acceso para todos los perfiles de personas que consumen PBC, considerando la existencia de avenidas principales y estaciones de metro en las cercanías.

Respecto de las instituciones específicas en dónde poner los centros de encuesta, hubo acuerdo en que éstas fueran instituciones públicas territoriales y de carácter comunitario, con las que las personas que consumen PBC se sintieran familiarizados, pero que a la vez generaran un mínimo de respeto para asegurar la integridad de los encuestadores —el consultorio, la junta de vecinos, el centro deportivo—. No tienen que ser necesariamente estas instituciones públicas; puede ser la sede de una fundación privada por ej., en la medida en que en ese lugar se desarrolle un trabajo comunitario que esté legitimado en el territorio dónde se insertará el estudio.

En el caso del centro deportivo en particular surgieron algunas aprensiones, sobre todo de parte de los sujetos en rehabilitación encuestados, debido a que estos son lugares usuales de venta y consumo de PBC para muchos de ellos. Luego, se produciría una diferencia de significación para los posibles encuestados, si el lugar es por ej. el consultorio (asociado al Estado y la autoridad, a la salud y la idea de rehabilitación) o el centro deportivo (asociado a la convivencia comunitaria, y el consumo libre y protegido de diversas sustancias). Sea cual sea la institución finalmente elegida, tiene que estar lo más lejos posible de la comisaría del sector.

Otro factor a considerar es que el lugar elegido tenga tres espacios, uno para la realización de la encuesta (oficina) y el test biológico (baño) y otro acondicionado como sala de espera (sala), en caso de que se junten varios sujetos a encuestar al mismo tiempo. La sala de espera debe ser un lugar cómodo para las personas que consumen PBC, dónde se les atienda (comida, bebida y conversación) y se les explique de qué se trata el estudio mientras esperan su turno. Se sugiere que uno de los encuestadores o el encargado de la sede opere como anfitrión.

Considerando lo anterior, se recomienda que el lugar sea un consultorio, una junta de vecinos o una fundación privada conocida y respetada en la zona, que tenga estos tres espacios disponibles para el desarrollo de la investigación.

1.3. Sobre días y horarios de encuesta

Luego de considerar los hábitos de consumo persona que consume PBC promedio, casi todos los participantes de ambas metodologías señalaron que los mejores días para que funcione el centro

de encuesta son los Martes, Miércoles y Jueves. De Viernes a Domingo resultaría difícil porque es el momento de consumo más fuerte y continuo de la semana, así como tampoco el día Lunes pues las personas que consumen PBC estarían reponiéndose del fin de semana continuo de consumo.

Respecto a los horarios no hubo tanto consenso como con respecto a los días, pero en general hubo una tendencia a señalar que era más probable que las personas que consumen PBC se presentaran en el centro de encuesta durante la tarde, y que era bueno que los encuestadores se retiraran antes de que oscureciera por completo, dependiendo de la cercanía de lugar de encuesta con los territorios de consumo más peligrosos.

Considerando lo anterior, se recomienda tener los centros de encuesta funcionando de Martes a Jueves, entre las 10:00-20:00hrs. Si en el transcurso del primer mes de funcionamiento de los centros de encuesta se dan cuenta de que la afluencia de público es mínima durante las mañanas, se recomienda abrir sólo de las 14:00hrs. en adelante.

1.4. Sobre los encuestadores y trato apropiado a encuestados

En general los CT participantes de los grupos focales, señalaron que la mejor manera de enfrentar la realización de la encuesta era en duplas, principalmente por motivos de seguridad. Ante la posibilidad de que se congreguen muchos sujetos al mismo tiempo, estas duplas se podrían dividir para atender a dos personas simultáneamente.

Si bien el sexo de los encuestadores no fue considerado relevante, la mayoría de los participantes de ambas metodologías señalaron que el rango etario ideal de los encuestadores era entre 25 y 40 años —lo suficientemente jóvenes para lograr empatía con la persona que consume promedio, al mismo tiempo que cierta autoridad en caso de que se presente cualquier tipo de problema—. La única excepción a lo anterior fueron dos entrevistados, hombres y jóvenes (28 y 30 años), que señalaron que habría mayor participación masculina si el encuestador era una mujer joven y bonita.

Ahora, la característica en que casi todos los participantes estuvieron de acuerdo, es en la necesidad de que los encuestadores sean personas con conocimiento y experiencia sobre el consumo de sustancias (especialmente PBC) y el “mundo de la calle”. Dentro de esta característica caben tres tipos de encuestadores: profesionales con formación y experiencia en el tema de drogas como trabajadores sociales y técnicos en rehabilitación, personas ex-consumidoras rehabilitadas con o sin formación profesional, y miembros respetados de la comunidad o territorio de consumo dónde se va a insertar el centro de encuesta.

La característica de la preparación y el conocimiento del encuestador es fundamental, en la medida en que:

- a. Los encuestadores sabrán cómo realizar las preguntas de forma adecuada y como mantener la fluidez del cuestionario.
- b. Los encuestadores sabrán como contener a las personas que consumen PBC en caso de que se llegue a producir cualquier tipo de reacción negativa y/o problema.
- c. El equipo estará capacitado para entregar una consejería, en caso que así lo requieran los informantes, para la rehabilitación del consumo de PBC.

Respecto del trato que hay que tener con los informantes, casi todos los participantes de ambas metodologías señalaron que hay que ser muy cuidadosos. La persona que consume PBC promedio, es una persona que no se preocupa de sí misma, por lo que se pueden presentar muy desaseados a la encuesta, y en diversas etapas del ciclo de consumo (bajo el efecto de la sustancia, con

síndrome de abstinencia, etc.), lo que puede generar reacciones negativas de parte de los encuestadores (incomodidad, recelo, juzgamiento, etc.). Si las hubiere, dichas reacciones negativas no deben ser visibles en ningún momento para los encuestados; ni en el lenguaje (no decirles “pasteros”, “drogadictos”, “consumidores”, etc.) ni en los movimientos ni en las expresiones faciales de los encuestadores (deben estar calmados y hacer movimientos suaves, ser afables y tranquilos en todo momento), pues esto podría alterar el ánimo de las personas que consumen PBC, incitándolos a desertar de participar en el estudio o a generar reacciones negativas desproporcionadas, o incluso gatillar alguna reacción psicológica grave.

El trato de los encuestadores a las personas que consumen PBC encuestadas, debe ser en todo momento respetuoso, amable, acogedor y paciente, para la exitosa aplicación del instrumento de recolección de información.

1.5. Sobre las semillas e informantes

Dentro de los distintos perfiles de personas que consumen PBC de forma habitual que se pudo observar en la etapa formativa —que de ninguna manera son representativos de todos los tipos de personas que consumen PBC existentes— se observaron dos perfiles que pueden ser viables a la hora de seleccionar a las semillas para la metodología RDS:

- a. El primero de ellos es el “dueño o jefe” de un ruco/caleta/casa de consumo que no es traficante y que consume en la calle. Estas personas son idóneas porque sus redes de consumo normalmente son más amplias que las de una persona que consume típica (más solitaria), y como estos funcionan a veces como “jefes de familia” de las comunidades que se crean en torno a estos espacios de consumo (autoridades legitimadas), si estos aprueban la inserción del estudio dentro del territorio de consumo, es más fácil que otras personas reacias a participar se sientan más cómodas con la idea de ir a encuestarse.
- b. El segundo de ellos es más difícil de encontrar, y corresponde a la persona que consume “sociable” que tiene amplias redes sociales de consumo y/o que logran traspasar las fronteras barriales y comunales en sus circuitos de consumo. Si bien este no ayudaría a generar la legitimidad sobre el estudio dentro de sus redes sociales porque no es una autoridad en el territorio, permitiría generar redes extra-comunales desde un comienzo, evitando que estas se corten por factores territoriales.

Para encontrar a las semillas, se recomienda ir en compañía de los profesionales de los CT que participaron de los grupos focales o de personas ex-consumidoras completamente rehabilitadas, a visitar los diversos espacios de consumo (caletas, rucos, casas de consumo, etc.) dentro del territorio seleccionado para instalar el centro de encuesta, y buscar personas que consumen PBC específicas que posean al menos dos de las características de territorialidad, sociabilidad y legitimidad señaladas anteriormente.

Además durante la etapa formativa se percibió la dificultad en el acceso a mujeres que consumen PBC. Si bien proporcionalmente la prevalencia del consumo de pasta base durante el año 2012 según sexo es de 0,7% en hombres y 0,1% para mujeres según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población General (SENDA, 2012), el acceso a las mujeres que consumen es más difícil por cuestión de número, visibilidad y espacios por los que se mueven. Por ello se propone también como un criterio de selección de semillas, el que estos tengan acceso directo a mujeres que consumen PBC dentro de sus redes de consumo, para que al menos uno de los tres informantes de la primera ola que estos recluten sea una mujer —asegurando así su presencia significativa en las diferentes ramas y olas—.

1.6. Sobre los incentivos

Como era de esperar, el tema de los incentivos fue el más polémico dentro de los participantes de ambas metodologías, a tal punto que dos CT participantes de los grupos focales se negaron a colaborar con sus usuarios para la etapa de entrevista, por la sola posibilidad de que el incentivo fuese dinero en efectivo.

"El incentivo (monetario) no me parece (...) Porque me imagino que el objetivo del estudio es para poder conocer y ayudar y buscar nuevas formas para poder llegar (a las personas que consumen), pero a través de generar un daño, es horrible. Es súper incoherente" (COSAM Pudahuel)

"Bueno, la oficina funcionó, también la CNI funcionó (...) es que da rabia, porque la estrategia que ocuparon en este país para desarticular y atomizar el movimiento social fue esa ¡claro que les va a resultar (la metodología)! Si quieren instalar el incentivo perverso y mirarnos como personas que tienen precio, claro que lo tenemos. Y póngannos lo que quieran, a mí me podrán poner 100 lucas, pero al cabro le pueden poner una papelina y va a participar (...) Si quieren resultados perversos, si quieren control (...) lo pueden hacer, pero no se debería hacer, no hay nada que justifique eso, nada; porque es ponerle precio al ser humano, y es seguir funcionando en la lógica del mercado" (CT Caleta Sur)

Todos los CT participantes de los grupos focales consideraron antiético y contraproducente que el incentivo fuese dinero en efectivo; a pesar de que esa fuese la forma más fácil de acceder a esta población oculta a la que ningún otro estudio ha podido acceder con anterioridad. El tema presentó serios cuestionamientos éticos, en la medida que los participantes de los CT también se oponían a la entrega de cualquier bien que fuera reducible a dinero (prácticamente todo), pues eso también terminaría significando una oportunidad de consumo para los posibles participantes del estudio. La sugerencia ante lo anterior fue la entrega de un servicio intransferible o un bien inconvertible en PBC.

En el caso de las personas entrevistadas, las opiniones estaban más divididas: si bien todos señalaban que fuese cual fuese el incentivo, si era algo que éstos pudiesen convertir sería definitivamente utilizado para adquirir PBC; no todos consideraban antiético que se le entregara dinero en efectivo a las personas que consumen PBC.

"No, porque van a ir por el interés del dinero, nada más. Y no van a ir una vez, van a querer ir 2, 3 veces (...) muchos llegarían por la plata, muchos, pero no por ellos mismos, sino por el interés de seguir consumiendo (el incentivo) lo van a usar para consumir. Cualquier cosa van a tratar de venderla para tener dinero o cambiarla directamente por droga" (Mujer 53 años, Ñuñoa)

"¿Pero por qué antiético? Si están intentando llegar a personas que lo único que quieren es eso. Y si tu queris ayudarlas tenis que saber lo que les está pasando ¿Cómo vai a llegar a ellos inventando "chiquillos aquí les damos el cielo azul" siendo que no es lo que quieren? Pero si tú los motivai con algo que si los mueva, si vai a sacar provecho de eso, porque vai a tener respuestas verdaderas (...) porque no todos se van a acercar por un plato de comida, especialmente en la calle" (Hombre 28 años, Peñalolén)

Ahora, una característica importante que señalaron los CT con respecto a las personas que consumen PBC, es que estos no tendrían capacidad de desarrollar autonomía con respecto al dinero, y que los casos más severos llegaban a tratamiento no por el deterioro causado por consumo, sino muchas veces porque ellos o sus familias se daban cuenta de esta pérdida de

autonomía frente a la generación y el uso de recursos —pues todos sus ingresos los usarían para adquirir PBC—. Luego, la entrega de dinero como incentivo sería no solo antiética, sino también vulneradora y explícitamente violenta con respecto a la condición de adictos de las personas que consumen PBC.

Considerando luego no sólo los aspectos éticos de entregarle dinero a un adicto, sino también la misión pública y social de SENDA y el fin último de esta caracterización cuantitativa de las personas que consumen PBC, se recomienda que ni el incentivo primario ni el secundario sean dinero en efectivo ni un bien “demasiado fácil” de convertir en PBC.

Al momento de evaluar otro tipo de incentivos, surgieron algunas diferencias entre los grupos focales de los CT y las personas que consumen PBC entrevistadas. Mientras los CT señalaron como posibilidad varios tipos de bienes (ropa, comida, entradas a centros de entretenimiento o algo para compartir con los hijos), servicios (atención médica o dental, hora con peluquero, capacitación laboral, beca de rehabilitación, una noche en una hospedería) y motivaciones psicológicas (*“Más que una compensación tiene que haber una motivación, que las personas sepan que pueden ayudarse a sí mismos y a otros entregando esa información”*); las personas que consumen PBC entrevistadas se inclinaron por los bienes (principalmente ropa y comida) y motivaciones psicológicas, descartando de inmediato los servicios —debido a que una persona adicta a la PBC no tendría interés en sí misma, sólo en consumir, por lo que un servicio que mejore su condición personal probablemente no sería un incentivo atractivo si no está en rehabilitación—.

Ahora bien, considerando que el interés principal de las personas que consumen PBC es consumir más PBC, el nivel de interés que pueden presentar por distintos tipos de incentivo que no sean monetarios, va a variar según el perfil de cada sujeto. Luego, se recomienda que exista una pequeña lista de tres a cinco tipos de incentivos diferentes pero de valor similar, entre los cuáles los distintos perfiles de personas que consuman puedan elegir libremente el que les parezca más atractivo. Por ejemplo:

- a. En el caso de las mujeres que consumen, que son madres y/o abuelas, un buen incentivo es algo que puedan compartir con sus hijos o nietos y que no puedan hacer normalmente (entradas al cine o a un parque de diversiones).
- b. En el caso de las personas que consumen en situación de calle puede ser un juego de sábanas o frazadas, que si bien pueden ser fácilmente reducidos, son lo suficientemente atractivos como para que decidan participar del estudio, y es algo útil para ellos que pueden llegar a conservar y no convertir en dinero para más consumo.
- c. Una giftcard para supermercados o multitiendas nominativa, que no pueda canjearse por bebidas alcohólicas.

Este tipo de incentivos le da una dificultad extra a la logística del estudio, en la medida en que hay que resguardar los productos para que no sean robados y generar estrategias para que sean cosas “difícilmente convertibles” o que se puedan entregar/usar ahí mismo; pero al mismo tiempo libra al estudio de la mayor parte de sus cuestionamientos éticos; conciliando los incentivos de la metodología RDS con la misión de SENDA. Respecto a los costos cabe señalar que si bien utilizar otro tipo de incentivo es objetivamente mucho más complejo, no es necesariamente más costoso para el estudio, por lo que es una posibilidad que debe ser evaluada seriamente.

1.7. Sobre el test biológico

En lo que refiere al test biológico no hubo acuerdo entre los participantes de ninguna de las dos metodologías (grupos focales y entrevistas). Mientras algunos señalaban que era necesario realizar un test biológico para comprobar que los encuestados fuesen realmente personas que consumen PBC —considerando que una de las características más mencionadas de éstos es que son “mentirosos y manipuladores”— otros señalaban que no era necesario, en la medida en que el consumo de PBC es algo físicamente visible (“*se nota en el cuerpo, en los dientes, en los movimientos de la persona*”), o que era absolutamente contraproducente, en la medida en que la mayoría de las personas que consumen PBC encuestadas se podrían sentir atacadas y ponerse violentas con los encuestadores, o podría desistir de realizárselo y dar por terminada su participación en el estudio.

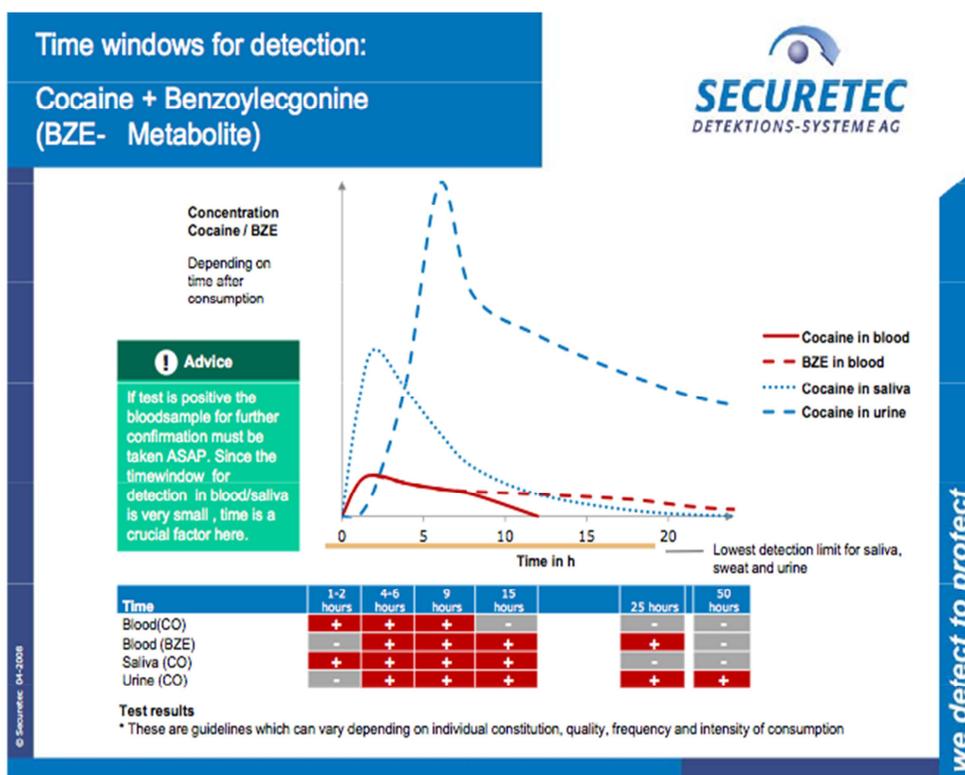
“¿Me veis ahí, me veís ahí cómo tengo? Tu mirai a un drogadicto, le mirai la garganta, lo mirai ahí detrás de los dientes ¿me veis ahí los dientes? (...) al drogadicto siempre se le va a notar, siempre, por lo menos al que consume pasta base” (Hombre 30 años, Recoleta).

Otra característica mencionada de la persona que consume PBC promedio es que “siempre está a la defensiva, es paranoico”, por lo que el test podría tener una mala recepción por parte de los mismos. Cabe señalar además que considerando el nivel de estigmatización y bajo estatus social al que se asocia el consumo de PBC, varios participantes consideraban muy improbable que una persona que no consume PBC, fuese a un lugar público dentro de su territorio conocido a individualizarse como persona que consume PBC, incluso si el incentivo era muy alto (rango de valor < a \$10.000 pesos).

Considerando lo anterior, y de decidir la utilización del test biológico, se recomienda: 1. explicar claramente la razón de la aplicación del test al encuestado; 2. realizarlo antes de comenzar la entrevista; 3. mientras se espera el resultado (tiempo estimado de 5 minutos) explicar la finalidad y el beneficio social del estudio; 4. finalmente revisar junto a la persona encuestada el resultado del test y descartar la muestra delante suyo.

Respecto al fluido a analizar por el test biológico, se descartó la realización del test de saliva pues su medición es solo de consumo inmediato. En su reemplazo se realizará un test de orina de inmersión, cuya curva de medición temporal va desde los tres a cinco días para el caso del consumo de cocaína y o pasta base, como se describe en el Gráfico N°1:

Tabla 2. Test de Orina



1.8. Sobre posibles dificultades y manejo apropiado

En general, las posibles dificultades mencionadas por los participantes de ambas metodologías tienen que ver con tres tipos de características relativas a las personas que consumen PBC habitualmente: Las consecuencias físicas y psicológicas inmediatas del consumo, las consecuencias físicas y psicológicas crónicas del consumo, y la asociación del consumo con conductas delictuales y antisociales.

En lo que refiere a las consecuencias físicas y psicológicas inmediatas del consumo de PBC, los participantes de ambas metodologías destacaron la posibilidad de que al momento de la encuesta la persona que consume se podría poner paranoica y/o violenta, por creer que las preguntas o el estudio son una persecución en su contra, y que los encuestadores son espías (“sapos”) de la policía o SENDA; se podría sentir muy triste y afectado, porque las preguntas podrían hacerlo conectarse con aspectos negativos de su vida sobre los que no reflexiona en su cotidianidad; o podría tener un episodio de “craving” o la angustia por consumir PBC, porque las preguntas podrían despertar la ansiedad latente por el consumo.

Sea cuál sea la reacción que generen las preguntas de la encuesta en las personas que consumen, la clave para que éstas no se transformen en una dificultad para el desarrollo del estudio tienen que ver con la capacidad de contención inmediata del encuestador. Es en este sentido en que se vuelve fundamental la preparación profesional del encuestador, porque si éste sabe de antemano tratar con personas que consumen sustancias, no sólo va a saber contenerlos en caso de reacciones adversas a las diversas etapas de la encuesta, sino también llevar a cabo dichas etapas de manera adecuada para evitar incomodar a las personas que consumen, y así evitar en lo posible este tipo de reacciones negativas.

También es necesario que los encuestados sepan desde el inicio de la encuesta en qué consisten todas las etapas de su participación, y cuáles pueden ser las consecuencias positivas de la misma en el estudio; no sólo para él sino que para toda la población de personas que consumen. En ese sentido se vuelve fundamental la transparencia e inteligibilidad del consentimiento informado administrado previamente a la encuesta.

"Se pueden poner incómodos por las preguntas, y generar cuadros de ansiedad, por eso tienen que ser alguien con experiencia, porque les va a tocar contener a las personas ahí mismo. Si despertaste craving con tus preguntas no pueden dejar que las personas se vayan así nomás" (COSAM Pudahuel)

"tienen que decirle: no te quiero hacer daño, lo que quiero hacer es ayudarte y esto que te estoy preguntando me va a servir pa ayudarte. Si necesitas alguien con quien conversar mañana, si te sentis solo, ven a conversar conmigo, voy a estar yo aquí" (Mujer 53 años, Ñuñoa)

En lo que refiere a las consecuencias físicas y psicológicas crónicas del consumo de PBC, los CT participantes de los grupos focales destacaron la posibilidad de que al momento de la encuesta la persona pueda presentar reacciones similares a las anteriores pero con mayor grado de intensidad, debido a que muchas personas que consumen PBC tienen previamente o desarrollan durante el consumo diversas patologías psiquiátricas de diversa gravedad. A la conjunción de una patología psiquiátrica con una adicción a las drogas se le conoce como "patología dual", y es bastante frecuente en las personas que consumen PBC, al menos dentro de los que están institucionalizados en los diversos CT participantes.

Ante reacciones negativas asociadas a alguna patología psiquiátrica, otra vez se vuelve fundamental la preparación profesional del encuestador, porque éste no sólo debe saber cómo tratar con personas que consumen sustancias, sino también con enfermedades psiquiátricas de diversa índole. Estas reacciones psiquiátricas no pueden ser evitadas ni previstas por el encuestador, por lo que se vuelve fundamental tanto su capacidad de contención como de reacción rápida, en caso de encontrarse con un posible encuestado con patología dual.

En lo que refiere a la asociación del consumo con conductas delictuales y antisociales, los participantes de ambas metodologías destacaron la posibilidad de que algunos encuestados consideren la posibilidad de sacar provecho económico de la encuesta a través del robo; independientemente del valor del incentivo elegido. Ante este caso, los participantes de ambas metodologías sugirieron diversas medidas de seguridad:

- a. Que el centro de encuesta no esté dentro del territorio de consumo propiamente tal sino que cerca; y que se instale dentro de una institución donde haya más gente realizando otras actividades, para que los encuestadores nunca estén solos.
- b. Que los horarios de operación del centro de encuesta consideren que los encuestadores se vayan antes de que oscurezca.
- c. Que los encuestadores trabajen en duplas, que se vistan de manera sencilla, y que nunca porten objetos de valor con ellos.
- d. Dado que muchas personas que consumen PBC portan armas y que no pueden ser registrados debido a que eso generaría un rechazo inmediato al estudio; se sugiere realizar una motivación previa a la aplicación de la encuesta —incluso escrita dentro del consentimiento informado— para que las personas encuestadas entiendan que no tienen por qué sentirse amenazados dentro del centro de encuesta o por la encuesta en sí, y que su aporte va a ser valioso y positivo para otras personas que consumen, y que se encuentran en una situación similar o peor que la suya.

- e. Evitar dentro de lo posible que se acumulen muchos sujetos esperando por ser encuestados. Es necesario atenderlos de forma rápida y expedita, y que los que estén esperando se sientan cómodos y estén “entretenidos” (ofrecerles cigarrillos y algo de beber, conversar con ellos).
- f. Ante la posibilidad de tener un conflicto violento con un sujeto encuestado, tratar en lo posible de involucrar a la policía como última opción, porque se correría la voz en las redes de consumo, y eso disminuiría la afluencia de nuevas personas que consumen al centro de encuesta.

1.9. Sobre problemáticas éticas de la metodología RDS y otras consideraciones

Además de las consideraciones éticas obvias que presenta la metodología RDS con respecto a la posibilidad de utilizar incentivos monetarios con personas con consumo problemático de sustancias, durante la realización de los grupos focales con los distintos CT surgieron otras preocupaciones de carácter ético; asociadas a la confidencialidad del estudio, el lenguaje utilizado en los diversos instrumentos y a la ideología subyacente a la metodología RDS.

En lo que refiere a la confidencialidad del estudio, para varios participantes de los grupos focales resultaba fundamental que tanto las encuestas y los consentimientos informados como las muestras de los test biológicos —en caso de realizarse— y los incentivos —en caso de ser un vale a cobrar por algo— fuesen completamente anónimos, y que los datos individuales de las personas encuestadas no fueran accesibles para SENDA ni para la Universidad Católica (fuera del equipo de investigación) en ningún momento; también para no generar suspicacias dentro de la comunidad terapéutica con respecto a los verdaderos objetivos del estudio, y asegurar así su colaboración permanente con el mismo.

En lo que refiere al lenguaje de los diversos instrumentos a utilizar durante el desarrollo de la caracterización cuantitativa (consentimientos informados, pauta de encuesta, pauta de técnicas de recolección de datos cualitativas, consejería escrita, etc.), este debe ser sencillo y directo, y fácil de comprender para todas las personas que consumen PBC, independientemente de su nivel de estudios. Si bien no fue posible profundizar en las narrativas culturales del mundo del consumo de PBC debido al poco tiempo disponible para desarrollar la etapa formativa, es necesario realizar un esfuerzo para que los diversos instrumentos de recolección de datos faciliten el diálogo con las personas encuestadas, y luego la entrega de información verídica con respecto a los diversos temas indagados. Es en este sentido que se vuelve fundamental la realización del pre-test con diversos perfiles de personas que consumen, para ver la adecuación del lenguaje y posibles reacciones emocionales de las diversas preguntas.

En lo que refiere a la ideología subyacente a la metodología RDS, sobre todo en relación a la estimulación de la participación vía incentivos monetarios, a los participantes del grupo focal del CT Caleta Sur les parece que esta metodología se opone al trabajo histórico de intervención comunitaria que dicho CT realiza con personas que consumen diversas sustancias en La Pintana. Esto, porque al centrar la motivación en un elemento extrínseco al sujeto como el dinero, se le impide generar una motivación interna o propia por salir de la situación de adicción, lo que desde su perspectiva banalizaría la situación vulnerable en la que se encuentra esta población; generando un quiebre con la lógica comunitaria de ayuda mutua desinteresada con la que trabajan con las personas que consumen dentro de dicha comuna.

2. INFORME DE TERRENO EJECUCIÓN ESTUDIO CUANTITATIVO

A continuación se presenta una breve descripción sobre el funcionamiento del estudio en terreno, considerando el funcionamiento de las sedes, el equipo encuestadores, las capacitaciones, la etapa formativa, los protocolos y los productos generados por el mismo; destacando en cada uno los principales problemas que tuvo el equipo de terreno y la forma en que fueron resueltos, así como recomendaciones para futuras investigaciones.

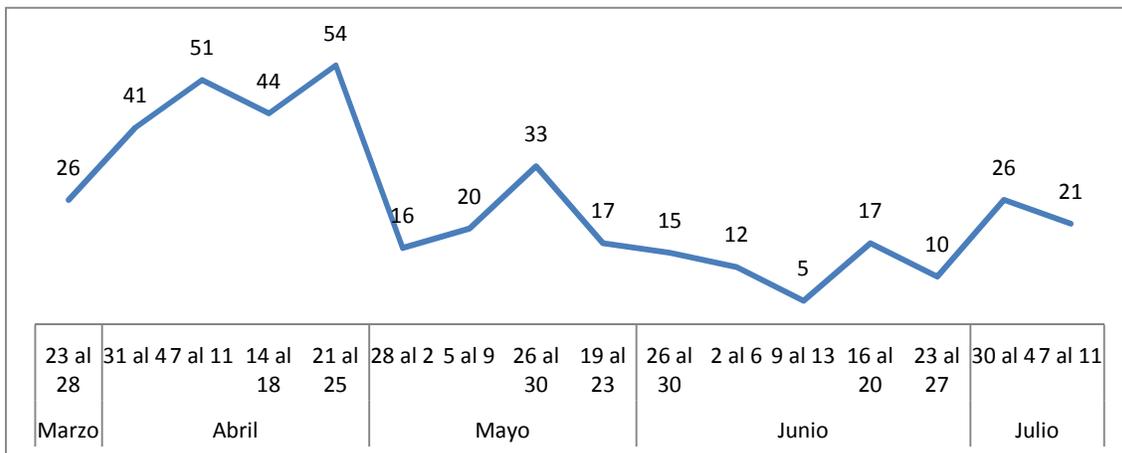
2.1. Sedes

El terreno del estudio fue realizado durante cuatro meses, entre el Lunes 24 de Marzo y el Viernes 11 de Julio, en cuatro sedes ubicadas en distintos puntos de la Región Metropolitana:

- **Sede Norte;** situada en el Centro de Salud Integral Santa Catalina de Siena de la Fundación Uniendo Mundos, ubicada en Av. Presidente Salvador Allende N°500, Huechuraba (funciona de manera continua desde el 24 de Marzo hasta el Viernes 13 de Junio).
- **Sede Centro;** situada en la Junta de Vecinos N°3 Av. España, ubicada en Av. Abate Molina N°666, Santiago (funciona de manera continua desde el 24 de Marzo hasta el Viernes 13 de Junio).
- **Sede Sur 1;** situada en el Albergue El Trampolín de la fundación EDUCERE, ubicado en Av. Eyzaguirre N°598, Puente Alto (funciona de manera continua desde el 24 de Marzo hasta el Miércoles 5 de Junio).
- **Sede Sur 2;** situada en el nuevo Albergue El Trampolín de la fundación EDUCERE, ubicado en Av. Santa Elena N°115, Puente Alto (funciona de manera continua desde el Lunes 16 de Junio hasta el Viernes 11 de Julio).

En general la mayor cantidad de encuestas se realizaron en las primeras 5 semanas de ejecución del estudio, donde se realizaron 216 encuestas en total. A partir del 28 de Abril el flujo de las sedes comenzó a bajar por la decisión tomada de cortar el reclutamiento en la ola 7. De la semana 6 a la 12, se hicieron 118 encuestas y a fin de esta semana se cerraron las sedes norte y centro por el bajo flujo de casos que se encontraban asistiendo. De esta manera, el último mes de trabajo (semana 13 a 16) se continuó solo con la sede sur 2 de puente alto, que se activó después del incendio. En el gráfico 2 se presenta el flujo semanal de casos en el total de las sedes.

Tabla 3. Encuestas realizadas por semana de aplicación



Los principales problemas que hubo a nivel de las sedes elegidas fueron el bajo flujo de casos en la Sede Norte, el descenso de casos en todas las sedes luego de la decisión de cerrar la entrega de cupones en la ola 7, la existencia de un caso duplicado entre la Sede Sur 1 y la Sede Norte, el robo de un celular en la Sede Centro a la secretaria de la Junta de Vecinos, el robo de un computador en la Sede Norte a la secretaria del Centro de Salud, y el incendio de la Sede Sur 1.

- En relación al bajo flujo de casos de la Sede Norte, el problema se intentó resolver en una primera instancia a través de la generación de más semillas, pero cómo eso no dio resultado, finalmente se decidió cerrar la sede a mediados de Junio y potenciar la sede que estaba dando mejores resultados en ese momento (Puente Alto). Ahora bien, esto era esperable desde la etapa formativa, porque el equipo sabía que las comunas con mayor presencia de personas que consumen PBC eran Santiago, Puente Alto y La Pintana. Finalmente, se decidió ubicar una sede en Huechuraba para dar mayor variabilidad territorial a la muestra y porque el equipo tenía un contacto previo con la Fundación Uniendo Mundos, lo que facilitaría enormemente la instalación de una sede en ese lugar (considerando la alta complejidad del estudio); y también porque se consideró que la sede de Puente Alto cubriría adecuadamente a toda la zona sur (incluyendo La Pintana). Luego, se recomienda que en futuras investigaciones se considere muy seriamente los datos previos de residencia y trabajo del universo a estudiar, pero también los contactos previos del equipo de investigación dentro del territorio, los que facilitan enormemente la instalación de sedes de encuesta para un estudio tan complejo como este.
- En relación al descenso de casos en todas las sedes luego de la decisión de cerrar la entrega de cupones a partir de la ola 7, el problema se intentó resolver en una primera instancia a través de la generación de más semillas en todas las sedes, pero cómo eso no dio resultado, finalmente se decidió reabrir la entrega de cupones a la ola 7, permitiendo la ramificación y extensión de olas para las semillas que aún se encontraban activas, y del mismo modo una continuidad en el flujo de casos. Se recomienda que para futuras investigaciones que utilicen la metodología RDS, se permita el libre flujo de casos y olas en las semillas que están siendo exitosas; dado que esto no influye mayormente en el análisis posterior y que romper la cadena de cupones de una semilla exitosa puede anular por completo el flujo de casos en un territorio dado (como fue el caso).
- En relación a la existencia de un caso duplicado entre la Sede Sur 1 y la Sede Norte, sucedió que una mujer que fue originalmente encuestada en la Sede Sur 1 se enteró de la existencia de la Sede Norte y también fue a encuestarse allá, a pesar de todos los sistemas de registro e identificación existentes (dio el mismo nombre en ambas sedes). Este caso duplicado se logró identificar debido a que la pareja de la mujer intentó hacer lo mismo, pero fue reconocida por la coordinadora de terreno que rotaba por las distintas sedes, lo que impidió la existencia de un segundo caso duplicado así como la identificación clara del primero. El problema se resolvió dejando la primera encuesta de la mujer como válida (la que se hizo en la Sede Sur 1) y la segunda como inválida y fuera de la muestra (la que se hizo en la Sede Norte); conversando con la pareja del caso duplicado para entender cómo se habían enterado de la existencia de la otra sede, nos permitió saber que era un caso aislado (éstas estaban en la acogida de calle de la Fundación EDUCERE —dónde se instalaba la Sede Sur 1 en Puente Alto— para iniciar un proceso de rehabilitación del consumo de PBC cuando fueron entrevistadas por 1° vez, pero eran originarias de la población La Pincoya en Huechuraba dónde se instaló la Sede Norte, por lo que una vez que abandonaron el proceso de acogida para rehabilitarse en Puente Alto volvieron a sus círculos de consumo habitual en Huechuraba); verificando nuevamente los registros

internos de las sedes nombre por nombre para ver que no hubiesen más casos duplicados; y haciendo que a partir de ese momento, al menos un encuestador de cada sede rotara semanalmente, para tener mayor control visual sobre posibles nuevos casos de duplicación. Esta última medida fue fundamental para evitar nuevas duplicaciones, por lo que en futuros estudios que consideren la existencia de más de una sede de encuesta, se recomienda rotar a un encuestador además del coordinador de terreno, como hacer más hincapié a los encuestadores sobre la importancia de corroborar a cada encuestado dentro de los registros internos. Se optó por la rotación de encuestadores y no por tomar medidas más estrictas de identificación (como pedir cédula de identidad), debido a que esto violaba lo acordado en el consentimiento informado, y a que no toda la población de estudio tenía dicho documento.

- En relación al robo de un celular en la Sede Centro a la secretaria de la Junta de Vecinos, el principal problema fue la pérdida de confianza de la Junta de Vecinos con el desarrollo del estudio y la presencia continua de personas que consumen PBC en el lugar; a pesar de que jamás se pudo probar que uno de nuestros encuestados fuese quien sustrajo el celular, y a que el robo se debió principalmente al descuido de la propia secretaria. El problema se resolvió conversando con la secretaria y el presidente de la junta de vecinos, haciéndoles ver su responsabilidad en los hechos y agregando un tercer encuestador fijo para que vigilase permanentemente la sala de espera mientras se mantuviese un flujo demasiado alto de casos en la Sede Centro. Se recomienda que para futuras investigaciones se considere hacer protocolos de seguridad no sólo internos para el equipo de investigación, sino también externos para los equipos de las instituciones anfitrionas de las sedes dónde se instalará el estudio; comprendiendo que al trabajar con este tipo de poblaciones la seguridad de los bienes de la sede es de co-responsabilidad tanto del equipo de investigación como del equipo de la institución anfitriona. Se recomienda también que para aquellas sedes que tengan un flujo permanente y continuo de casos, se considere la contratación de un tercer encuestador para que vigile la sala de espera permanentemente, manteniendo tranquilo el ambiente dentro de la sede en general.
- En relación al robo de un computador en la Sede Norte a la secretaria del Centro de Salud Integral Santa Catalina de Siena, el principal problema fue la pérdida de confianza del equipo del Centro de Salud con el desarrollo estudio y a presencia continua de personas que consumen PBC en el lugar; situación que llegó al punto extremo de querer terminar por completo con la presencia del estudio en el Centro de Salud, a pesar de que jamás se pudo probar que uno de nuestros encuestados fuese quien sustrajo el computador. En este caso el robo se debió a un descuido tanto de la secretaria como del equipo de encuestadores, por lo que el problema se resolvió entregando el computador de la Sede Norte al finalizar el terreno en dicho lugar, en reposición por el desaparecido que pertenecía a la Fundación Uniendo Mundos. Por lo mismo, se recomienda que para futuras investigaciones se considere hacer protocolos de seguridad no sólo internos para el equipo de investigación, sino también externos para los equipos de las instituciones anfitrionas de las sedes dónde se instalará el estudio; comprendiendo que al trabajar con este tipo de poblaciones la seguridad de los bienes de la sede es de co-responsabilidad tanto del equipo de investigación como del equipo de la institución anfitriona. Se recomienda para futuras investigaciones tener una comunicación fluida entre el equipo coordinador del terreno y el equipo de la institución anfitriona presente en la sede, y realizar al menos una reunión al comienzo del estudio para revisar y discutir en conjunto los protocolos de seguridad.

- En relación al incendio de la Sede Sur 1, los principales problemas para la investigación fueron que todas las encuestas que se encontraban en la sede se dañaron por el calor, el humo y el agua que apagó el incendio; que durante cerca de 10 días el estudio estuvo sin sede de encuesta en la zona sur; que se cortó el flujo de casos de forma intempestiva en la sede —que en ese momento era la que tenía mayor flujo de casos—; y que el equipo de investigación quedó muy afectado emocionalmente por la muerte de dos usuarios del albergue que habían compartido con los mismos en los meses previos al incendio. Los problemas se resolvieron secando y limpiando una por una las encuestas para recuperar toda la información que contenían (finalmente no se perdió ninguna encuesta); conversando con Fundación EDUCERE para reubicar el estudio rápidamente en la nueva sede del albergue incendiado dentro de la misma comuna, y para poder extender el terreno un mes más allá de lo inicialmente pactado en el convenio de arriendo; reactivando el flujo de casos a través de los cupones no entregados en la ola 7 con los usuarios del mismo albergue; y haciendo un asado para levantar la moral del equipo de terreno. En este caso, para futuras investigaciones se recomienda mantener calma, pues este fue un accidente absolutamente imprevisible contra el que el equipo de investigación no tenía nada que hacer¹. Ahora bien, es posible que ante eventualidades de este tipo, el estudio considere presupuesto de emergencia para entregar apoyo psicológico al equipo de terreno.

2.2. Encuestadores y capacitación

Considerando las sugerencias de la etapa formativa y la experiencia de aplicación de encuestas previa del equipo coordinador de la investigación, inicialmente se capacitó a diez encuestadores en los instrumentos, la metodología, la consejería y los protocolos; seis para cubrir los requerimientos mínimos de funcionamiento de cada sede y cuatro por si surgían problemas y era necesario realizar reemplazos. Esto fue una buena medida que se recomienda para futuras investigaciones, porque efectivamente fue necesario generar reemplazos definitivos —un encuestador renunció al segundo día de capacitación y otro tuvo que ser despedido al mes de trabajo en terreno—; reemplazos temporales por motivo de enfermedad de algún miembro del equipo oficial; y una contratación extra al mes de funcionamiento del terreno debido al robo de un celular en la Sede Centro —y luego la necesidad de tener siempre a un encuestador vigilando la sala de espera de dicha sede—. En la medida en que fue avanzando el estudio el equipo coordinador de la investigación se vio en la necesidad de capacitar a otros dos encuestadores de reemplazo, los que fueron capacitados directamente en terreno.

Las capacitaciones iniciales consistieron en veinte horas cronológicas (20) en dónde se explicó en detalle y se practicó (role playing) ambos instrumentos cuantitativos —el cuestionario y el MINI Mental—; se explicó y discutió con el equipo de terreno los protocolos internos de trabajo —funcionamiento sedes, aplicación encuesta, consejería y seguridad—; se explicó en detalle la consejería —intervención breve ASSIST—; y finalmente, se explicó en detalle y se practicó el uso de los sistemas de registro de la investigación —Sistema de Registro Interno Excel y Programa RDS—. La capacitación en terreno consistió en una capacitación rápida de ocho horas cronológicas (8), en dónde a los encuestadores nuevos se les enseñó la aplicación de ambos instrumentos y el uso correcto de los sistemas de registro, con la ayuda de un encuestador más antiguo y la

¹ Para más detalles sobre el incendio visitar la página de la Fundación EDUCERE <http://www.educere.cl/index.php/noticias/57-incendio-en-el-trampolin.html>

coordinadora de terreno que funcionaron como tutores, y además de eso se les pidió que estudiaran el manual de consejería y los protocolos por su cuenta en otro momento.

Para la implementación del equipo en terreno se consideró que en cada sede tenía que haber al menos un hombre y una mujer (principalmente por la aplicación del test de orina y la seguridad de los mismos encuestadores), y al menos un psicólogo para la aplicación del MINI Mental. El equipo de encuestadores definitivo, sin contar aquellos que hicieron reemplazos de dos días o menos, estuvo finalmente compuesto por ocho encuestadores: dos asistentes sociales, tres psicólogos, un técnico en rehabilitación, y dos psicólogos y técnicos en rehabilitación.

Los principales problemas que tuvimos con los encuestadores, fueron la gran cantidad de reemplazos que hubo que hacer en un comienzo —lo que implicó capacitar a más encuestadores y una rotación frecuente en las sedes—; y dos encuestadores psicólogos que no lograron aplicar el MINI de forma correcta —lo que implicó recapacitarlos en dos oportunidades, y finalmente tener que despedir a uno de ellos al mes de iniciado el terreno porque no logró adaptarse a la metodología de trabajo—. En general, podemos decir que no tuvimos problemas graves dentro del equipo, debido a que la selección del personal fue adecuada en lo que refiere a su calidad profesional y humana, y a la experiencia previa de trabajo que tenían los encuestadores seleccionados con este tipo de poblaciones.

2.3. Etapa formativa y protocolos

Las recomendaciones hechas durante la etapa formativa en general fueron bastante acertadas en lo que refiere a la apreciación y sentido inicial de trabajo que se tuvo con la población de personas que consumen PBC en la Región Metropolitana. A pesar de ello, durante el terreno surgieron pequeñas diferencias con la etapa formativa y obstáculos concretos para aplicar dichas sugerencias en la práctica, las que detallamos a continuación para que se consideren en la realización de futuras investigaciones con este tipo de poblaciones.

En lo que refiere a **los lugares de encuesta**, la principal diferencia que se produjo con las sugerencias de la etapa formativa fue que varios encuestados cruzaron las fronteras comunales para participar del estudio, y no se restaron de la instancia a pesar de que los centros de encuesta se encontraban bastante lejos de sus territorios conocidos de consumo. Si bien los encuestados que residían en comunas diferentes a aquellas en dónde se instalaron los centros de encuesta eran los menos (29% del total) —representando un porcentaje muy significativo sólo en la Sede Centro por su ubicación privilegiada (49%)— resultan bastante relevantes, considerando las predicciones hechas por la etapa formativa. Además, en el análisis cualitativo también se pudo observar que muchos encuestados salían de sus territorios conocidos de consumo en caso de que no pudiesen conseguir PBC dentro del mismo, generando desplazamientos importantes a lo largo de la capital. Ahora bien, esto no quita que la mayoría de los encuestados prefiriese mantenerse dentro de un cierto sector, y reemplazar el consumo de PBC por otra sustancia en caso de no encontrarla dentro de su territorio conocido de consumo y tráfico.

Tabla 4. Casos según comuna de procedencia

| | Huechuraba | | Santiago Centro | | Puente alto | | Total | |
|---------------------|------------|------|-----------------|------|-------------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Misma comuna | 90 | 92% | 74 | 50% | 126 | 77% | 290 | 71% |
| Otra comuna | 8 | 8% | 73 | 50% | 38 | 23% | 119 | 29% |
| Total | 98 | 100% | 147 | 100% | 164 | 100% | 409 | 100% |

Otra diferencia existente entre el terreno y las sugerencias de la etapa formativa con respecto a los lugares de encuesta, fue la posibilidad de tener salas de espera efectivas y bien equipadas. Si bien en la etapa formativa se hizo énfasis en la necesidad de contar con un espacio cómodo y amplio dónde atender a los encuestados que estaban esperando por ser atendidos, en algunas sedes dicho espacio era muy pequeño o no formaba parte del convenio de arriendo con la institución anfitriona de la sede, por lo ésta no pudo ser implementada de manera adecuada. Para futuras investigaciones se recomienda hacer un esfuerzo mayor por contar con dichos espacios e implementarlos de manera adecuada, debido a que era bastante frecuente que los encuestados llegaran en grupos o se concentraran en algunos horarios. Esto se suma a que el trabajo de los encuestadores en la sala de espera resulta absolutamente fundamental para no perder casos por “la espera”, y para evitar posibles problemas entre los encuestados y con la sede y el entorno inmediato, como peleas y hurtos.

En lo que refiere a **los días y horarios de encuesta** las sugerencias de la etapa formativa fueron muy acertadas: efectivamente el mayor flujo de encuestados tendía a producirse después de las 12:00hrs., y los días con menos afluencia de público eran en todas las sedes los Viernes y los Lunes. A pesar de lo anterior, se decidió mantener el horario original de funcionamiento, de 10:00-18:00hrs. para respetar los horarios de funcionamiento de las instituciones anfitrionas de las sedes. Esto debe ser considerado para la implementación de sedes en futuras investigaciones, debido a que la mayoría de las instituciones que pueden alojar este tipo de estudios tienen un horario de trabajo normal hasta las 18:00hrs. o 19:00hrs., independientemente de los horarios y días de preferencia de la población estudiada.

En lo que refiere a **los encuestadores y el trato apropiado a los encuestados**, la etapa formativa fue bastante acertada sobre las características que debían tener los primeros. Respecto a la edad de los encuestadores, en terreno se observó que tener un encuestador de más de 40 años no era un problema para los encuestados, y que el conocimiento sobre el consumo problemático de sustancias no era tan importante como la experiencia de trato directo con personas de “el mundo de la calle”. En este sentido, cabe decir que los mejores encuestadores del equipo no fueron los con mejor preparación profesional y mayores conocimientos sobre el consumo problemático de sustancias; sino aquellos que se podían relacionar de forma horizontal y afable con los encuestados —a la vez que mantenían los límites claros con ellos— destacándose por su experiencia de trato previo con poblaciones de este tipo y su calidad humana.

Cabe destacar que dicha experiencia y trato previo con estas poblaciones, también fue muy relevante en la relación del equipo de investigación con los equipos de las instituciones anfitrionas de las sedes, pues en general fue más llevadero el trabajo en terreno en aquellas sedes dónde “el mundo de la calle” era el público objetivo de la institución anfitriona. Concretamente, para el equipo de investigación fue mucho más fácil la relación con la Fundación EDUCERE en Puente Alto —que trabaja directamente con personas en situación de calle y en consumo problemático— que con el Centro de Salud Integral Santa Catalina de Siena en Huechuraba o la Junta de Vecinos N°3 Av. España en Santiago, ya que estas dos últimas no estaban habituadas ni a la presencia de ni al trato directo con este tipo de población. Ahora bien, cabe destacar que no tuvimos ningún problema importante con el entorno vecinal de ninguna las sedes, y eso habla de que estas fueron efectivamente bien ubicadas dentro del territorio comunal.

En lo que refiere a las **semillas**, y a pesar de que las sugerencias de la etapa formativa eran bastante adecuadas, en la práctica fue muy difícil seguirlas. En primer lugar, y debido al poco tiempo con que se contó para constituir y organizar las sedes de encuesta, no fue posible salir a recorrer puntos de consumo/calle en compañía de los profesionales de los centros de tratamiento

participantes de la etapa formativa como se sugería. Luego, lo que se hizo fue buscar a las semillas a través de instituciones que tenían contacto directo con personas que consumen PBC en la Región Metropolitana, pero eso imposibilitó el poder seleccionar los perfiles más adecuados como se sugería en la etapa formativa, ya que el equipo tuvo que aceptar el sujeto que proponía la institución contactada, dependiendo de la disposición de los mismos. Esto provocó que de 4 a 6 semillas contactadas para cada sede, sólo 2 o 3 llegaran a presentarse efectivamente en la sede de encuesta, y sólo 1 o 2 lograran generar una red de encuestados con posterioridad.

La buena selección de semillas es fundamental para el éxito de un estudio de estas características, en lo que refiere principalmente a la velocidad con que van llegando los encuestados a la sede y a la mantención de un flujo permanente de casos en la misma. Luego, se sugiere que para futuras investigaciones se dé más tiempo a los coordinadores de terreno para contactar y seleccionar debidamente a las semillas. Otro elemento a considerar, es permitir la inclusión de más semillas en un más punto avanzado del terreno, pues esto permitiría reactivar las sedes que se encuentren con un menor flujo de casos.

En lo que refiere al uso de **incentivos**, la etapa formativa recomendó una serie de posibilidades y precauciones que finalmente no fueron necesarias de implementar para la entrega de incentivos. El enfoque inicial que se le dio a esta temática se debió al rechazo de los centros de tratamiento participantes en la etapa formativa respecto del uso de incentivos de carácter monetario, y al cuestionamiento ético que esto provocaba sobre la metodología RDS en general; pero finalmente se decidió usar tarjetas gift-card por un tema de conveniencia logística —principalmente facilidad de almacenamiento y transporte— más allá de los cuestionamientos que esto podía provocar.

Se entregaron gift-card de \$7000 pesos como incentivo primario por participar de la encuesta (máximo una) y gift-card de \$4000 pesos como incentivo secundario por reclutar a un nuevo encuestado (máximo 3), y se realizó una motivación a los encuestados durante la consejería para no utilizar la gift-card para proveerse de droga, así como un seguimiento del uso que los encuestados le daban al incentivo primario durante la entrega del incentivo secundario. Considerando la pérdida de autonomía que tendrían los usuarios de PBC con respecto al dinero —según señalaban la mayor parte de los participantes de la etapa formativa— los resultados de dicho seguimiento fueron sorprendentes: de 77 encuestados que lograron ser consultados durante la entrega del incentivo secundario, sólo 3 declararon haber intercambiado la gift-card por PBC; los otros 74 la regalaron o compraron comida, ropa o artículos de aseo en el supermercado. Lo que muestra esta cifra, es que si la entrega del incentivo va acompañada de una motivación adecuada, los encuestados la utilizan para cubrir necesidades diferentes a las que le provoca su adicción, anulando de este modo la mayor parte de los cuestionamientos éticos que implica la metodología RDS. Además, esta cifra muestra que la visión que tienen los centros de tratamiento sobre sus propios usuarios está también bastante sesgada por las visiones sobre la rehabilitación, y el paternalismo que manifiestan en general los equipos de los centros con respecto a los usuarios de sustancias en consumo problemático.

En lo que refiere al **test-biológico**, en la práctica se observaron muchos menos problemas de los que se estimaron se producirían en la fase formativa. En primer lugar, se explicitó en el cupón que se realizaría un test de orina, por lo que los encuestados que llegaron a participar del estudio sabían de antemano que éste se les realizaría al llegar a la sede; y en segundo lugar siempre fue la encuestadora mujer la que aplicaba el test a las encuestadas mujeres y el encuestador hombre a los encuestados hombres, lo que reducía en parte la incomodidad que estos pudiesen tener durante la aplicación del mismo. En general el equipo no tuvo problemas con la aplicación del test-

biológico, más que la molestia de los pocos encuestados que tuvieron test negativos y debieron ser considerados como inadmisibles en la investigación.

En lo que refiere a las **posibles dificultades y tratamiento adecuado** de las mismas, así como al modo de trabajo y reacción que proponían los **protocolos de seguridad** (ver anexos), la fase formativa fue acertada en sus sugerencias. Si bien hay que destacar que el equipo de investigación tuvo muy pocos problemas con los encuestados —dado que la preparación profesional y la experiencia previa de trabajo de los encuestadores y la coordinadora de terreno con este tipo de poblaciones permitieron sortear sin dificultad diferentes situaciones con los encuestados— en general la mayoría de los problemas graves que tuvimos afectaron a los equipos de las instituciones anfitrionas de las sedes; principalmente robos dentro de las mismas. Considerando lo anterior, creemos que la principal falencia de la etapa formativa en este punto fue el no contemplar que los protocolos de seguridad internos debían ser socializados con los equipos de las instituciones anfitrionas, así como también el diseñar un protocolo de seguridad o plan de acción externo, específicamente para que el equipo de terreno tuviese una forma consensuada con los equipos de las instituciones anfitrionas de las sedes para lidiar con las dificultades que pudiesen tener estos últimos con los encuestados. El que todos los involucrados en el estudio conozcan los protocolos de seguridad y posean un plan de acción en caso de cualquier problemática —más allá de si participan directamente o no del equipo de investigación— es un elemento fundamental a considerar en futuras investigaciones.

Finalmente, cabe decir que los **protocolos de funcionamiento de las sedes y aplicación de encuestas** (ver anexos), fueron muy útiles para organizar el trabajo en terreno en un comienzo, pero finalmente cada pareja de encuestadores tuvo que adaptarlo a las condiciones y posibilidades reales de cada sede en términos del espacio, el uso exclusivo o no de la oficina, el baño y la sala de espera, la cantidad de encuestados en espera por ser atendidos, etc. En ese sentido hay que destacar la relevancia de la preparación profesional y experiencia previa de los encuestadores, para que dicha “adaptación” de los protocolos a la realidad de cada territorio y sede sea coherente con los objetivos de investigación; así como el rol de coordinación que tiene el coordinador de terreno.

2.4. Resultados del terreno de ejecución del estudio cuantitativo

Consideradas en conjunto, las sedes funcionaron durante 4 meses, de Lunes a Viernes y de 10:00-18:00hrs. Durante este tiempo, se logró encuestar a **409** personas que consumen PBC de forma habitual. De este número total de encuestados cuatro (4) casos debieron ser sacados de la muestra debido a que fueron semillas que no prosperaron (esto es, no generaron red), y otros siete (7) casos debieron ser sacados de la muestra debido a que los encuestadores evaluaron en la “puntuación de validez” del cuestionario la instancia de encuesta y las respuestas dadas por los encuestados como “mala” (esto es, respondían antes de que se terminara de hacer la pregunta, respondían en todas las respuestas que “no”, estaban desconcentrados porque se querían ir rápido, daban respuestas muy incoherentes, etc.). Los cuatro casos de semillas sin red eran hombres, y de los siete casos considerados inválidos seis eran hombres y una era mujer. Esto nos deja con un total de **398 casos válidos**, los que fueron finalmente considerados en el análisis cuantitativo, y que se organizan por sexo y tramos de edad como indica la siguiente tabla:

Tabla 5. Casos Válidos Análisis Cuantitativo

| | | Sexo | | | | | |
|------------|---------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|
| | | Hombre | | Mujer | | Total | |
| | | Recuento | % del N de la columna | Recuento | % del N de la columna | Recuento | % del N de la columna |
| Tramo edad | 18 a 30 | 66 | 20% | 20 | 28% | 86 | 22% |
| | 31 a 38 | 98 | 30% | 26 | 36% | 124 | 31% |
| | 39 a 44 | 83 | 26% | 14 | 19% | 97 | 24% |
| | 45 a 65 | 79 | 24% | 12 | 16% | 91 | 23% |
| | Total | 326 | 100% | 72 | 100% | 398 | 100% |

Cabe decir que además de estos 409 casos, mucha más gente se acercó a las sedes para participar del estudio; pero no fueron considerados como casos elegibles para ser encuestados porque no tenían cupón o porque el test de orina salió negativo. Aquellos casos no elegibles por llegar sin cupón no fueron contabilizados ni registrados (fueron bastantes), y los casos no elegibles por test de orina negativo fueron siete (7).

Cabe destacar que ninguna persona fue considerada no elegible por estar en consumo, debido a que a todas las personas que se presentaron en consumo a participar del estudio se les hizo esperar al menos una hora (60 minutos) para que los efectos de la PBC o el alcohol se estabilizaran. Durante esa hora que se les hizo esperar se les pidió que durmieran y/o se les dio agua y/o café.

Para la parte cualitativa se entrevistó concretamente a **13** personas, y la elegibilidad de casos se explica en detalle en el apartado correspondiente.

III. RESULTADOS ANÁLISIS CUANTITATIVO: CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE CONSUMEN PBC DE FORMA HABITUAL EN LA REGIÓN METROPOLITANA.

En el presente apartado se presentan los resultados de la fase cuantitativa del estudio. El objetivo general de esta fase fue caracterizar a la población que presenta un consumo habitual de PBC en el área metropolitana de Santiago, en términos de su distribución sociodemográfica, consumo y factores asociados a este. Para ello, la muestra fue constituida mediante la metodología de Respondent Driven Sample (RDS) o Muestreo Dirigido por los Entrevistados (MDE) (Heckathorn, 1997). A continuación se describe brevemente la metodología empleada, para luego dar paso a los resultados principales.

1. Metodología

1.1 Forma de reclutamiento y características de las redes

La metodología RDS ha sido desarrollada principalmente para el estudio en poblaciones ocultas. La definición de población oculta tiene que ver con dos características principales: (1) son poblaciones en las que no existe un marco muestral, por lo que su tamaño y las limitaciones de acceso son desconocidas, y (2) es una población donde la privacidad es una preocupación fundamental, ya que por lo general sus miembros son estigmatizados socialmente debido a algunas de sus prácticas —en algunos casos, involucradas en el desarrollo de actividades ilegales— (Heckathorn, 1997). El muestreo mediante RDS permite acceder a personas que por lo general son sub representadas en muestras de población general. El presente estudio aborda una población que calza en estas características, como son las personas que consumen pasta base de cocaína (en adelante PBC) de forma habitual².

La metodología de muestreo consiste básicamente en un reclutamiento de entrevistados mediante bola de nieve, con la diferencia de que el número de reclutados es fijo. Los reclutadores iniciales o “semillas” invitan a otros participantes y así sucesivamente hasta lograr el número de muestra deseado. En el presente estudio, participaron 9 semillas³ que podían reclutar como máximo a 3 personas, de las cuáles al menos 1 tenía que ser mujer —requisito que fue cumplido en muy poco casos—. El reclutamiento propiamente tal, funciona a través de un sistema de incentivos dobles, donde se entrega un primer incentivo por participar de la encuesta y un segundo incentivo por cada persona que logra ser reclutada. En el presente estudio los incentivos fueron gift-card de grandes tiendas, cargados con \$7.000 pesos por participar de la encuesta y \$4.000 pesos por cada persona reclutada —llegando a un monto máximo de \$19.000 pesos por aquellos encuestados que lograban reclutar a 3 personas—. Los montos de los incentivos fueron definidos previamente por las bases de la licitación. A diferencia del muestreo por bola de nieve, este tipo de muestreo requiere que las personas que participan del estudio sean capaces de estimar el tamaño de su red y que se pueda trazar quien reclutó a quien en las bases de datos (Schonlau & Liebau, 2012).

² Para este estudio se considera como consumo habitual la ingesta de PBC dos veces por semana o más.

³ Solo 6 semillas lograron dar origen a una red.

Con respecto al primer punto, se realizaron una serie de preguntas sobre las redes sociales de los participantes⁴, en donde se tomó como dato fundamental para el análisis el número de personas que consumen PBC que el encuestado declara conocer, y que confirmarían a su vez que conocen al encuestado⁵. En la tabla 1 se resumen los resultados principales de esa pregunta.

Tabla 6. Media y Cuartiles de tamaño de la red (grado)

| | N | Media | Mínimo | Máximo |
|--------------|----------|--------------|---------------|---------------|
| Total | 405 | 65,0 | 1 | 900 |
| 25% | 102 | 8,7 | 1 | 16 |
| 51% | 108 | 24,9 | 17 | 30 |
| 75% | 95 | 48,0 | 32 | 65 |
| 100% | 100 | 181,7 | 70 | 900 |

La media para el tamaño de la red es de 65. Al dividir la muestra en cuartiles vemos que un 25% declara tener una red de entre 1 y 16 personas, un 25% entre 17 a 30 personas, otro 25% entre 32 a 65 personas y el cuartil superior entre 70 y 900 personas. Cabe destacar que el número que declara tener una red superior a las 100 personas es de 40 casos, y los que declaran conocer a más de 300 personas son sólo 12 casos. Si bien el tamaño de la red pareciera poco fiable en el caso de quienes declaran una red de ese tamaño, existe consistencia entre aquella declaración y las declaraciones respecto a sus redes sociales en otras preguntas⁶.

Para trazar las cadenas de reclutamiento, se utilizó un sistema de códigos en la entrega de cupones y registro de las encuestas, en donde los números indicaban la semilla inicial de reclutamiento, el número de la cadena y el reclutador de la persona a entrevistar. Esto permite la construcción de ponderadores poblacionales, y también la obtención de estadísticos respecto a la red. En la tabla 2 se presenta el tamaño de red originado por cada semilla y la profundidad de las cadenas. Por profundidad nos referimos a la cantidad de olas de reclutamiento.

Tabla 7. Características de las redes; profundidad y tamaño

| Lugar Sede | Código Semilla | Profundidad | Tamaño de la red |
|--------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| Huechuraba | 12 | 9 | 77 |
| | 15 | 7 | 19 |
| | 16 | 0 | 1 |
| Santiago | 21 | 7 | 78 |
| | 23 | 0 | 1 |
| | 25 | 7 | 69 |
| Puente Alto | 31 | 23 | 142 |
| | 32 | 7 | 20 |
| | 33 | 1 | 2 |

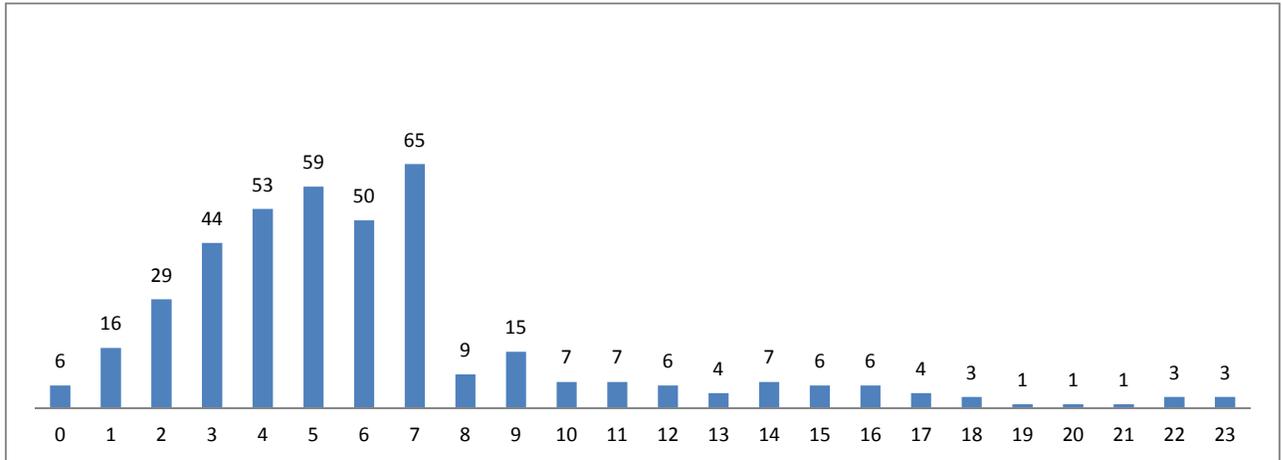
⁴ Módulo 7 de la encuesta, preguntas Q1 a Q9.

⁵ Pregunta Q3 – “Entre los consumidores de PBC que mencionaste en la pregunta anterior, ¿cuántos probablemente confirmarían que te conocen?”

⁶ Para el análisis de RDS es necesario que todos los casos tengan valores válidos para la pregunta de red o grado. En este caso 6 tenían valor perdido por lo que se les imputo el valor de la mediana para proceder con los análisis.

Las semillas 16, 23 y 33 fueron excluidas del análisis ya que no generaron una red lo suficientemente profunda como para llegar al nivel de convergencia. En el gráfico 3 se presenta el número de casos por ola de la red. Se puede notar cómo luego de la ola 7 los números bajan de manera drástica, debido a la decisión de cortar el reclutamiento para algunas semillas una vez alcanzada esa ola.

Tabla 8. Número de casos por ola



1.2 Ponderadores

La metodología RDS fue diseñada para poder generar inferencia univariada respecto a los parámetros poblacionales de ciertas variables en poblaciones ocultas (Schonlau & Liebau, 2012). RDS permite obtener proporciones poblacionales insesgadas de variables de interés (tales como sexo, edad, etnia) y generar ponderadores para mantener constante la distribución poblacional de estas características al estimar otros resultados. Para la estimación de ciertos parámetros y la creación de ponderadores se empleó el programa estadístico STATA y sus paquetes **RDS** y **RDS_network** desarrollados por Schonlau & Liebau (2012).

Estos paquetes permiten realizar varias estimaciones relevantes, entre ellas las proporciones poblacionales de ciertas variables, el tamaño promedio de la red del grupo, los ponderadores, la convergencia y la homofilia de las redes. Para el análisis de las variables de caracterización, se decidió ponderar la muestra por las variables de edad y sexo. Como RDS sólo permite realizar análisis univariados, se construyó una variable combinada de edad⁷ y sexo y se empleó un ponderador individual⁸. Se seleccionó este tipo de ponderador, ya que corrige por el tamaño de la

⁷ Edad considerada de manera categórica. Se dividió la variable por cuartiles, que resultaron ser de 18 a 30, de 31 a 38, de 39 a 44 y de 45 a 65.

⁸ RDS entrega dos tipos de ponderadores, un ponderador poblacional que se calculan dividiendo la estimación de la proporción poblacional de un determinado grupo igualmente en la muestra. Este tipo de ponderador responde a la siguiente fórmula;

$$W_a = P_a / C_a$$

Donde C_a corresponde a la proporción muestral del grupo a (por ejemplo, mujeres), y P_a corresponde a la proporción poblacional estimada del mismo grupo. De esta manera todos los miembros del grupo a tendrían el mismo peso en la muestra. De acuerdo a Schonlau & Liebau (2012), el ponderador poblacional puede ser separado en dos componentes. Un componente de tamaño de la red (grado) DC_a y un componente de reclutamiento RC_a .

$$W_a = \left(\frac{P_a}{E_a} \right) * \left(\frac{E_a}{C_a} \right) = DC_a * RC_a$$

El componente de tamaño de red corrige por el diferencial en el tamaño de la red (grado) de los grupos. Si los tamaños promedio de los grupos son iguales (E_a) entonces el componente de grado, DC_a , es igual a 1. A su vez, el componente

red y es robusto a outliers en el tamaño de la red individual. Por otro lado, este tipo de ponderador es el más comunmente utilizado en la bibliografía (Schonlau & Liebau, 2012). El ponderador individual se calcula de la siguiente manera;

$$DW_i = c * \left(\frac{RC_i}{D_i} \right)$$

Donde c es una constante utilizada para normalizar los ponderadores de manera que el promedio del ponderador individual corresponda a 1. D_i es un componente del tamaño de la red (grado), para el cual se tiene un estimador para cada individuo (en este caso, pregunta Q3). RC_i corresponde a un componente de reclutamiento (Ea / Ca), es decir, a la proporción muestral del grupo partido por la proporción de equilibrio del mismo grupo.

Este tipo de ponderador permite replicar la proporción poblacional de los grupos de interés en la muestra, y como se dijo previamente son robustos a outliers muy grandes en el tamaño de red individual.

Otros estimadores que permite obtener RDS son la convergencia, la homofilia y el tamaño de la red promedio. A continuación se presentarán estos estimadores para sexo y edad, con el fin de presentar las diferencias en las distribuciones de la muestra y las distribuciones poblacionales.

1.2.1 Distribución por sexo

En total, 332 integrantes de la muestra son de sexo masculino. 327 de ellos fueron reclutados mediante RDS y 5 fueron semillas. El número de mujeres es bastante menor, alcanzando un total de 73 casos (1 semilla y 72 reclutadas mediante RDS). La proporción poblacional para hombres se encuentra entre 81% y 91%. La estimación puntual entregada por RDS es de 87%, por lo que la muestra estaría subestimando la proporción de hombres entre las personas que consumen PBC de forma habitual. Las mujeres representan una minoría dentro de las personas que consumen PBC, encontrándose entre un 9% y un 18% del total de la población. En cuanto al tamaño de la red, el estimador corregido⁹ indica que las mujeres poseen redes en promedio mayores que los hombres, siendo el tamaño 25 en contraste con 17 de los hombres. El indicador de homofilia indica que, en el caso de las mujeres y de los hombres, el reclutamiento es cercano a estar en la aleatoriedad. Los hombres tenderían levemente menos a reclutar a alguien del propio grupo (hombres) mientras que las mujeres tenderían a reclutar más a mujeres. En cuanto a la convergencia (cuantas olas deben lograrse para lograr el equilibrio en la muestra), esta es alcanzada en la segunda ola.

de reclutamiento representa las diferencias al momento de reclutar. Cuando la proporción muestral iguala a la proporción de equilibrio (C_a), el componente de reclutamiento es igual a 1 ($RC_a = 1$). Esta partición lleva a la introducción de ponderadores individuales, DW_i . (Schonlau & Liebau, 2012)

⁹ RDS entrega un estimador corregido del tamaño promedio de la red llamado “multiplicity estimate of average degree”. El promedio simple del tamaño de la red por grupo es una sobreestimación del tamaño real del promedio ya que en la muestra están sobrerrepresentados aquellos con tamaños de red más grandes. El estimador presentado corrige por este sesgo.

Tabla 9. Estadísticos RDS para sexo

| | Hombre | Mujer |
|--|-------------|------------|
| Tamaño de la Muestra | 332 | 73 |
| Reclutados | 327 | 72 |
| Semillas | 5 | 1 |
| Proporción muestral | 82% | 18% |
| Equilibrio | 82% | 18% |
| Tamaño de la red promedio del grupo (corregido) | 17,2 | 25,0 |
| Homofilia | -0,3 | 0,1 |
| Proporción Poblacional | 87% | 13% |
| | [81% - 91%] | [9% - 18%] |
| Convergencia | 2 | |

1.2.2 Distribución por edad

Para la variable edad, se decidió dividir la muestra en cuartiles, de manera de asegurar tamaños similares entre los subgrupos y así tener errores similares entre ellos. El estimador de proporción poblacional indica el grupo de personas que consume PBC habitualmente se constituye en mayor medida por personas del grupo de 31 a 38 años, seguido por los de 45 a 65 y los de 18 a 30 años. Sin embargo, los estimadores poseen intervalos de confianza extensos, por lo que no se podría concluir respecto a la primacía de un grupo sobre otro con certeza. En cuanto al tamaño de la red, el grupo de 39 a 44 tendría en promedio una red de mayor tamaño (22), seguido por el grupo de 31 a 38 (21). El grupo más joven tendría en promedio un tamaño de red más pequeña.

Respecto a la homofilia, en todos los casos se encuentra bastante cercano a cero, lo que indica que las personas no necesariamente tienden a reclutar a personas del mismo grupo etario. El reclutamiento es más bien cercano a un reclutamiento aleatorio. En cuanto a la convergencia de la distribución etaria, esta es alcanzada luego de 3 olas de reclutamiento.

Tabla 10. Estadísticos RDS para edad¹⁰

| | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Tamaño de la Muestra | 88 | 126 | 97 | 94 |
| Reclutados | 86 | 126 | 96 | 91 |
| Semillas | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Proporción muestral | 22% | 31% | 24% | 23% |
| Equilibrio | 21% | 32% | 24% | 23% |
| Tamaño de la red promedio del grupo (corregido) | 15 | 21 | 22 | 16 |
| Homofilia | -0,09 | 0,07 | 0,08 | 0,00 |
| Proporción Poblacional | 26% | 28% | 20% | 26% |
| | [18% - 33%] | [21% - 35%] | [14% - 25%] | [18% - 36%] |
| Convergencia | 3 | | | |

¹⁰ La variable de edad empleada es la Edad declarada por los mismos encuestados. En general existe coincidencia con la fecha de nacimiento. Salvo por pocos casos que hicieron optar por la variable de declaración de edad ya que por el hecho de que posea menos dígitos existe menor probabilidad de error de tipeo de los encuestadores.

Como se mencionó previamente, el ponderador aplicado en el siguiente informe sigue las distribuciones poblacionales estimadas mediante RDS de sexo y edad. Los resultados a continuación están todos ponderados para que la muestra en general siga la proporción poblacional encontrada en estas variables.

2. Caracterización Socio-económica

A continuación se presentan datos generales y socioeconómicos de la población de personas que presentan consumo habitual de PBC. El capítulo se divide tres apartados; el primero refiere a la edad, sexo y estado civil de la muestra. El segundo apartado describirá a la muestra en cuanto a su educación. Finalmente se realizará una descripción por trabajo e ingresos.

2.1 Sexo, edad y estado civil

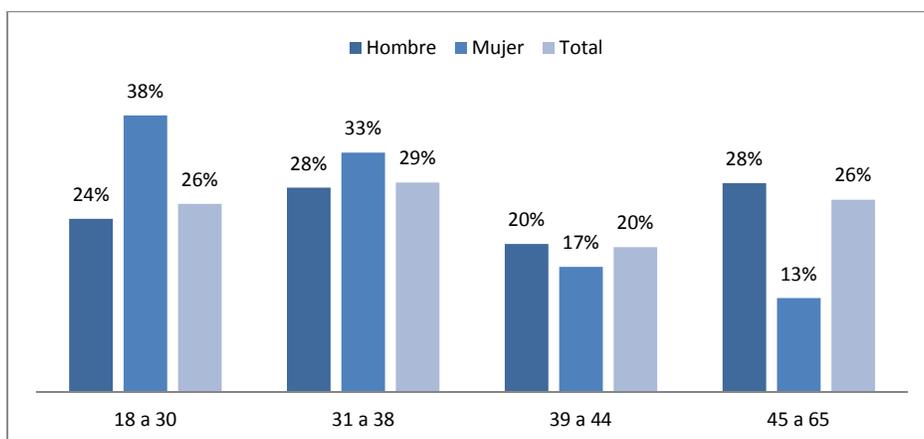
Tal como se mostró en el apartado de metodología, los hombres representan el porcentaje mayoritario de la población de personas que consume PBC de forma habitual. En cuanto a la edad, la distribución es bastante homogénea por los tramos de edad definidos, habiendo una menor concentración entre personas de 39 a 44. Considerando que sólo se entrevistó a personas mayores de 18 años, el promedio de edad de esta población es de 37,5 años.

Tabla 11. Distribución poblacional por sexo y edad

| | % | Intervalo de Confianza |
|----------------|-----|------------------------|
| Hombre | 87% | [81% - 91%] |
| Mujer | 13% | [9% - 18%] |
| 18 a 30 | 26% | [18% - 33%] |
| 31 a 38 | 28% | [21% - 35%] |
| 39 a 44 | 20% | [14% - 25%] |
| 45 a 65 | 26% | [18% - 36%] |

Al analizar la distribución de la edad de acuerdo al sexo, gráfico 4, se puede observar que un 38% de las mujeres encuestadas se concentran en el rango etario de 18 a 30 años, mientras que los hombres se encuentran más uniformemente distribuidos en todos los rangos, alcanzando el número más alto los rangos de edad entre los 31 y 38 y 45 y 65 años. Esto señala una tendencia, en dónde las mujeres que consumen PBC habitualmente tenderían a ser más jóvenes que los hombres en igual situación.

Tabla 12. Distribución etaria según sexo



Sobre el estado civil, el 71% de la muestra declara ser soltero, el 26% casado, un 2% divorciado y un 1% viudo. Sin embargo, al analizar por situación de hecho, se producen algunas diferencias con

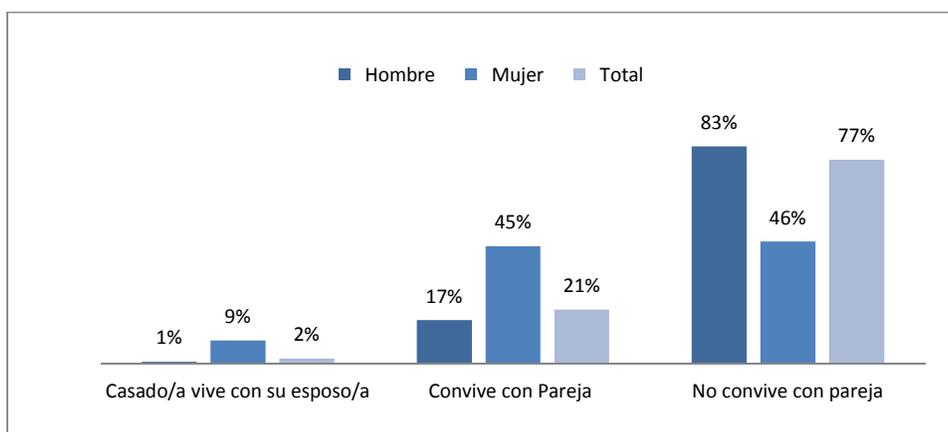
el estado civil legal. Sólo un 2% declara ser casado/a y vivir con su esposo/a, un 20% declara estar en convivencia con una pareja, y un 77% no convive actualmente con pareja. De los casados, sólo un 8% vive con su esposo/a, un 80% no convive con ninguna pareja y un 13% convive con alguna pareja, pero no su esposo/a. De los solteros, un 24% convive con alguna pareja, y de los divorciados, un 16% convive con alguna pareja.

Tabla 13. Situación de hecho por Estado Civil

| Situación de hecho | Estado Civil | | | | Total |
|--|--------------|----------|----------|---------|-------|
| | Soltero | Casado/a | Divorcio | Viudo/a | |
| Casado/a vive con su esposo/a | 0% | 8% | 0% | 0% | 2% |
| Conviviente o pareja de distinto sexo | 24% | 13% | 16% | 0% | 20% |
| No convive con pareja | 76% | 80% | 84% | 100% | 77% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

A pesar de que la mayoría de la muestra no convive con nadie (77%), al comparar por sexo la situación de hecho se presentan algunas variaciones. Un 83% de los hombres declara no vivir con pareja versus un 46% de las mujeres. A su vez, un 54% de las mujeres declaran estar conviviendo (ya sea con esposo o no), versus un 18% de los hombres.

Tabla 14. Situación de hecho según sexo



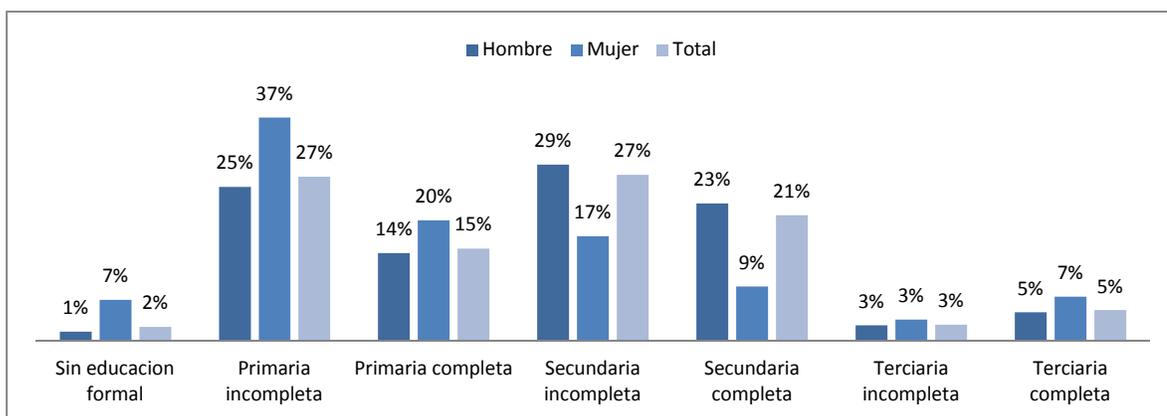
*Se excluye del gráfico " No quiere contestar" con una frecuencia de 0,1%.

En cuanto a la edad, no se presentan diferencias relevantes en la situación de hecho, salvo en el grupo de mayores de 45 años donde un 87% no convive con nadie (versus el resto de los rangos de edad donde el porcentaje de los que no conviven está entre 73% y 75%).

2.2 Educación

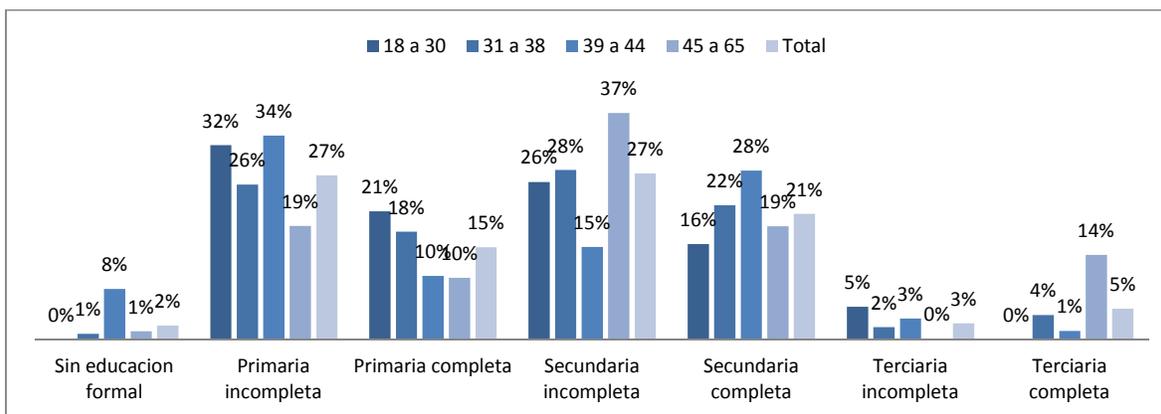
Respecto al nivel de educación de la población de personas que consume PBC de forma habitual, sólo un 1% del total no tiene educación formal. De aquellos que tienen algún tipo de educación, la mayoría corresponde a primaria incompleta (27%) y secundaria incompleta (27%). Al comparar por sexo aparecen diferencias relevantes. En general, existe una mayor proporción de mujeres con educación primaria incompleta (37%). Los hombres se concentran en mayor medida en educación secundaria incompleta (29%) y secundaria completa (13% entre los hombres versus 9% de las mujeres).

Tabla 15. Nivel de educación¹¹ según sexo



Al analizar las diferencias por tramo de edad, se observa que a mayor edad hay una mayor concentración de personas con secundaria incompleta y completa y entre los más jóvenes existe una mayor proporción con primaria incompleta y completa. Llama la atención además, que en el grupo de 45 a 65 años existe un 15% con educación terciaria completa.

Tabla 16. Nivel de educación según edad



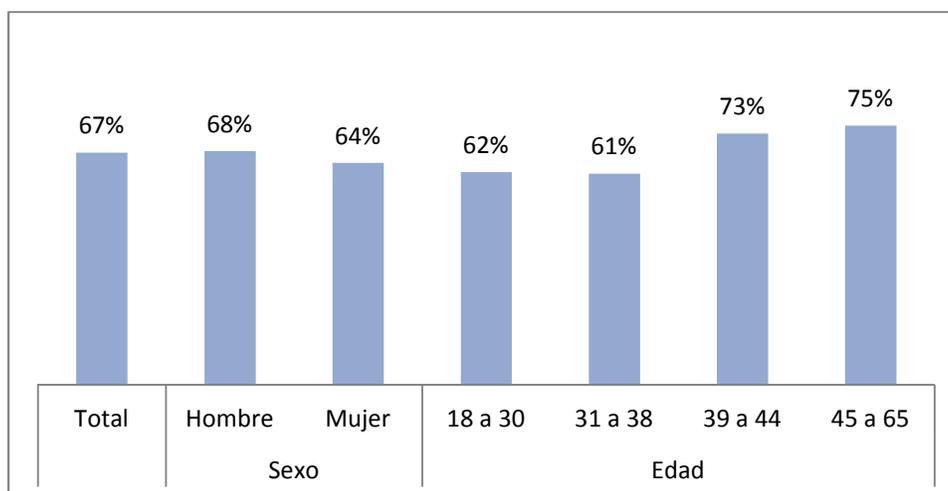
2.3 Trabajo e ingresos

Respecto al trabajo y a los ingresos, la gran mayoría de la población de personas que consume PBC habitualmente declara haber trabajado la semana pasada (67%). Esta alta tasa de trabajo se distribuye de manera pareja entre hombres (68%) y mujeres (64%). Por edad, las diferencias son leves, presentando un menor porcentaje de personas que trabajó de manera remunerada durante la última semana entre los menores de 38 años (Ver

Tabla 17).

Tabla 17. Porcentaje que trabajó de manera remunerada la última semana por tramo de edad

¹¹ Variable educación tiene dos casos perdidos. N total 396



Respecto a qué tipo de trabajo realizan las personas que consumen PBC habitualmente, las principales ocupaciones fueron trabajador por cuenta propia con un 51%, seguido de obrero o empleado con un 36%. En general se observa que el porcentaje de trabajadores por cuenta propia aumenta a medida que el tramo etario es mayor, así como se reduce el porcentaje de obreros y empleados. El trabajo con familiares no remunerado se presenta marginalmente entre los menores de 30 años (ver Tabla 18.). Las diferencias por sexo son marginales, siendo casi el mismo porcentaje de hombres y mujeres que trabaja por cuenta propia (52% y 49% respectivamente). Hay menor proporción de mujeres que trabajan como empleadas y mayor proporción que no trabajan o que trabajan de manera no remunerada para familiares.

Tabla 18. Tipo de trabajo según edad y sexo

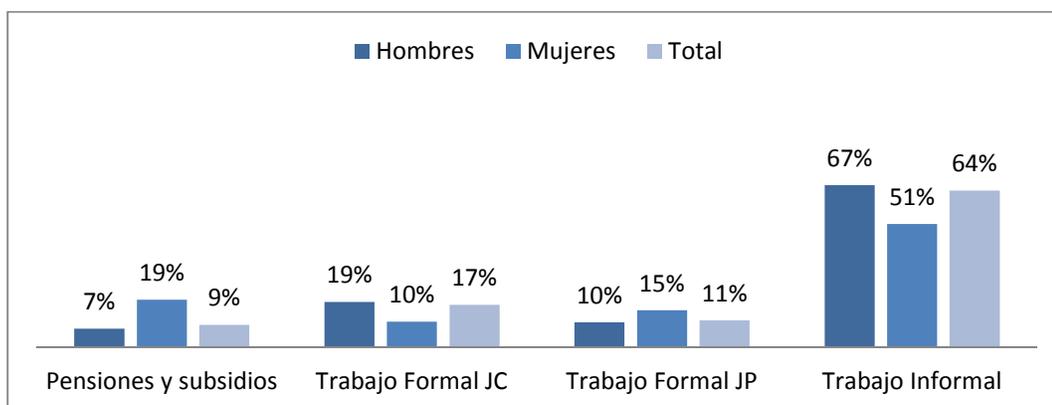
| | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 | Total |
|--|--------|-------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Trabajador por cuenta propia | 52% | 49% | 32% | 47% | 62% | 67% | 51% |
| Empleado u obrero | 38% | 23% | 49% | 39% | 32% | 22% | 36% |
| Servicio doméstico puertas afuera | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Familiar no remunerado | 1% | 7% | 4% | 1% | 1% | 0% | 2% |
| No sabe/No responde | 10% | 21% | 15% | 13% | 4% | 11% | 11% |

El alto porcentaje de trabajo por cuenta propia se explica en parte por la alta proporción de personas que desempeñan trabajos informales y que obtienen ingresos por fuentes ilegales.

Al respecto, cabe decir que un 84% declara haber recibido ingresos mediante fuentes legales durante los últimos 30 días. Este porcentaje es mayor entre los hombres (86%) que entre las mujeres (71%) y entre los mayores de 39 años (ver Tabla 20. La fuente legal de ingreso más común entre las personas que consumen PBC de forma habitual es el trabajo informal (64%). Un 17% de los encuestados declara haber realizado un trabajo formal por jornada completa, y un 11% un trabajo formal en jornada parcial; ascendiendo a 28% el porcentaje de encuestados que posee un trabajo formal. Entre las mujeres existe un porcentaje significativo que recibe ingresos por

pensiones y subsidios (19%) y un menor porcentaje en contraste con lo hombre que realiza trabajos informales (67% vs 51%).

Tabla 19. Fuentes legales¹² de ingresos por sexo



Considerando pensiones y subsidios, trabajo formal tiempo completo, trabajo formal tiempo parcial y trabajo informal; el promedio de ingresos legales de los encuestados que durante los últimos 30 días que realizaron alguno de los anteriores (84%), es de \$225.038 pesos. El máximo alcanza los \$3.000.000 de pesos. En promedio, los hombres ganan \$55.322 pesos más que las mujeres y las personas de mayor rango de edad declaran tener los ingresos más bajos.

Tabla 20. Porcentaje de trabajo legal y medias de ingreso por sexo y edad

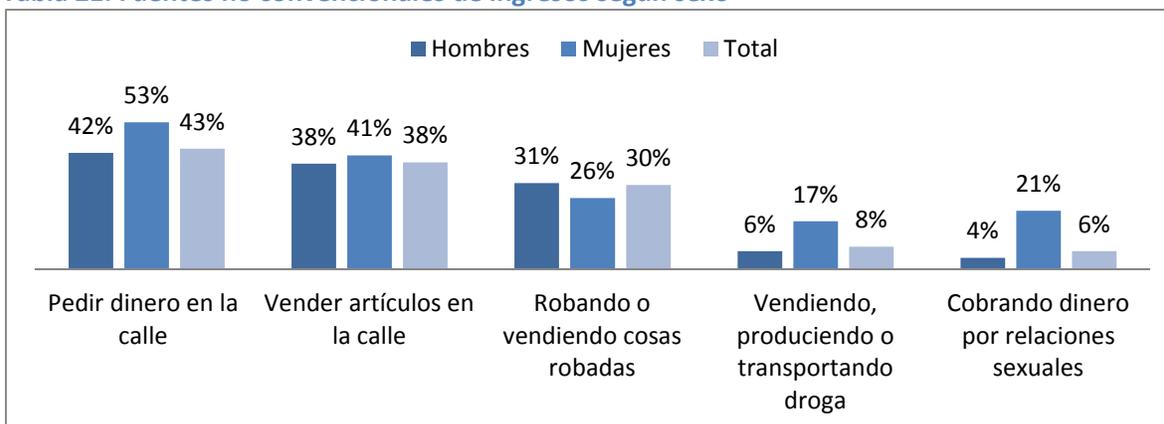
| | % Trabajo legal | Media | Desviación estándar | IC 95% de confianza | |
|----------------|-----------------|------------|---------------------|---------------------|------------|
| Total | 84% | \$ 225.038 | \$ 16.451 | \$ 192.677 | \$ 257.399 |
| Hombres | 86% | \$ 231.722 | \$ 18.438 | \$ 195.426 | \$ 268.018 |
| Mujeres | 71% | \$ 176.400 | \$ 30.090 | \$ 116.048 | \$ 236.752 |
| 18 a 30 | 73% | \$ 264.851 | \$ 34.162 | \$ 196.494 | \$ 333.209 |
| 31 a 38 | 83% | \$ 227.364 | \$ 29.025 | \$ 169.772 | \$ 284.955 |
| 39 a 44 | 91% | \$ 242.898 | \$ 29.618 | \$ 184.020 | \$ 301.777 |
| 45 a 65 | 90% | \$ 177.252 | \$ 31.279 | \$ 115.050 | \$ 239.455 |

Un 71% de los encuestados declara recibir ingresos por fuentes no convencionales y/o mediante la mendicidad. Este porcentaje es sustantivamente mayor entre los tramos de edad más jóvenes, siendo un 85% entre aquellos menores de 30 años y sólo 47% entre aquellos mayores de 45 (ver Tabla 22).

Las formas más comunes de ingreso no convencional son pedir dinero en la calle o en la micro (43%) y vender artículos en la calle (38%); y en la primera de estas, las mujeres participan en mayor proporción que los hombres (53% vs 42%). En tercer lugar se encuentra robar o vender artículos robados (30%), en lo que participan en mayor proporción los hombres que las mujeres (31% vs 26%). De todas las actividades ilegales preguntadas, las que menos se realizan para conseguir ingresos es cobrar por tener relaciones sexuales (6%) acción que es realizada principalmente por mujeres (21%); y vender, producir o transportar drogas (8%) que también es más común entre las mujeres que entre los hombres de la muestra (17% vs 6%).

¹² Se excluyen del gráfico valores no sabe/no responde equivalentes al 0,44% de la muestra

Tabla 21. Fuentes no convencionales de ingresos según sexo



Los ingresos percibidos por estas actividades son en promedio \$174.553 pesos, con un mínimo de \$500 pesos y un máximo de \$3.000.000. Las mujeres reciben, en promedio, \$43.474 pesos menos que los hombres por este tipo de actividades ilegales.

Tabla 22. Porcentaje de personas que reciben ingresos de fuentes no convencionales y medias de ingreso por sexo y edad

| | % Personas que reciben ingresos no convencionales | Media | Desviación estándar | IC 95% de confianza | |
|----------------|---|------------|---------------------|---------------------|------------|
| Total | 71% | \$ 174.553 | \$ 22.358 | \$ 130.549 | \$ 218.558 |
| Hombres | 70% | \$ 181.289 | \$ 25.686 | \$ 130.684 | \$ 231.894 |
| Mujeres | 77% | \$ 137.815 | \$ 36.168 | \$ 65.332 | \$ 210.297 |
| 18 a 30 | 85% | \$ 152.096 | \$ 26.559 | \$ 99.188 | \$ 205.005 |
| 31 a 38 | 81% | \$ 192.515 | \$ 52.368 | \$ 88.592 | \$ 296.438 |
| 39 a 44 | 72% | \$ 209.146 | \$ 50.296 | \$ 108.783 | \$ 309.510 |
| 45 a 65 | 44% | \$ 138.556 | \$ 39.527 | \$ 58.992 | \$ 218.121 |

Una tercera estrategia de obtención de ingresos es pedir dinero a familiares y/o conocidos. Un 26% de las personas que consume PBC habitualmente declaró haber obtenido ingresos de esa manera durante el último mes. La población masculina utiliza en mayor medida esta estrategia, pues un 27% de los hombres declaró haber recibido ingresos por préstamos, versus un 18% de las mujeres. Los ingresos obtenidos por esta vía son en promedio de \$31.603 pesos (desviación estándar de \$4.767).

En general, se puede decir que la mayor parte de la población que consume PBC habitualmente desarrolla estrategias mixtas para la obtención de ingresos. Un 56% de la muestra recibió ingresos el último mes tanto por trabajos legales como por actividades no convencionales. Luego, un 27% recibió ingresos sólo por actividades legales. En tercer lugar se encuentra el 14% que sólo percibe ingresos por actividades no convencionales; y finalmente sólo un 2% declaró no haber recibido ningún tipo de ingreso por este tipo de fuente el último mes. En cuanto a diferencias según sexo, existe un mayor porcentaje de personas que sólo generó ingresos de manera no convencional entre las mujeres (26% vs 12%), y existe un mayor uso de estrategias de obtención de ingresos mixta y sólo legales entre los hombres. A su vez, por tramos de edad, vemos que los mayores de

45 en su mayoría perciben ingresos sólo de manera legal, y que es en el grupo más joven donde existe una mayor proporción que genera ingresos sólo mediante formas no convencionales.

Tabla 23. Porcentaje de personas según convencionalidad de estrategias de obtención de ingresos

| | Sexo | | | Tramos de edad | | | |
|---|-------|--------|-------|----------------|---------|---------|---------|
| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
| No percibe ingresos legales ni no convencionales | 2% | 2% | 4% | 5% | 2% | 0% | 1% |
| Sólo ingresos legales | 27% | 29% | 20% | 10% | 18% | 28% | 55% |
| Solo ingresos no convencionales | 14% | 12% | 26% | 22% | 16% | 9% | 10% |
| Ambos tipos de ingresos | 57% | 57% | 51% | 64% | 66% | 63% | 34% |

Se calculó el total de ingreso percibido al mes, considerando todas las fuentes de ingreso declaradas (legales, no convencionales y prestamos). En promedio, esta población percibe \$315.834 pesos al mes. Existen diferencias según sexo, pues las mujeres perciben en promedio \$83.424 pesos menos que los hombres. El grupo de mayores de 45 es el que recibe el ingreso mensual más bajo de la muestra. Por otro lado, quienes manejan estrategias mixtas de obtención de ingresos (desarrollan actividades legales y no convencionales), obtienen significativamente más ingresos que quienes sólo obtienen ingresos de manera legal. En promedio, quienes sólo obtienen dinero de manera legal son los que tienen el ingreso más bajo.

Tabla 24. Medias de ingreso por sexo, edad y tipo de fuente de ingreso

| Total ingresos | Media | Desviación estándar | IC 95% de confianza | |
|--|------------|---------------------|---------------------|------------|
| Total | \$ 320.431 | \$ 24.190 | \$ 272.875 | \$ 367.987 |
| Hombre | \$ 334.659 | \$ 28.062 | \$ 279.452 | \$ 389.865 |
| Mujer | \$ 236.346 | \$ 31.955 | \$ 172.630 | \$ 300.062 |
| 18 a 30 | \$ 334.344 | \$ 36.657 | \$ 261.461 | \$ 407.228 |
| 31 a 38 | \$ 353.495 | \$ 49.048 | \$ 256.408 | \$ 450.583 |
| 39 a 44 | \$ 379.061 | \$ 58.081 | \$ 263.771 | \$ 494.352 |
| 45 a 65 | \$ 225.620 | \$ 38.314 | \$ 149.503 | \$ 301.737 |
| Sólo ingresos legales | \$ 186.123 | \$ 21.804 | \$ 142.836 | \$ 229.410 |
| Sólo ingresos no convencionales | \$ 292.936 | \$ 66.726 | \$ 159.160 | \$ 426.713 |
| Fuente mixta | \$ 402.984 | \$ 33.074 | \$ 337.825 | \$ 468.142 |

3. Consumo de drogas

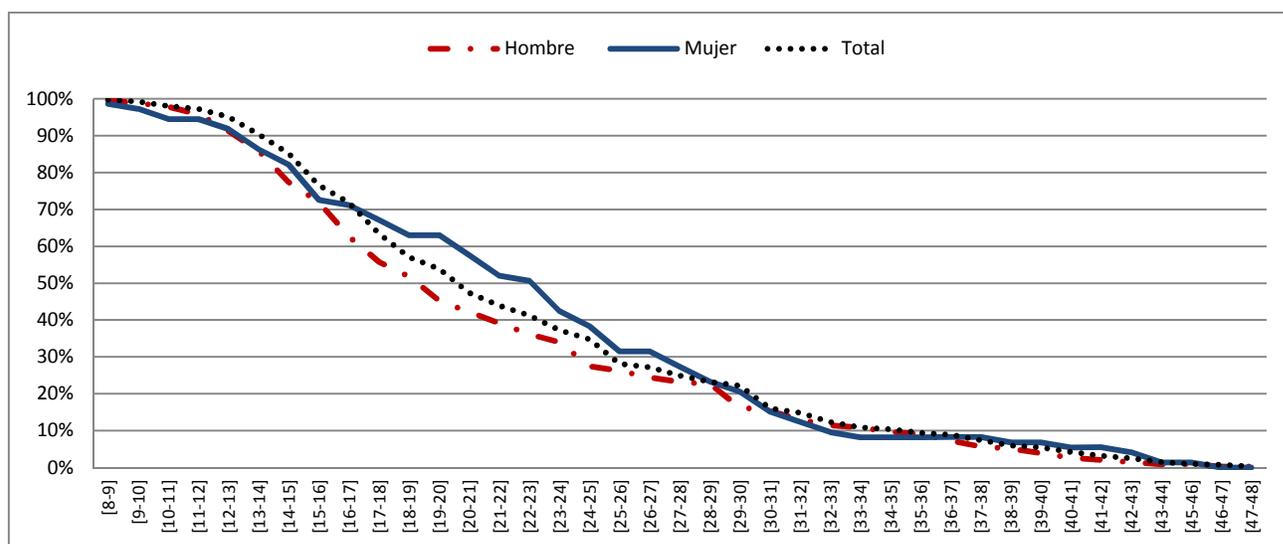
En el siguiente apartado se profundizará en los patrones de consumo de drogas que se presentan en la población de personas que consume PBC de forma habitual. En primer lugar, se indagará en todas las dimensiones que atañen al consumo de PBC; edades de inicio, frecuencia e intensidad de consumo, mezclas en el consumo y patrones sociales de consumo. En el segundo lugar, se presentaran las prevalencias de otras drogas. En tercer lugar se realizará un breve análisis descriptivo de las edades de inicio y patrones de consumo de las drogas más prevalentes en la población.

3.1 Consumo de PBC; edad de inicio, patrones de consumo y gastos asociados

3.1.1 Iniciación en el consumo

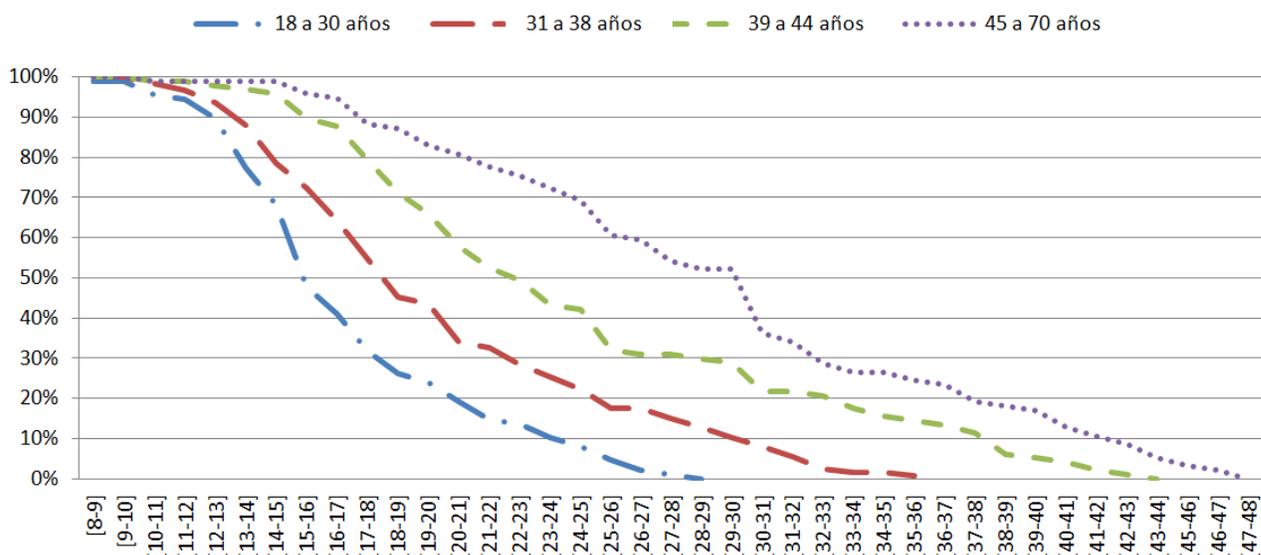
Para analizar la iniciación en el consumo de PBC, se realizó un análisis de supervivencia, que permite presentar de manera más precisa los patrones de inicio de la muestra. La mediana de supervivencia para el total de la muestra es de 19,6 años. Es decir, a esa edad promedio, la mitad de las personas que consumen PBC encuestadas ya iniciaron su consumo. Este estimador varía por sexo. En el caso de las mujeres se encuentra en 22,1 años y en el caso de los hombres a los 18,2 años. A continuación se presenta el gráfico con la función de supervivencia.

Tabla 25. Gráfico de supervivencia de inicio de consumo de PBC, según sexo



En cuanto al inicio temprano en el consumo de drogas se puede decir que hombres y mujeres poseen curvas de supervivencia casi idénticas antes de los 16 años. A esa edad alrededor de un 30% de la muestra se había iniciado en el consumo, en ambos grupos. Luego comienza a surgir una brecha, en donde la supervivencia —el mantenerse fuera del consumo— comienza a disminuir mas abruptamente en el caso de los hombres, generándose una brecha —mayor proporción de hombres se inician— que se mantiene hasta los 28 años, en donde ambos grupos se equiparan en cuanto al porcentaje de personas iniciadas en el consumo de PBC. De los 28 años en adelante, en donde el porcentaje de iniciados esta en casi un 88% para ambos grupos, las curvas se homogenizan.

Tabla 26. Gráfico de supervivencia de inicio de consumo de PBC, según edad



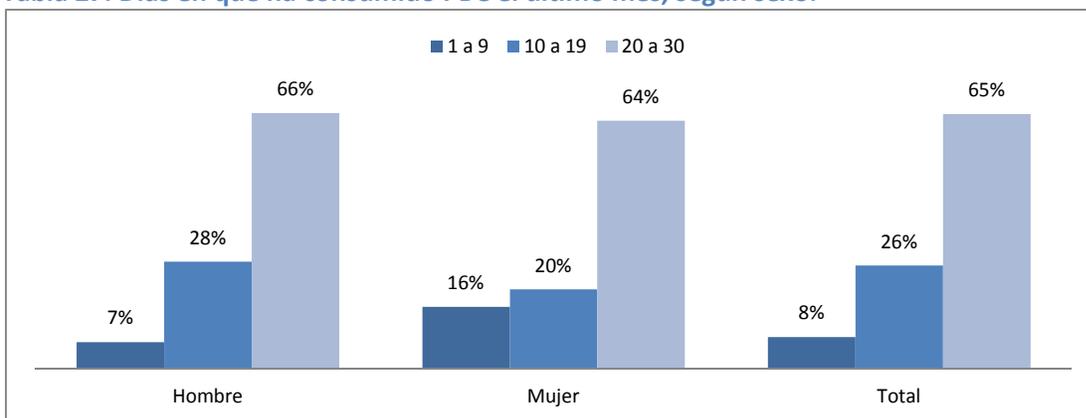
La relativa novedad del ingreso de esta droga a Chile a fines de los años 80, da cuenta en parte de las diferencias que se observan en las edades de inicio en el consumo, cuando se observan según los rangos etarios de los encuestados. La mediana de supervivencia en el grupo más joven es de 14,9 años. En el tramo de los de 31 a 38 años la mediana de inicio es de 16,5 años. Entre aquellos que tienen de 39 a 44 la mediana de inicio está en los 21,8 años. En el grupo de mayor edad, la mediana de inicio es en los 29,1 años. En general se observa una brecha en la función de supervivencia, indicando que en general la iniciación en el consumo de PBC es posterior a medida que aumenta la edad de la muestra.

3.1.2 Frecuencia de consumo: días al mes y papelinas a la semana

En lo que se refiere a la frecuencia en el consumo de PBC, en promedio los encuestados declaran haber consumido 21,8 días durante el último mes, no presentándose diferencias relevantes por sexo o por edad en este estimador.

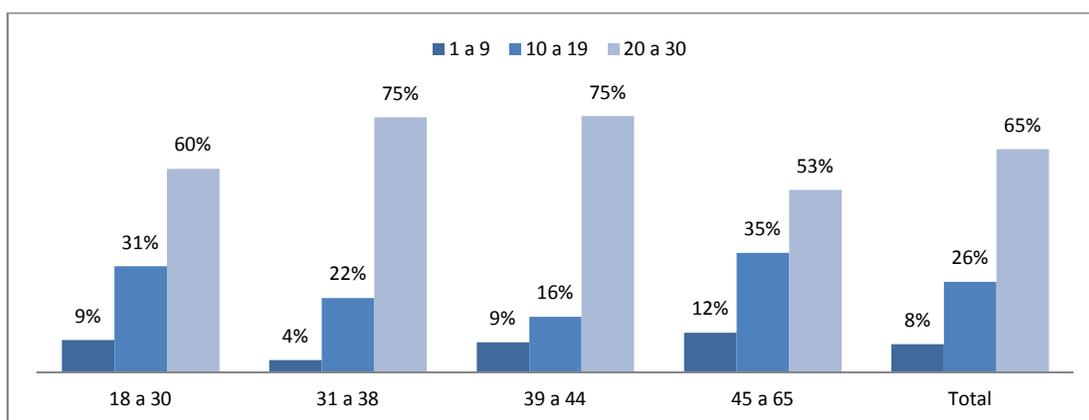
Se observa que un 65% de los encuestados consumió entre 20 y 30 días el último mes, este porcentaje es muy similar entre hombres y mujeres, siendo respectivamente de 66% y 64%, mientras que solo un 8% consumió entre 1 a 9 días. Cabe destacar que existe un mayor porcentaje de mujeres que consumen con baja frecuencia —de 1 a 9 días del último mes— con un 16%, versus el 8% de hombres.

Tabla 27. Días en que ha consumido PBC el último mes, según sexo.



Se observó también la variación en los días al mes en que los encuestados consumen PBC, según la edad de los mismos. En todos los grupos etarios, la mayoría de los encuestados consumió PBC entre 20 y 30 días del último mes. Este porcentaje es particularmente alto para los encuestados que tienen entre 31 a 44 años, siendo un 75% el porcentaje que consumió con esa frecuencia en el último mes. A su vez, 60% de los encuestados entre 18 y 30 años consumió entre 20 y 30 días al mes, y por último, solo 53% de los encuestados que tienen entre 45 a 65 años consumió entre 20 y 30 días al mes.

Tabla 28. Días en que ha consumido PBC el último mes, según rangos etarios.



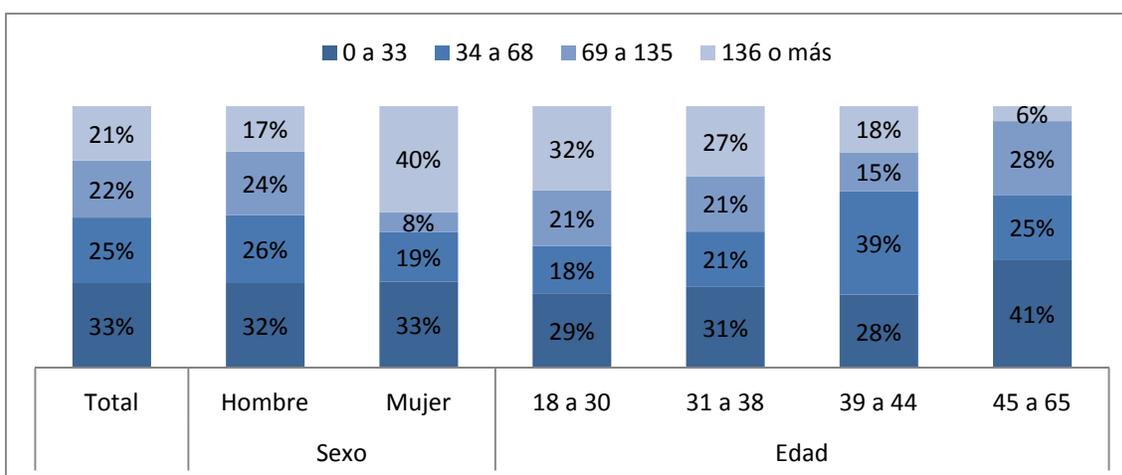
Otra medida de frecuencia de consumo es la cantidad de papelines consumidas durante la última semana¹³. En promedio, las personas que consumen PBC de forma habitual, consumen 90,3¹⁴ papelines a la semana. Existen diferencias significativas al comparar por grupo de edad y por sexo.

Se observa que un 40% de las mujeres consumió 136 papelines o más en la última semana, mientras que solo 17% de los hombres declaró consumir esa cantidad. Existe una proporción igual entre mujeres y hombres del grupo de menor consumo (33%). Esto indicaría que existe un grupo más grande entre las mujeres que manifiesta un consumo de PBC más intenso, a pesar de que existen más hombres que consumen una mayor cantidad de días al mes.

¹³ Se construye la variable sumando las variables de P11_P1 a P11_P7, es decir el número de papelines que declaran haber consumido cada día de la semana anterior.

¹⁴ Se realiza diagnóstico de outliers con el comando qqplot y quantile. Se decide eliminar 3 casos outlier influyentes para obtener este promedio. Eliminando estos tres casos el promedio baja de 102 a 90,3.

Tabla 29. Papelinas compradas¹⁵ durante la última semana, según sexo.



Existen diferencias importantes por edad. Mientras la mayor parte de los menores de 30 consumió 136 papelinas o más la semana anterior, entre los mayores de 45 este grupo es minoritario (6%). A mayor edad el grupo de consumo más intenso es cada vez más reducido.

3.1.3 Gasto en PBC

Para estimar el consumo y gasto semanal de PBC se completó en la encuesta un calendario semanal de los últimos 7 días. Los participantes del estudio debían señalar cuantas papelinas consumieron cada día de la semana anterior. Luego, se preguntó por los costos de las papelinas para calcular a posteriori el gasto semanal en PBC. Este módulo de preguntas se repitió para cocaína y marihuana.

Al preguntarle sobre el gasto en el que incurrieron la última semana para obtener PBC, se pudo observar varias cosas interesantes. Según los encuestados el valor de la papelina (dosis) varía entre \$500 y \$2.000 pesos. Un 15% declaró que el costo de las papelinas era de \$500 pesos, mientras que un 84% las compraba a \$1.000 pesos. El promedio semanal de gasto en PBC asciende a \$80.792¹⁶ pesos. Para observar de mejor manera la distribución de este dato, presentamos la muestra partida en cuartos. Con los datos ponderados es posible ver que el 33% de la población que consume habitualmente PBC en la Región Metropolitana gasta menos de \$30.000 pesos (\$16.201 en promedio), un 26% entre \$30.500 y \$60.500 y un 18% entre \$61.000 y \$110.00. El grupo superior gasta en promedio \$220.584, sin embargo es el con mayor dispersión (d.s \$21.965).

Tabla 30. Dinero semanal gastado en PBC

| | % | Media | Desviación estándar | IC 95% de confianza | | Mínimo | Máximo |
|--------------------------|-----|-----------|---------------------|---------------------|-----------|---------|---------|
| 0 a 30.000 | 33% | \$16.229 | \$1.966 | \$12.328 | \$20.130 | 0 | 30.000 |
| 30.500 a 60.500 | 26% | \$43.726 | \$1.286 | \$41.175 | \$46.278 | 30.500 | 60.500 |
| 61.000 a 110.000 | 18% | \$80.990 | \$2.020 | \$76.981 | \$84.998 | 61.000 | 110.000 |
| 113.000 a 620.000 | 22% | \$220.888 | \$21.983 | \$177.258 | \$264.518 | 113.000 | 620.000 |

¹⁵ Para definir los puntos de corte de esta variable se divide la muestra en cuartiles con el comando xtile.

¹⁶ Se eliminan tres casos outlier que tenían más de 1.000.000 de gasto semanal. Se utilizaron diagnósticos de outliers, qqplot y quantile.

Se contrastaron los gastos semanales en PBC con los ingresos mensuales declarados. Para ello, se obtuvo un promedio semanal de ingresos¹⁷ y se comparó con el porcentaje de dinero que los participantes del estudio hubieran gastado en caso de haber comprado todas las papelinas que declararon haber consumido en la semana anterior. En la

Tabla 31 se presenta la proporción de personas que gastaría entre un 0 y 50%, entre 51% y 100%, y más del 100% de su ingreso semanal promedio en PBC. Además, se presenta el porcentaje de estos grupos según si la persona declaró haber sido remunerado en PBC durante el último mes.

Al respecto, llama mucho la atención que un 46% de los encuestados gastaría más en PBC que los ingresos que declaran generar en una semana. Esto se puede explicar por varias razones. En primer lugar, no toda la PBC que se consume es adquirida directamente por los encuestados, pues tal como presenta en la tabla, el porcentaje de personas que gastan más de su ingreso promedio semanal es 21 puntos porcentuales mayor entre quienes señalan haber sido remunerados en PBC que entre quienes no han sido remunerados en PBC. De esta manera, se puede ver que los ingresos en PBC no quedaron registrados en los indicadores monetarios de ingreso mensual. En segundo lugar, las papelinas pueden haber sido proporcionadas por amistades u otras personas sin que los encuestados hayan tenido que incurrir en gastos. La tercera razón, tiene que ver con una escasa conciencia de los ingresos por parte de los encuestados. Como se presentó en el apartado 2.3, muchas de las personas que consumen PBC de forma habitual realizan actividades poco reguladas, con ingresos inconstantes e inestables, lo que hace difícil llevar una clara contabilidad de los mismos. Esto, sumado a que existen ingresos que se gastan inmediatamente en PBC, sin que quienes los perciben lo establezcan como parte de sus ganancias mensuales. Al respecto, en las observaciones recogidas en el trabajo de campo, muchos de los encuestados señalaron que por primera vez tomaban conciencia de sus ingresos y gastos en PBC, una vez que se les realizaban preguntas tan concretas sobre el tema. Esto podría generar un sesgo en el indicador, ya sea por su declaración de ingresos o por su declaración de consumo. Finalmente, cabe decir que este indicador es un proxy, ya que se contrastan ingresos mensuales promedio (transformados en semanales) con papelinas consumidas durante la última semana. Puede haber fluctuaciones en el ingreso que expliquen las diferencias.

Tabla 31. Porcentaje del ingreso semanal promedio gastado en PBC

| % del ingreso semanal promedio gastado en PBC | Total | Recibe ingresos en PBC | No recibe ingresos en PBC |
|--|--------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 0 - 50% | 28% | 19% | 33% |
| 50% - 100% | 26% | 22% | 28% |
| 100% - 200% | 19% | 21% | 17% |
| 200% o más | 27% | 38% | 21% |

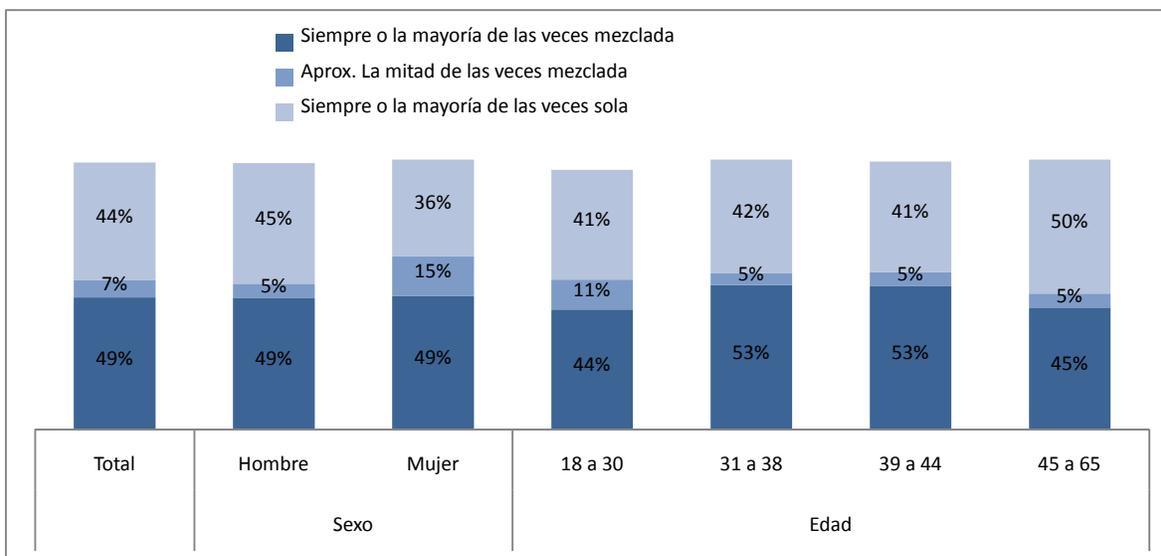
3.1.4 Modalidad de consumo, vía y mezcla con otras sustancias

Otro aspecto analizado en lo que se refiere al consumo de PBC fueron las vías o formas de consumo y las mezclas al momento de consumir. En cuanto a las vías de consumo, un 100% de los encuestados declara que consume la PBC fumada o inhalando vapores al calentarla. Ninguno de los usuarios declaró haber inyectado, aspirado por la nariz o ingerido por vía oral la sustancia.

¹⁷ Se divide el total de ingresos (considerando ingresos legales, prestamos e ingresos por actividades no convencionales) en 30 y luego se multiplica por 7, de manera de obtener una cifra semanal.

En cuanto a las mezclas, se analizó el porcentaje de personas que mezcla esta droga con otras sustancias en una misma toma y el tipo de sustancias con las que mezclan más comúnmente. Un 44% de las personas que consumen PBC habitualmente declaran consumir siempre o la mayoría de las veces PBC sola. Un grupo similar —49%— señala que siempre o la mayoría de las veces mezcla la PBC con otras sustancias. El grupo de personas que mezcla la mitad de las veces es bajo, sólo un 7% de la población. Respecto a las diferencias por sexo, existe una menor proporción de mujeres que nunca mezclan la PBC con otras sustancias (36%), y un grupo más grande de ellas la mezcla la mitad de las veces (15%), en relación a los hombres (5%).

Tabla 32. Mezclas de PBC con otras drogas¹⁸ según sexo y edad



En general, la mayor parte de las personas que consume PBC mezclan esta sustancia con al menos una droga más. Se calculó el número de drogas del listado con las que declaraban haber consumido PBC en la misma toma. Un 34% declara consumir PBC mezclada con una droga, un 22% con dos drogas y 16% declara mezclarla con 3 o más drogas. En general la droga más común con la que mezclan quienes consumen PBC es el alcohol (62% de los consumidores mezcla con alcohol). Existe una mayor proporción entre las mujeres que tiende a mezclar sólo con una droga. Un 40% de los hombres mezcla con dos o más drogas, mientras que entre las mujeres esa cifra desciende a 27%. Por otro lado, entre los jóvenes también existe una proporción mayor que tiende a mezclar con mayor variedad de drogas.

Tabla 33. Número de drogas con las cuales se mezcla la PBC

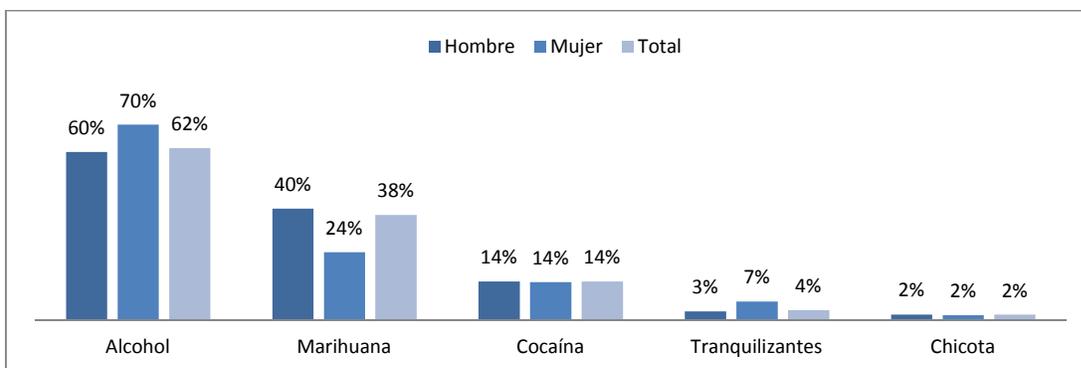
| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
|----------------|-------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|
| 0 | 28% | 29% | 26% | 19% | 25% | 26% | 43% |
| 1 | 34% | 32% | 48% | 38% | 32% | 43% | 27% |
| 2 | 22% | 24% | 11% | 27% | 20% | 16% | 23% |
| 3 o más | 16% | 16% | 16% | 16% | 23% | 14% | 8% |

Las sustancias con las que usualmente mezclan PBC son mayoritariamente alcohol y marihuana. Se observa que esta tendencia es similar en hombres y mujeres, siendo el porcentaje de mujeres que mezcla PBC con alcohol más alto que el porcentaje de hombres que hace esto; 70% versus

¹⁸ No se presentan en el gráfico el % de No sabe/no responde que equivale al 1% de la muestra.

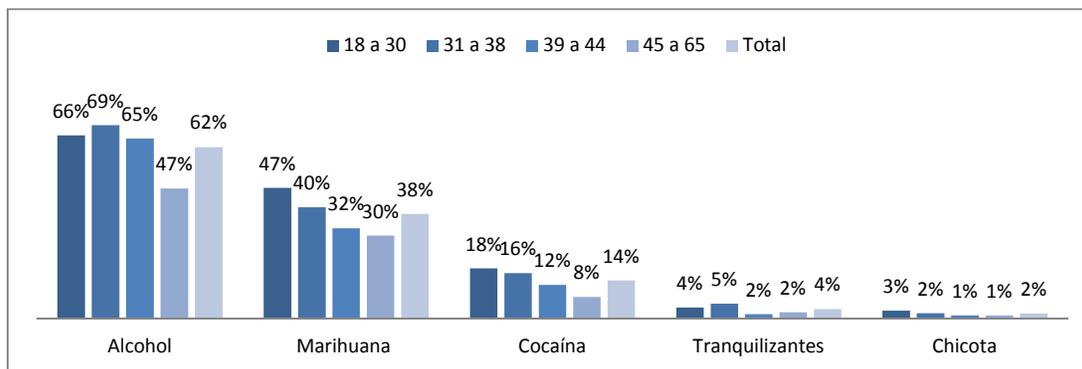
60% respectivamente. En cambio, el porcentaje de hombres que mezcla PBC con marihuana es más alto que en las mujeres; 40% de ellos declara mezclarla con esta sustancia, versus el 24% de las mujeres. Por último, un 14% de la muestra declara mezclar PBC con cocaína en la misma toma.

Tabla 34. Porcentaje de entrevistados que mezcla PBC con otras drogas, según sexo.



Los tipos de droga con que más comúnmente se mezcla la PBC son los mismos para los distintos rangos etarios. Primero alcohol, luego marihuana y en tercer lugar cocaína. Sin embargo, son menos las personas que mezclan en edades más adultas. En específico, en los encuestados de 45 a 65 años solo 47% declara mezclar PBC con alcohol, mientras que este porcentaje se encuentra entre el 65% y 69% en los rangos de edad de 18 a 30, 31 a 38, y 39 a 44 años de edad. El porcentaje de encuestados que declara mezclar PBC con marihuana disminuye al aumentar la edad, siendo más bajo en el rango de 45 a 65 años (30%), y la disminución es semejante para los encuestados de 39 a 44 años, declarando un tercio de ellos consumir también esta droga cuando consumen PBC. En cambio, de los encuestados que tienen 18 a 30 años de edad, un 47% declara consumir PBC con marihuana.

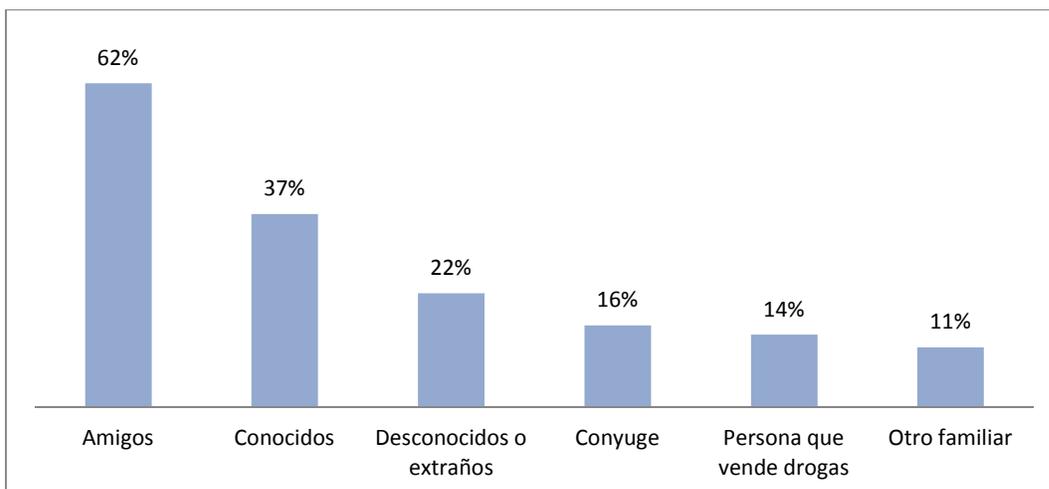
Tabla 35. Porcentaje de entrevistados que mezcla PBC con otras drogas, según rangos etarios.



3.1.5 Asociados y lugares de consumo

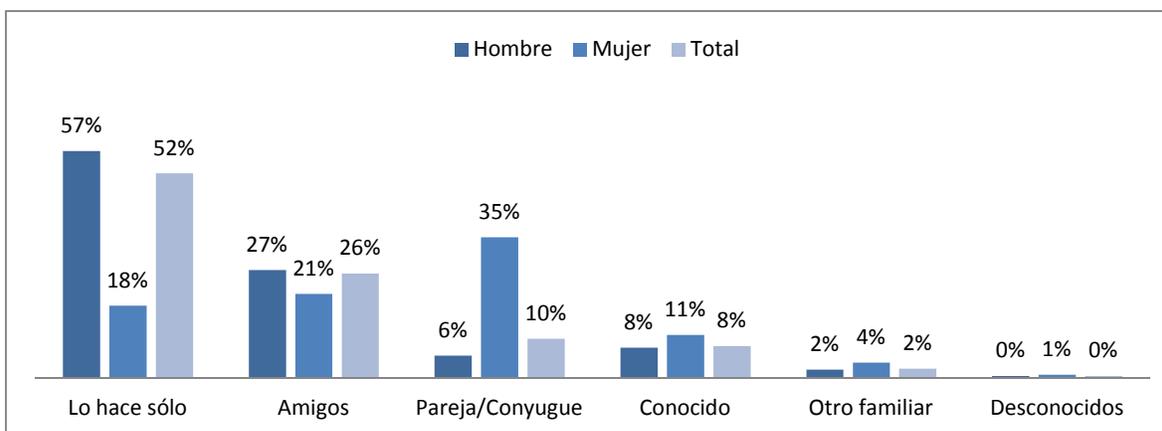
Se analizaron otros aspectos relacionados al consumo. En primer lugar se indagó en los compañeros de consumo, dónde un 62% de la población declara que ha consumido durante el último año con amigos, 37% con conocidos, 22% con desconocidos o extraños, 16% con sus parejas o conyugues, 14% con personas que venden y 11% con algún otro familiar. Sin embargo, al preguntar por compañero de consumo más frecuente, el consumo solitario es lo más común. Este hallazgo tiene diferencias relevantes según sexo. Por un lado, se observa que la mayoría de los hombres (57%) consume más frecuentemente PBC solo, sin la compañía de conocidos o pareja, mientras que solo el 18% de las mujeres realiza esta actividad de la misma forma.

Tabla 36. Personas con las que ha consumido PBC durante el último año



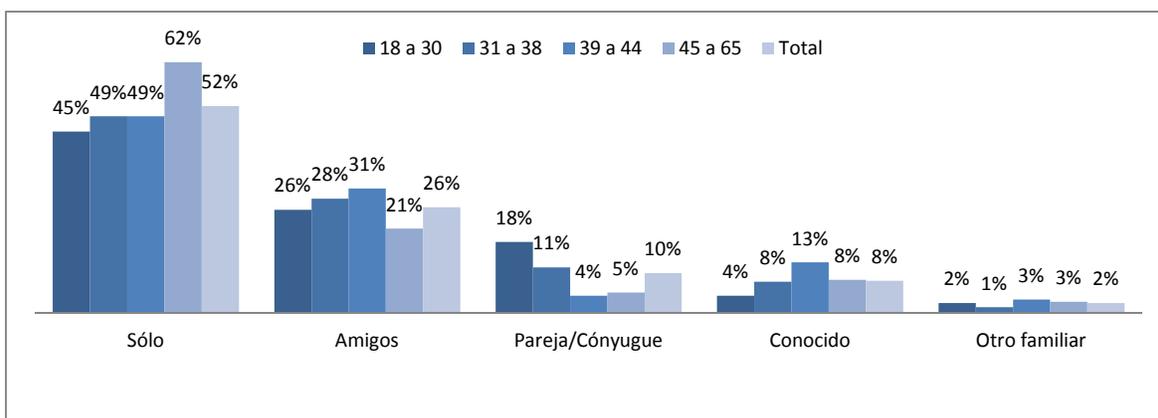
Existen otras diferencias en cuanto a los compañeros de consumo más frecuentes por sexo. Un 35% de las mujeres, declaran que el compañero con quien consumen PBC más frecuentemente es su pareja o conyuge, mientras que solo 6% de los hombres declara lo mismo. Los amigos son también un compañero frecuente de consumo para ambos sexos, pues más de un quinto de los entrevistados de cada sexo declara que estos son sus compañeros de consumo más frecuentes.

Tabla 37. Personas con quienes consumen PBC más frecuentemente, según sexo.



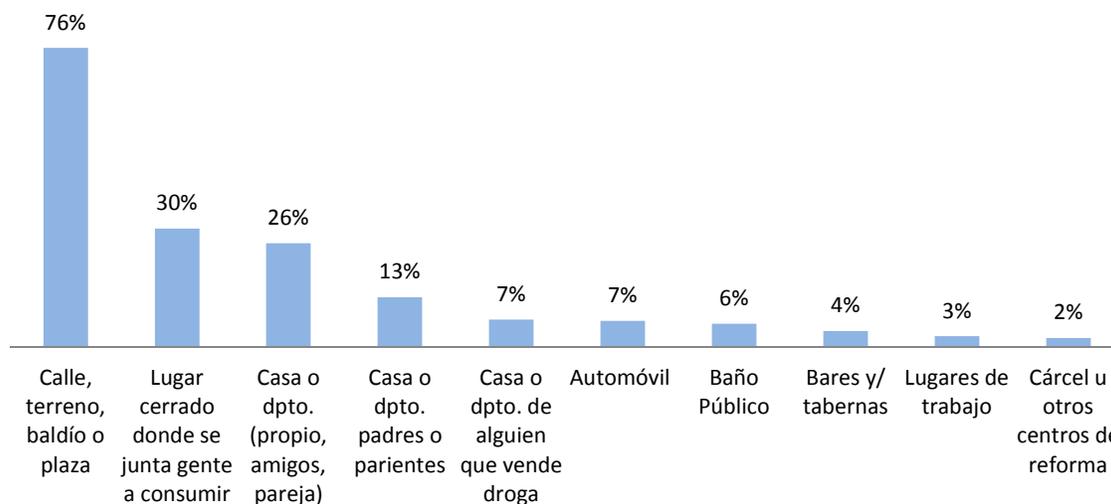
Al analizar el compañero más frecuente con el que consumen PBC según grupos de edad, podemos observar que en los grupos de mayor edad el consumo de esta droga se da en una mayor proporción en aislamiento. Si bien el porcentaje de los entrevistados que consume PBC en soledad es alto para todos los rangos etarios observados, el porcentaje de entrevistados que consumen de esta manera es significativamente mayor en los entrevistados que tienen 45 a 65 años (62%). De manera similar, 18% de los de los encuestados entre 18 a 30 años declara de compañero más frecuente a su pareja o conyuge, mientras que solo el 5% de los encuestados entre 45 a 65 años declara a su pareja o conyuge como compañero de consumo más frecuente.

Tabla 38. Porcentaje de las personas con quienes más consumen PBC, según rangos etarios.



En cuanto a los lugares donde las personas que consumen PBC han consumido, lo más común es la vía pública. Un 76% declara haber consumido el año pasado en calles, plazas y/o terrenos baldíos. El segundo lugar más común son los lugares donde se junta gente a consumir, más conocidos como rucos o caletas y casas de consumo, ya que un 30% de la muestra declara haber consumido en estos lugares durante el último año. Los lugares privados (como casa propia o de los padres) son menos frecuentes, ya que sólo un 26% declara haber consumido en su propia casa y un 13% en la casa de sus padres o parientes. Lugares tales como automóviles, casa de vendedores, baños públicos y tabernas o bares, han sido utilizados por menos del 10% de la muestra durante el último año.

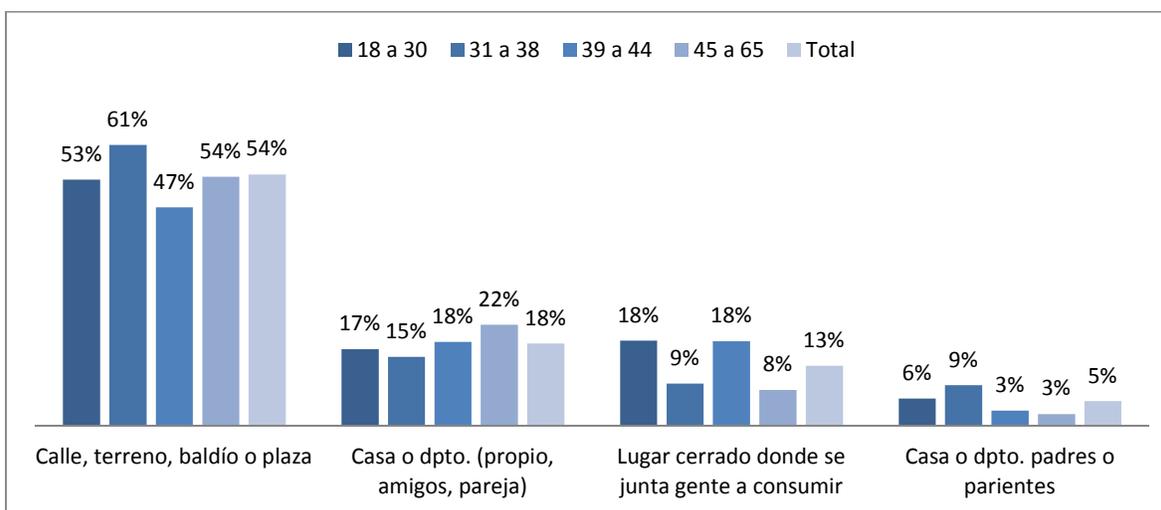
Tabla 39. Lugares donde han consumido PBC durante el último año.



En cuanto a los lugares más frecuentes de consumo, en general se observa que lo más común es el consumo en alguna calle o terreno baldío. En efecto, más del 54% de los entrevistados declara consumir de manera más frecuente en este tipo de espacios. No existen diferencias relevantes por sexo al respecto, pero cuando se analiza el lugar de consumo más frecuente de los entrevistados según su edad, se observan diferencias significativas. El porcentaje de entrevistados que declara consumir más frecuentemente en calles o terrenos baldíos es mayor cuando tienen entre 31 a 38 años de edad (61%), y es más bajo cuando tienen entre 39 a 44 años (47%). Inversamente, se observa que el porcentaje de entrevistados que consume en su propia casa, o la casa de su pareja

es mayor en la medida que los entrevistados se van volviendo mayores: en tanto que 15% de los entrevistados entre 31 a 38 años declararon que consumían más frecuentemente en este tipo de lugares, 22% de los entrevistados entre 45 a 65 años declara consumir en su casa o la casa de su pareja. Otro aspecto destacable consiste en las diferentes proporciones con las que los entrevistados visitan casas de consumo o rucos y caletas según grupos de edad. Se observa que el porcentaje de entrevistados que consume más en este tipo de espacios se concentra entre las edades de 18 a 30 años y 39 a 44 años, con un 18% en ambos casos

Tabla 40. Lugares donde más frecuentemente consumen PBC, según rangos etarios.



3.2 Prevalencias de consumo de otras drogas; alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes y otras

Tabla 41. Porcentaje de prevalencias vida, año, y mes en el consumo de distintas sustancias.

| | Prevalencia Vida | Prevalencia Año | Prevalencia Mes |
|------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Alcohol | 99% | 91% | 86% |
| Cigarrillos | 98% | 96% | 95% |
| Marihuana | 96% | 70% | 53% |
| Cocaína | 87% | 58% | 38% |
| Inhalables | 40% | 4% | 2% |
| Tranquilizantes | 32% | 20% | 8% |
| Chicota | 32% | 6% | 2% |
| Anfetaminas | 25% | 3% | 1% |
| Alucinógenos | 17% | 1% | 1% |
| Metanfetaminas | 8% | 1% | 0% |
| Éxtasis | 3% | 0% | 0% |

Al observar la prevalencia de vida del consumo de diversas sustancias en la población que consume habitualmente PBC, se desprende que el grueso de las personas ha consumido alguna vez en la vida 4 sustancias: cigarrillos (98%), cocaína (87%), alcohol (99%), y marihuana (96%). Para el resto de las sustancias consultadas, la prevalencia de vida decae considerablemente, siendo aún muy significativo el porcentaje de entrevistados que alguna vez en la vida han consumido inhalables (40%) chicota (32%), tranquilizantes (32%), anfetaminas (25%), y en menor

medida, alucinógenos (17%). Al analizarse la prevalencia de vida en el consumo de estas sustancias según sexo, se observa que existe un porcentaje considerablemente más alto de hombres que han consumido distintas sustancias.

Tabla 42. Prevalencia de vida según sexo

| Prevalencia de vida | | |
|----------------------------|--------|-------|
| | Hombre | Mujer |
| Alcohol | 99% | 98% |
| Cigarrillos | 98% | 99% |
| Marihuana | 98% | 81% |
| Cocaína | 90% | 67% |
| Inhalables | 40% | 34% |
| Tranquilizantes | 31% | 40% |
| Chicota | 32% | 27% |
| Anfetaminas | 27% | 13% |
| Alucinógenos | 17% | 15% |
| Metanfetaminas | 9% | 6% |
| Éxtasis | 3% | 1% |

Específicamente, se observa una diferencia significativa en el porcentaje de hombres que ha consumido alguna vez cocaína versus las mujeres, siendo de 90% para los hombres, y solo 67% en las mujeres. El porcentaje de hombres que ha consumido marihuana alguna vez en su vida también es significativamente mayor que el de mujeres (99% vs 81%). De manera similar, se observa un mayor porcentaje de hombres que ha consumido alguna vez chicota, inhalables, anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, alucinógenos y heroína que las mujeres. Las mujeres en cambio, presentan una mayor prevalencia vida en el consumo de tranquilizantes y cigarrillos. De este modo, pareciera ser que el consumo de sustancias en las mujeres es menos variado que el de los hombres.

Las sustancias consumidas más frecuentemente durante el último mes son las mismas que las que presentan mayor prevalencia de vida, sin embargo, lo más frecuente es el consumo de drogas legales durante el último mes: alcohol (86%) y cigarros (95%); aunque el consumo de marihuana (53%) y de cocaína (38%) también es bastante alto.

3.3 Historial de consumo; secuencias de inicio y sustancias principales

3.3.1 Inicio en el consumo de otras drogas distintas a PBC

A continuación se analizan las curvas de supervivencia para el consumo de drogas con mayor prevalencia de vida (Alcohol, Cocaína, Chicota, Inhalables, Marihuana, Tranquilizantes). La supervivencia indica el porcentaje de personas que no se han iniciado en la sustancia a una determinada edad. Este tipo de análisis permite obtener medidas sintéticas como la mediana de supervivencia que son más certeras que la media para analizar la edad de inicio.

En la Tabla 43 se presentan estadísticos respecto a la edad en que un 25% de la población se inició en las drogas, la mediana de supervivencia y datos sobre la edad en que el 75% de la muestra se inició. Estos datos entregan información tanto de la prevalencia como de edades de inicio —en el

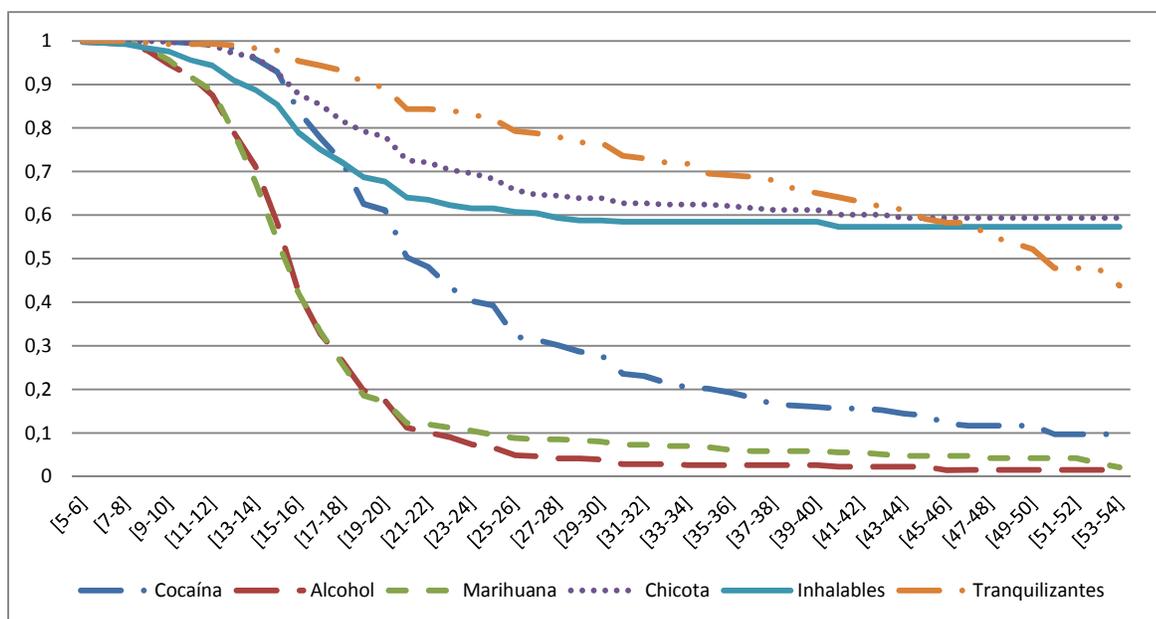
caso de los inhalables y chicota menos de la mitad de la muestra se inicia alguna vez, y en el caso de los tranquilizantes menos del 75% se inicia alguna vez—. En cuanto a la marihuana y el alcohol la mayor parte de la muestra se inicia antes de los 16 años. Estas sustancias son las que presentan menor edad de inicio en la mayor parte de la muestra y un mayor porcentaje de personas que alguna vez se inicia. En el caso de los Inhalables, si bien no existe la mediana (ya que menos de la mitad de las personas se inician alguna vez), un 25% de la muestra se inicia antes de los 17 años, lo que representa un grupo bastante precoz. En cuanto al inicio en cocaína, a los 17,5 años un 25% de la muestra ya se había iniciado, a los 21,1 un 50% se había iniciado y a los 30,7 un amplio 75% ya había consumido la droga. Podríamos decir a partir de esto que la chicota y los tranquilizantes son sustancias que se consumen en una etapa más tardía de la vida.

Tabla 43. Estadísticos de Supervivencia para inicio en distintas drogas

| | 75% de supervivencia (25% iniciado) | Mediana de supervivencia (50% iniciado) | 25% de supervivencia (75% iniciado) |
|------------------------|--|--|--|
| Marihuana | 13,3 | 15,3 | 18,2 |
| Alcohol | 13,7 | 15,5 | 18,1 |
| Inhalables | 17,0 | - | - |
| Cocaína | 17,5 | 21,1 | 30,7 |
| Chicota | 20,6 | - | - |
| Tranquilizantes | 30,5 | 50,5 | - |

Al observar la función de supervivencia se ve que en general el inicio en alcohol y marihuana siguen un patrón bastante similar. Con una curva acentuada entre los 13 y 18 años, periodo en que la mayoría de la muestra se inicia. Luego de los 20 años se observa una brecha entre ambas sustancias, lo que indica que el grupo iniciado en marihuana se mantiene marginalmente menor que el de alcohol. En el caso de los inhalables, la caída de la curva de supervivencia es bastante acentuada antes de los 19 años. Luego toma una forma más atenuada, lo que estaría reflejando que el riesgo de iniciarse es más alto en la adolescencia, y luego comienza a decrecer. La chicota sigue un patrón similar, pero con menor porcentaje de personas que alguna vez experimentan con esa droga. Finalmente en el inicio en tranquilizantes no se observa un patrón muy explícito por edad, en general se ve un decrecimiento constante y no particularmente marcado en ninguna etapa.

Tabla 44. Función de supervivencia para consumo de drogas



También se analizaron las edades de inicio según tramo de edad. Sin embargo para este análisis se observaron los promedios de inicio tomando como casos válidos quienes presentaban prevalencia de vida. Este análisis indica que los entrevistados más jóvenes se iniciaron en promedio a una edad más temprana en el consumo de sustancias que los entrevistados de mayor edad. Esto es particularmente cierto cuando se compara a los entrevistados más jóvenes con los mayores de 45, observándose diferencias significativas para la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias como la cocaína, marihuana y tranquilizantes. Incluso para sustancias más convencionales los entrevistados de menor edad presentan una edad de inicio de consumo en promedio menor a la de los entrevistados de mayor edad: en el caso del alcohol, la edad de inicio para los entrevistados más jóvenes es a los 14 años de edad en promedio, mientras que para los entrevistados de mayor edad la edad de inicio promedio varía entre los 15 y 16 años (ver Tabla 45).

Tabla 45. Edad promedio de inicio en el consumo de sustancias, según rangos etarios.

| | 18 a 30 años | 31 a 38 años | 39 a 44 años | 45 a 65 años | Total |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| Alcohol | 14,2 | 15,7 | 16,7 | 15,5 | 15,4 |
| Inhalables | 16,5 | 16,2 | 16,2 | 18,5 | 16,8 |
| Marihuana | 13,9 | 15,5 | 17,0 | 22,5 | 17,2 |
| Chicota | 18,0 | 19,6 | 21,1 | 21,6 | 19,9 |
| Cocaína | 17,6 | 20,4 | 23,8 | 32,7 | 23,2 |
| PBC | 17,2 | 19,6 | 25,3 | 32,6 | 23,5 |
| Tranquilizantes | 21,3 | 25,4 | 32,3 | 29,8 | 25,9 |

En general este análisis de edades de inicio nos puede dar una idea del anclaje de la experimentación de ciertas sustancias con los periodos del desarrollo. El alcohol, marihuana e inhalables se comienzan a experimentar en general en la adolescencia temprana, mientras que la cocaína y chicota se encuentran más asociadas a la adolescencia tardía.

3.3.2 Secuencias de Inicio

Se realizó un análisis de las secuencias de inicio entre PBC y otras drogas. Este análisis permite ver porciones de la población con distintos patrones de iniciación como complemento al análisis de supervivencia. Se analizó la relación entre PBC y las 4 drogas con mayor prevalencia de vida, alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. En la

Tabla 46. se presentan los porcentajes de personas según tipo de secuencia, y el promedio de años entre el inicio de una y otra sustancia. La mayor parte de la población que consume habitualmente PBC se inició antes en el consumo de alcohol (74%) y marihuana (73%). El promedio de años entre que se inician en una y otra sustancia es de 11,3 para el alcohol y 8,8 para la marihuana. En el caso de la secuencia alcohol-PBC, un 22% de este grupo (74%) se inicia en PBC entre 5 y 9 años después de iniciarse en alcohol, y un 49% 10 o más años después. En el caso de la secuencia marihuana-PBC, existe una mayor proporción de personas que se inician en ambas sustancias en periodos más cortos de tiempo. Un 11% se inicia en PBC un año después de haberse iniciado en marihuana y un 23% entre 2 y 4 años después. Por otro lado, alrededor de una de cada diez personas que consumen PBC habitualmente se inician el mismo año en PBC y marihuana y/o alcohol.

En el caso de la cocaína y la PBC no existe un patrón mayoritario tan claro. Casi la mitad de los encuestados se inició antes con PBC (46%). En promedio, ese inicio en PBC antecede a la cocaína en 5 años. Existe un 30% que se inició antes en cocaína (en promedio 7,6 años) y un 11% que se inició en ambas sustancias el mismo año.

En el caso de los inhalables el análisis se dificulta en la medida que existe un 60% de la población que nunca ha consumido este tipo de sustancias. Luego, un 24% consumió inhalables antes de consumir PBC (10,8 años en promedio) y un 12% se inició antes en PBC que en inhalables (4,1 años antes en promedio).

Tabla 46. Secuencias de inicio PBC y otras drogas

| | | % | Años entre inicio de una y otra sustancia | | | |
|-------------------------|----------------------|-----|---|-----|-----|------|
| | | | Media | SD | IC | |
| Marihuana y PBC | Mismo año | 11% | 0 | | | |
| | PBC --> Marihuana | 13% | 4,4 | 0,8 | 2,8 | 6,0 |
| | Marihuana --> PBC | 73% | 8,8 | 0,6 | 7,7 | 10,0 |
| | No inicia marihuana | 4% | - | | | |
| Alcohol y PBC | Mismo año | 14% | 0 | | | |
| | PBC --> Alcohol | 11% | 3,3 | 0,3 | 2,6 | 4,0 |
| | Alcohol --> PBC | 74% | 11,3 | 1,3 | 8,8 | 13,8 |
| | No inicia alcohol | 1% | - | | | |
| Cocaína y PBC | Mismo año | 11% | 0 | | | |
| | PBC --> Cocaína | 46% | 5,0 | 0,6 | 3,8 | 6,3 |
| | Cocaína --> PBC | 30% | 7,6 | 0,7 | 6,2 | 9,0 |
| | No inicia cocaína | 13% | - | | | |
| Inhalables y PBC | Mismo año | 4% | 0 | | | |
| | PBC --> Inhalables | 12% | 4,1 | 0,6 | 2,9 | 5,3 |
| | Inhalables --> PBC | 24% | 10,8 | 1,1 | 8,6 | 13,1 |
| | No inicia inhalables | 60% | - | | | |

3.3.3 Frecuencia de consumo de otras drogas

Otro aspecto analizado para caracterizar el consumo de sustancias por parte de los entrevistados consiste en averiguar el promedio de días en que las consumieron durante el mes previo a la entrevista. Para este análisis se toman como casos validos aquellos que presentan prevalencia en el consumo de las diferentes sustancias en ese mes. Se observó que, en general, las sustancias más frecuentemente consumidas son los cigarrillos y la PBC, el primero siendo consumido una media de 27,2 días del último mes, y el segundo consumido en 21,8 días del último mes en promedio. Luego de estas sustancias, el alcohol y la marihuana fueron las que se consumieron durante más días de este último mes. Los entrevistados consumieron un promedio de 15 días alcohol en el último mes, y 13 días en promedio declararon consumir marihuana. Resulta destacable que los entrevistados declararon consumir un promedio de 8 días del último mes tranquilizantes y 5 días también en promedio consumieron cocaína. Cuando se analiza esta frecuencia de consumo según sexo se observó que mujeres y hombres consumen en promedio la misma cantidad de días cigarrillos, PBC y marihuana- 27 y 21 y 13 días en promedio. Se observa así también que las mujeres consumen un mayor número de días al mes alcohol —16 días promedio— chicota —7 días promedio— y cocaína — 7 días promedio - que los hombres. Los hombres por otro lado, declararon consumir más frecuentemente inhalables y tranquilizantes, aunque la diferencia no alcance a ser significativa.

Tabla 47. Promedio de días en que se consumieron distintas sustancias¹⁹ en último mes, según sexo.

| | Total | Hombre | Mujer |
|------------------------|-------|--------|-------|
| Cigarrillos | 27,2 | 27,3 | 27,0 |
| PBC | 21,8 | 21,9 | 21,4 |
| Alcohol | 14,8 | 14,6 | 16,3 |
| Marihuana | 13,0 | 13,0 | 12,9 |
| Tranquilizantes | 7,5 | 8,2 | 5,5 |
| Chicota | 4,8 | 4,1 | 6,6 |
| Cocaína | 4,8 | 4,6 | 6,6 |
| Inhalables | 5,7 | 5,9 | 1,0 |

Tabla 48. Promedio de días en que se consumieron distintas sustancias en último mes, según rangos etarios.

| | 18 a 30 años | 31 a 38 años | 39 a 44 años | 45 a 65 años |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Cigarrillos | 27,6 | 27,2 | 26,3 | 27,6 |
| PBC | 20,8 | 22,8 | 23,7 | 20,3 |
| Marihuana | 15,5 | 14,5 | 7,7 | 12,6 |
| Alcohol | 12,5 | 16,2 | 13,4 | 16,5 |
| Tranquilizantes | 4,4 | 8,0 | 9,2 | 14,5 |
| Cocaína | 6,9 | 4,9 | 5,4 | 2,7 |
| Chicota | 5,1 | 9,4 | 6,1 | 2,0 |
| Inhalables | 5,2 | 7,7 | 2,5 | |

¹⁹ La variable número de días tuvo un caso perdido para cigarrillos, cocaína, marihuana e inhalables. Se excluyen del análisis.

Si observamos esta variable según la edad de los entrevistados, podemos observar que la frecuencia de días en los que se consumió cigarrillos y PBC, son muy similares para todos los rangos etarios. Los entrevistados de mayor edad consumieron en promedio marginalmente más que los entrevistados entre 18 y 30 años. Los entrevistados entre 18 y 30 años, por su lado, declararon consumir marihuana un mayor número de días del último mes que los entrevistados de otras edades: en promedio, los entrevistados entre 18 y 30 años consumieron 16 días del último mes marihuana, mientras que los entrevistados de 45 a 65 declararon consumir en promedio 13 días del último mes esta sustancia. Por último, resulta interesante destacar que los entrevistados entre 45 a 65 años consumieron un mayor número de días en promedio tranquilizantes (14,5%) que los demás rangos etarios.

3.3.4 Mezclas en el consumo de drogas

Por último, se analizó la frecuencia con la que los entrevistados mezclan sustancias. Se les preguntó a los entrevistados si mezclaban con alguna otra droga en la misma toma su consumo de cocaína, marihuana, chicota y tranquilizantes. En general se observa que un gran porcentaje de entrevistados mezclan casi siempre, sino siempre, la cocaína con otras drogas (38%). La marihuana también se consume por un mayor porcentaje de personas mezclada con otras sustancias (28%). Un poco más de un cuarto los entrevistados declara siempre mezclar este estupefaciente con otra droga. Al observar la frecuencia con la que mezclan sustancias los entrevistados según sexo, se desprende que hay un mayor porcentaje de mujeres que mezclan sustancias que los hombres: 24% de las mujeres declara siempre mezclar marihuana con alguna otras sustancia, mientras que solo 28% de los hombres declara hacer esto y un 14% de las mujeres declara siempre mezclar tranquilizantes, y solo el 9% de los hombres declara esto. Un mayor porcentaje de hombres, por el otro lado, declara siempre mezclar cocaína con alguna otra sustancia en comparación con las mujeres —41% de los hombres declara esto, y solo 26% de las mujeres—.

Tabla 49. Porcentaje de personas que mezcla sustancias con otras drogas, según sexo.

| | Modo de consumo | Hombre | Mujer | Total |
|------------------------|-------------------------------|---------------|--------------|--------------|
| Cocaína | No consume | 38% | 66% | 42% |
| | Siempre mezclada | 41% | 26% | 38% |
| | A veces si, a veces no mezcla | 6% | 0% | 5% |
| | Nunca mezclada | 16% | 9% | 15% |
| Marihuana | No consume | 28% | 40% | 30% |
| | Siempre mezclada | 28% | 24% | 28% |
| | A veces si, a veces no mezcla | 6% | 7% | 6% |
| | Nunca mezclada | 37% | 30% | 36% |
| Chicota | No consume | 96% | 87% | 94% |
| | Siempre mezclada | 4% | 9% | 5% |
| | A veces si, a veces no mezcla | 0% | 1% | 0% |
| | Nunca mezclada | 1% | 3% | 1% |
| Tranquilizantes | No consume | 81% | 75% | 80% |
| | Siempre mezclada | 9% | 14% | 10% |

| | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|
| A veces si, a veces no mezcla | 0% | 1% | 1% |
| Nunca mezclada | 10% | 10% | 10% |

4. Estado de salud física y mental

En el siguiente apartado se expondrán los principales resultados sobre la salud física y mental de la población que consume habitualmente PBC. Se cuenta con distintos indicadores para caracterizar el estado de salud actual de las personas. En primer lugar interesa analizar la autopercepción de salud que poseen las personas. Ésta, separada según salud mental y salud física. Por otro lado, se preguntó por la prevalencia de distintas enfermedades

4.1 Estado de salud auto percibida

A grandes rasgos, la mayor parte de la población que consume habitualmente PBC tiene una buena percepción tanto de su salud física (41%) como de su salud mental (39%). Sin embargo, uno de cada cuatro considera que su estado de salud es malo o muy malo. En ambos casos (salud física y mental), existe una peor autopercepción de las mujeres respecto a su estado de salud. Dos de cada cinco declaran tener un mal estado de salud física, y la misma proporción declara un mal estado de salud mental. Entre los hombres en cambio, sólo un 26% declara tener un mal estado de salud física y un 24% declara tener un mal estado de salud mental.

Tabla 50. Autopercepción de salud física y mental por sexo

| | Autopercepción Salud Física | | | Autopercepción Salud Mental | | |
|------------------|-----------------------------|--------|-------|-----------------------------|--------|-------|
| | Total | Hombre | Mujer | Total | Hombre | Mujer |
| Excelente | 4% | 4% | 0% | 1% | 1% | 0% |
| Buena | 37% | 38% | 30% | 38% | 39% | 29% |
| Regular | 31% | 31% | 27% | 34% | 35% | 29% |
| Mala | 26% | 24% | 36% | 24% | 24% | 28% |
| Muy mala | 2% | 2% | 4% | 2% | 0% | 12% |
| No sabe | 0% | 0% | 2% | 0% | 0% | 2% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Por rango etario, la diferencia más destacable tiene que ver con la auto percepción de salud física de los jóvenes. En este grupo, se encuentra la mayor proporción de personas que consideran que su salud física es mala (40%) y la menor proporción de personas que consideran que su salud física es buena o excelente (37%). En la salud psicológica o mental se observa una mejor percepción en el rango etario joven, con un 43% que declara tener una buena salud psicológica al igual que el rango de entre 39 y 44 años de edad. Los adultos entre 45 y 65 años presentan la peor auto percepción de salud mental. Uno de cada tres considera que su salud es mala o muy mala.

Tabla 51. Auto percepción de salud física y mental por sexo

| | Autopercepción Salud Física | | | | | Autopercepción Salud Mental | | | | |
|------------------|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | Total | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 | Total | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
| Excelente | 4% | 2% | 4% | 10% | 1% | 1% | 1% | 1% | 3% | 0% |
| Buena | 37% | 35% | 35% | 39% | 39% | 38% | 42% | 37% | 41% | 32% |
| Regular | 31% | 23% | 38% | 29% | 31% | 34% | 29% | 37% | 38% | 35% |
| Mala | 26% | 34% | 20% | 22% | 29% | 24% | 24% | 22% | 18% | 33% |
| Muy mala | 2% | 6% | 2% | 1% | 0% | 2% | 4% | 3% | 1% | 0% |
| No sabe | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Se construyó una tipología para analizar cómo se distribuye conjuntamente la auto percepción de salud física y mental. En general, la mayoría de la población considera que tanto su salud física y mental son buenas²⁰ (62%). Un 9% considera que posee una buena salud física pero que tiene mala salud mental y un 11% considera que su salud mental es buena, pero su salud física es mala. El grupo más crítico es aquel que considera que tanto su salud física como mental es mala. Este grupo corresponde al 17% del total de la población, pero a un tercio de las mujeres que constituyen la muestra. Al analizar por edad, se observa que entre los grupos de edad más jóvenes y los más viejos, existe un mayor porcentaje que considera que tiene mala salud física y mental.

Tabla 52. Auto percepción de salud física y mental por sexo y edad.

| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
|---|-------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Buena salud | 62% | 64% | 52% | 54% | 66% | 67% | 63% |
| Mala salud mental y buena salud física | 9% | 10% | 7% | 6% | 13% | 11% | 8% |
| Mala salud física y buena salud mental | 11% | 12% | 7% | 18% | 10% | 14% | 4% |
| Mala salud física y mental | 17% | 15% | 34% | 22% | 12% | 8% | 25% |

Otro aspecto que se relaciona con la auto percepción de salud es la valoración que hacen las personas que consumen pasta base habitualmente de su propio peso. Uno de cada dos considera que su peso está por debajo de lo normal. Esto hace bastante sentido ya que uno de los efectos que produce la PBC según los mismos encuestados es la pérdida del apetito. En esto, no se observan mayores variaciones por sexo. Por edad se encuentra una menor incidencia del bajo peso entre los que tienen entre 45 y 65 años.

Tabla 53. Auto percepción de peso

| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
|------------------------|-------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Bajo | 55% | 55% | 54% | 59% | 64% | 57% | 38% |
| Normal | 34% | 34% | 33% | 27% | 25% | 33% | 53% |
| Sobrepeso/obeso | 11% | 10% | 13% | 12% | 11% | 10% | 10% |
| Ns/Nr | 1% | 1% | 0% | 2% | 1% | 0% | 0% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

4.2 Salud física

Existen diversos ámbitos en los que se puede analizar la salud física de las personas que consumen habitualmente PBC. En este sub-apartado se describen las enfermedades diagnosticadas, la presencia de discapacidad y los contactos que las personas han tenido con el sistema de salud.

4.2.1 Enfermedades diagnosticadas en los últimos 4 años

Para describir la salud física de los encuestados, se preguntó a los participantes por si habían sido diagnosticados en los últimos 4 años por un listado de enfermedades. Fueron seleccionadas aquellas enfermedades que presentan alta prevalencia en la población general, además de enfermedades de transmisión sexual y enfermedades asociadas a situación de calle y alta precariedad. La mayor parte de la población declara no haber sido diagnosticado por ninguna enfermedad del listado. Sin embargo esta proporción es menor entre las mujeres y los mayores de 45 años, justamente los grupos que presentan peor auto percepción de su salud.

²⁰ Para efectos de la tipología se consideró en la categoría “buena” a aquellos que también señalaban tener un estado de salud regular.

Tabla 54. Número de enfermedades declaradas según edad y sexo

| Número de enfermedades declaradas | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
|-----------------------------------|-------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|
| 0 | 70% | 72% | 54% | 75% | 80% | 70% | 53% |
| 1 | 21% | 20% | 29% | 10% | 11% | 23% | 41% |
| 2 | 7% | 7% | 7% | 9% | 8% | 6% | 5% |
| 3 o más | 2% | 1% | 11% | 6% | 1% | 1% | 0% |

La enfermedad con mayor prevalencia total es la Hipertensión Arterial, sufrido por un 8% de la población total y en específico por mayor proporción entre las mujeres y el rango etario de 45 a 65 años. Las demás enfermedades con alta prevalencia son la diabetes (6%) e infecciones de orina o de los riñones (5%²¹) en la población. Las enfermedades menos prevalentes son los accidentes cardiovasculares y la hepatitis. Al comparar la prevalencia de enfermedades de acuerdo al sexo de los entrevistados, son las mujeres las que presentan mayor prevalencia de hipertensión arterial (12%) e infección de orina o de los riñones (17%), mientras que los hombres tienen mayor prevalencia de diabetes (6%), de enfermedades cardíacas (5%).

Tabla 55. Prevalencia de enfermedades por sexo y edad.

| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
|--|-------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Hipertensión arterial | 8% | 7% | 12% | 5% | 4% | 7% | 15% |
| Diabetes | 6% | 6% | 3% | 0% | 1% | 1% | 20% |
| Infección de orina o riñones | 5% | 3% | 17% | 7% | 7% | 3% | 1% |
| Enfermedad respiratoria crónica | 5% | 5% | 5% | 1% | 6% | 6% | 5% |
| Enfermedades cardíacas | 5% | 5% | 2% | 12% | 3% | 1% | 1% |
| Epilepsia | 3% | 2% | 8% | 8% | 2% | 2% | 1% |
| Cáncer | 2% | 1% | 7% | 0% | 0% | 1% | 5% |
| Tuberculosis | 1% | 1% | 0% | 0% | 0% | 2% | 1% |
| Cirrosis | 1% | 1% | 0% | 0% | 0% | 3% | 0% |
| Accidente cardiovascular | 0% | 0% | 2% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Hepatitis | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Otras enfermedades | 4% | 4% | 9% | 6% | 4% | 8% | 0% |

En general se debe tomar precaución al observar las prevalencias. La pregunta de enfermedades estaba planteada de tal manera que las personas declararan sólo aquellas enfermedades que hayan sido diagnosticadas en los últimos 4 años. Un dato interesante tiene que ver con el acceso a tratamiento que tuvieron las personas diagnosticadas por alguna de las enfermedades del listado. En 65% de quienes fueron diagnosticados²², recibieron tratamiento médico.

En general se observa que existe una asociación entre auto percepción de salud mental y física y la presencia de alguna de estas enfermedades. Entre quienes presentan alguna enfermedad uno de cada dos evalúa mal su salud física y mental. En cambio entre quienes no tienen enfermedades uno de cada cinco se encuentra insatisfecho.

²¹ A modo de comparación, según un estudio uruguayo de caracterización de personas que consumen PBC de forma habitual, la prevalencia de esta enfermedad era de 13,3% (Rossal & Suarez, 2014).

²² Número total 110 casos

Tabla 56. Autopercepción de salud según declaración de enfermedad

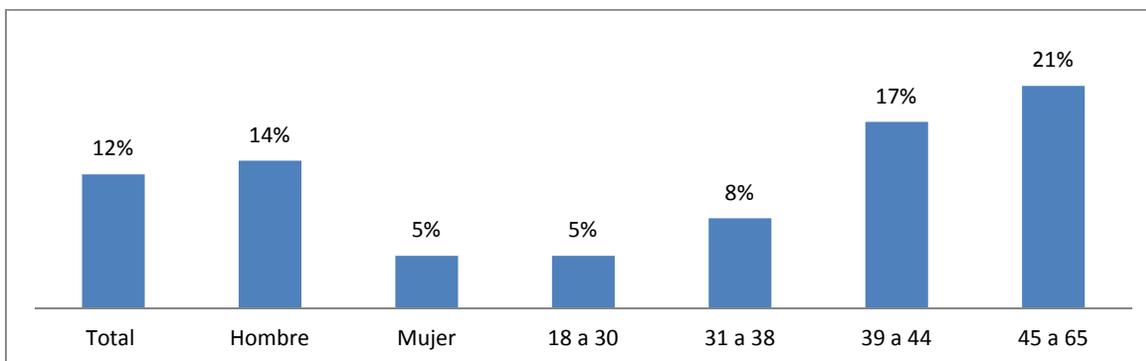
| | Autopercepción de salud mental | | Autopercepción de salud física | |
|----------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|
| | No tiene enfermedad | Si tiene enfermedad | No tiene enfermedad | Si tiene enfermedad |
| Buena | 41% | 34% | 48% | 24% |
| Regular | 42% | 18% | 33% | 27% |
| Mala | 17% | 49% | 20% | 48% |

4.2.2 Discapacidad

Otro aspecto a analizar tiene que ver con las condiciones de salud estables de las personas que consumen habitualmente PBC. Un 12% señala tener al menos una discapacidad física que afecte gravemente su visión, audición, habla, intelecto o movilidad. Este porcentaje es bastante superior a la prevalencia de discapacidad en población general, que alcanza alrededor de un 7,6%²³. Se observa que existe una mayor prevalencia de discapacidad a mayor edad (lo que sucede también en población general) y que existe menor prevalencia entre las mujeres.

Se analizó la relación entre auto percepción de salud, diagnóstico de enfermedades en los últimos 4 años y discapacidad. No se encontraron diferencias significativas entre la auto percepción de salud y presencia de enfermedades entre quienes tenían alguna discapacidad y quienes no.

Tabla 57. Porcentaje de personas que declara tener al menos un tipo de discapacidad física



4.2.4 ETS y prácticas sexuales de riesgo

Se preguntó a las personas con consumo habitual de PBC por enfermedades de transmisión sexual y por prácticas sexuales de riesgo. En cuanto a las ETS se preguntó si durante los últimos 4 años algún profesional de la salud les había indicado tener VIH y/o sífilis/gonorrea. El 3% de la población con consumo habitual de PBC señaló tener sífilis y/o gonorrea. A modo de marco de referencia, según datos de MINSAL la prevalencia de Gonorrea en Chile para 2010 era de 0,76% y de Sífilis 2,0%²⁴ (Salvo, 2011). En cuanto al VIH, un 1,4% de la muestra declaró haber sido

²³ Este resultado proviene de CASEN 2009. http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/Discapacidad_casen_2009.pdf

²⁴ Datos no son comparables, modo de recolección de los mismos es diferente. Sin embargo se incluyen en el informe para contrastar de alguna manera los datos.

notificado de esta por algún especialista de salud en los últimos 4 años. Respecto a la prevalencia de VIH, es importante destacar que es posible que exista una sub declaración ya sea por desconocimiento (no ha sido diagnosticado) o por deseabilidad social. Las prevalencias para esta enfermedad encontradas mediante test biológicos en población Uruguaya de similares características es del 6,3% (Suárez & Ramírez, 2014), casi 5 puntos más de lo que declaran las personas que consumen habitualmente PBC en la región metropolitana de Santiago. A pesar de esto, la prevalencia encontrada es bastante mayor a lo que se observa en población general en Chile, que alcanza los 0,23% (Teva, Bermúdez, Ramiro, & Buena-Casal, 2012).

Tabla 58. Prevalencia de enfermedades sexuales por sexo y edad.

| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
|---------------------------|-------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Gonorrea o sífilis | 2,8% | 1,2% | 12,2% | 6,5% | 2,1% | 0,0% | 2,1% |
| VIH/Sida | 1,4% | 1,6% | 0,0% | 0,0% | 1,4% | 4,9% | 0,0% |

Además de ver la prevalencia de ETS, se buscó indagar en las relaciones sexuales de riesgo. Para ello, se preguntó por la cantidad de personas diferentes con que las personas con consumo habitual de pasta base habían tenido relaciones sexuales durante el último año, y las circunstancias de esas relaciones. Sobre la cantidad de personas con que han tenido relaciones sexuales, el 18% de la población de personas que consume pasta base de forma habitual declara no haber tenido relaciones de este tipo y un 42% declara haberlo hecho con una sola persona. Casi un cuarto de la muestra señala que durante el último año tuvo relaciones con 2 a 3 personas y un 12% señala que ha tenido relaciones con 4 o más personas.

Cuando se diferencia por sexo, las mujeres tienen mayores porcentajes en aquellas categorías con mayor cantidad de personas, llegando a un 19% de ellas que declara haber tenido relaciones con más de 10 personas en el último año. Esto está asociado al mayor porcentaje de mujeres que señalaban generar ingresos mediante la prostitución.

Tabla 59. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses²⁵

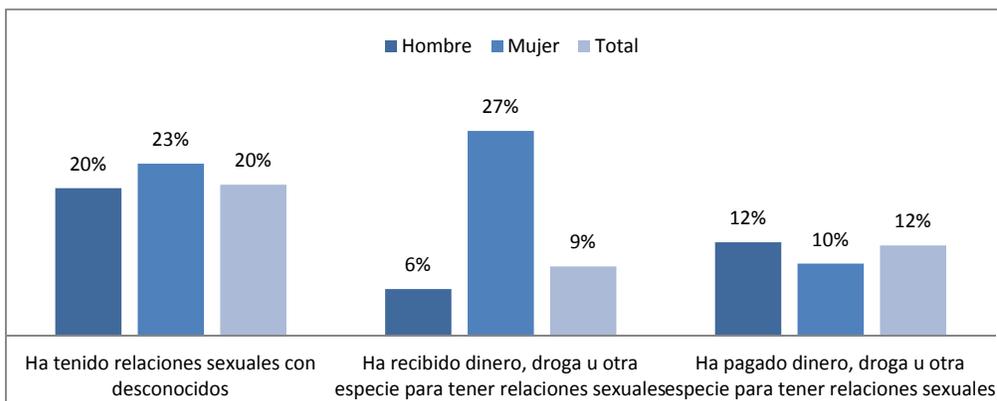
| | Hombre | Mujer | Total |
|------------------------------|--------|-------|-------|
| No ha tenido | 21% | 2% | 18% |
| 1 persona | 41% | 50% | 42% |
| Entre 2 y 3 personas | 24% | 19% | 23% |
| Entre 4 y 10 personas | 11% | 10% | 11% |
| Más de 10 | 2% | 19% | 4% |

Al observar en qué condiciones ha tenido relaciones sexuales la población encuestada, es posible evidenciar que en general un 20% ha tenido relaciones sexuales con desconocidos, un 12% ha pagado dinero, droga u otra especie para tener sexo y un 9% ha recibido dinero, droga y otra especie para tener relaciones sexuales. Entre hombres y mujeres no hay mayores diferencias en la proporción de personas que tienen relaciones sexuales con desconocidos, no así entre quienes han recibido dinero por tener relaciones sexuales, dónde se presenta una diferencia fundamental. Un 27% de las mujeres que consumen habitualmente PBC han recibido dinero, droga u otra especie por sostener relaciones sexuales durante el último año, versus un 6% de los hombres. Esto

²⁵ No se incluye en la tabla aquellos que “no sabe” o “no contesta” que son el 1,4%

indica que la práctica de la prostitución es más común entre mujeres que consumen PBC habitualmente, que entre hombres. En general se observa una mayor prevalencia de ETS (gonorrea/sífilis y VIH) entre quienes tienen relaciones sexuales mediante la prostitución (ya sea pagando por relaciones sexuales o recibiendo dinero por las mismas; 6,4% v/s 3,7%), sin embargo esa diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 60. Relaciones sexuales de riesgo en últimos 12 meses



4.3 Salud mental

Tal como se señaló en la introducción, para evaluar los trastornos de salud mental se utilizó el test de tamizaje M.I.N.I (Mental International Neuropsychiatric Interview). Este instrumento es una entrevista estructurada que ha sido desarrollada para evaluar trastornos psiquiátricos establecidos en el DSM-IV. La entrevista fue aplicada por psicólogos profesionales capacitados. A continuación se presentan los principales resultados respecto a los trastornos por uso de sustancias, trastornos psicóticos, de angustia, depresivos y de personalidad. Además se presentaran datos respecto a la comorbilidad psiquiátrica de los distintos tipos de trastornos.

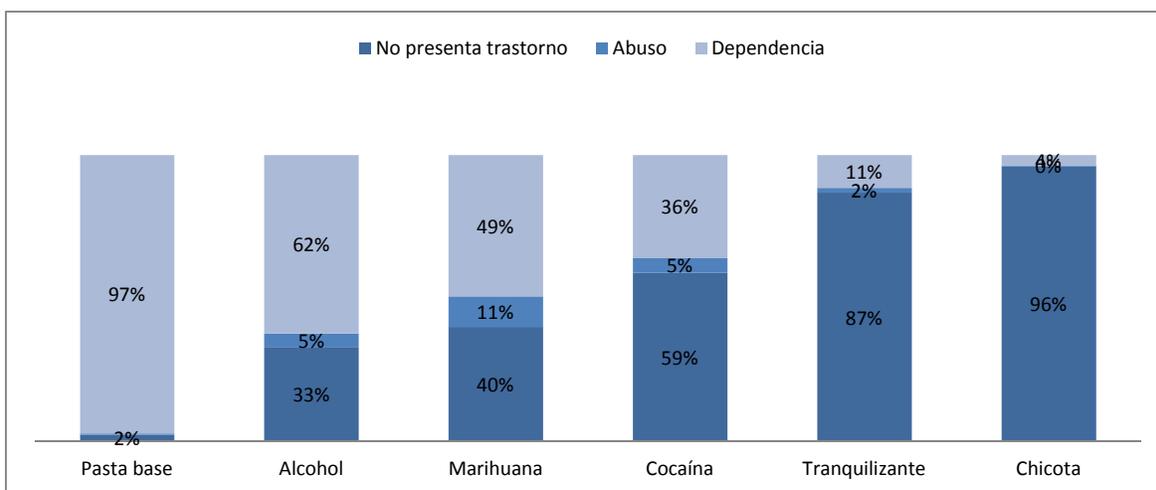
4.3. Trastornos por uso de sustancias

Con respecto a los trastorno de dependencia o abuso a sustancias, se observa que, en general, 97% de los entrevistados presenta dependencia al consumo de pasta base, con otro 1% presentando abuso²⁶ de la sustancia. Este resultado es esperable dado la forma de selección de la muestra, en donde todos los participantes debían presentar consumo habitual de pasta base (al menos dos veces a la semana (ver Tabla 61).

Al analizar la prevalencia de trastornos de abuso/dependencia por otras drogas, se observa que el porcentaje de entrevistados que presenta dependencia de alcohol es de 62%, con otro 5% que presenta sólo abuso. También resulta significativo el porcentaje de encuestados con dependencia a la marihuana (49%) y abuso de la misma (11%). En cuarto lugar se encuentran los trastornos por abuso y dependencia a la cocaína (5% y 36% respectivamente). Por último, 11% de los entrevistados presenta dependencia a los tranquilizantes y un 4% presenta dependencia a la Chicota. Se indago en el abuso y dependencia de otras sustancias (Inhalables, narcóticos, estimulantes, metanfetaminas, alucinógenos y éxtasis) pero presentaban valores inferiores al 3%.

²⁶ Todos aquellos casos de dependencia presentan a su vez abuso. El test mini sólo realiza preguntas de abuso a quienes marcan negativo en el módulo de dependencia. De esta manera, las cifras de abuso que se presentan en este apartado corresponden a aquellos que presentan sólo abuso de la sustancia y no dependencia.

Tabla 61. Prevalencia de trastornos por uso de sustancias.



Si se analiza la prevalencia del trastorno de dependencia según sexo, se observa que no existen diferencias relevantes en cuanto a trastornos por abuso de PBC. Sin embargo, un porcentaje mayor de hombres presenta dependencia al alcohol, alcanzando este el 63% de los entrevistados hombres, y 59% de las mujeres. Esto es interesante, en tanto que las mujeres en general declaran una frecuencia de consumo más alta que los hombres de esta sustancia. La dependencia a la marihuana también es mayor en los entrevistados hombres, siendo dependientes 52% de ellos versus un 35% de las mujeres. La misma tendencia se observa en la prevalencia al consumo de cocaína: 38% de los entrevistados hombres presenta dependencia a esta sustancia, y solo 22% de las mujeres. Esto indicaría que las mujeres presentan una menor cantidad de trastornos por dependencia, salvo por la dependencia a la pasta base.

Al analizar la prevalencia de trastornos por dependencia a sustancias en los entrevistados según su edad, no se observan diferencias en la dependencia a la pasta base. En lo que se refiere a la dependencia al alcohol, se observa que el porcentaje de entrevistados dependientes se concentra en los rangos de edad que van entre los 31 a 38 años, y de los 45 a los 65, encontrándose en ambos casos cerca del 70%. El porcentaje de entrevistados que presenta dependencia a esta sustancia en los rangos de edad que van desde los 18 a 30 años, y de 39 a 44, es de 55%. La dependencia a la marihuana en cambio, es mayor para los entrevistados más jóvenes: 56% de los entrevistados entre 18 a 38 años presentan dependencia a esta sustancia, porcentaje que disminuye a 45% en los entrevistados de 45 a 65 años, y a 36% en los entrevistados de 39 a 44 años. Esto evidencia que los entrevistados que presentan la mayor cantidad de dependencia a sustancias se encuentran en el rango de los 31 a 38 años de edad.

4.4.2 Presencia de otro tipo de trastornos

Respecto de otros trastornos que prevalecen en las personas que consumen habitualmente pasta base, se observa que el trastorno más común es el trastorno depresivo mayor, en tanto que 78% de los entrevistados da positivo para este trastorno en el test psiquiátrico MINI. Las mujeres son las que padecen más de este tipo de trastorno, 87% dando positivo en el test. 77% de los entrevistados hombres también padecen de este trastorno. Este trastorno es más prevalente en las personas entre 18 a 30 años (82%), y aquellos entre 31 a 38 años (82%) y menos prevalente en cambio para los rangos etarios de 39 a 44 años (73%) y de los 45 a 65 años (75%).

Otro trastorno que prevalece en la mayoría de las personas que consumen PBC habitualmente de pasta base es el riesgo de suicidio. El 72% de los entrevistados presentan riesgo. Las mujeres

presentan nuevamente un porcentaje de prevalencia mayor, encontrándose presente en 83% de las entrevistadas (y un 59% con riesgo alto). La prevalencia de este trastorno en hombres es del 70%. En general, el porcentaje de la muestra con riesgo de suicidio es similar en todos los rangos etarios (entre 68 y 75).

Una gran parte de los entrevistados presenta trastorno de personalidad antisocial (40%). Los hombres padecen de este trastorno en mayor medida que las mujeres, manifestándose en 41% de los hombres, y 32% de las mujeres. El rango de edad en el que este trastorno se encuentra más presente es de los 18 a 30 años de edad y se reduce significativamente entre las personas que consumen PBC de más edad.

El trastorno de estrés post-traumático se encuentra en 16% de los entrevistados; el trastorno de pánico en 14%; el trastorno de ansiedad en 10% de los entrevistados; otro 11% padece un trastorno de psicosis; y por último, 3% padece de distimia. Tanto el trastorno de estrés-postraumático como el trastorno de pánico se encuentran en mayor medida en las mujeres que en los hombres, y es más prevalente en las personas jóvenes que en las mayores. En cambio, el trastorno de personalidad antisocial y el de psicosis se vuelve menos prevalente en la medida que aumenta la edad.

Tabla 62. Prevalencias de trastornos psiquiátricos según sexo y tramos de edad

| | Sexo | | | Tramos de edad | | | |
|--------------------------------------|-------|--------|-------|----------------|---------|---------|---------|
| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
| Trastornos depresivos | | | | | | | |
| Trastorno depresivo mayor | 78% | 77% | 87% | 82% | 82% | 73% | 75% |
| Distimia | 3% | 4% | 0% | 2% | 2% | 2% | 7% |
| Trastornos de Angustia | | | | | | | |
| Trastorno de pánico | 14% | 13% | 19% | 15% | 16% | 18% | 7% |
| Trastorno de estrés post-traumático | 16% | 14% | 25% | 21% | 20% | 16% | 7% |
| Trastornos de ansiedad generalizada | 10% | 9% | 16% | 12% | 5% | 12% | 11% |
| Trastornos psicóticos: | | | | | | | |
| Psicosis | 11% | 11% | 11% | 15% | 13% | 10% | 7% |
| Trastornos de Personalidad | | | | | | | |
| Trastorno de personalidad antisocial | 40% | 41% | 32% | 56% | 39% | 41% | 24% |
| Intento suicida | | | | | | | |
| Riesgo suicida | 72% | 70% | 83% | 75% | 70% | 68% | 74% |
| Riesgo bajo | 25% | 26% | 23% | 25% | 20% | 24% | 32% |
| Riesgo moderado | 6% | 7% | 2% | 4% | 14% | 5% | 1% |
| Riesgo alto | 40% | 37% | 59% | 45% | 36% | 39% | 41% |

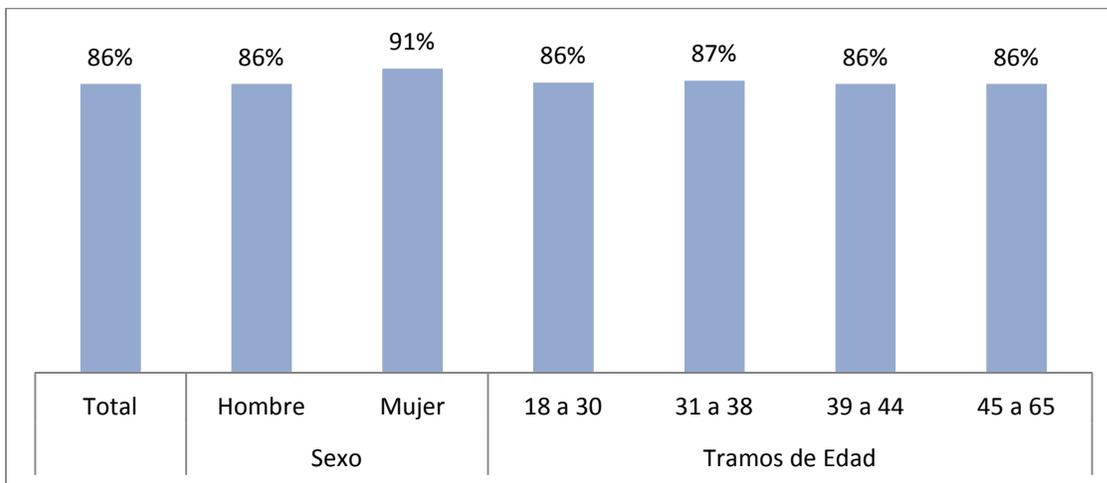
4.4.3 Presencia de comorbilidad psiquiátrica.

En lo que se refiere a los trastornos psiquiátricos, también se estudió la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica- si los entrevistados presentan prevalencia de dos o más trastornos

psiquiátricos simultáneamente. En lo que respecta a los trastornos analizados en el presente estudio para el análisis de comorbilidad, se indica que los tipos de trastornos considerados son, los trastornos por uso de sustancias, trastornos depresivos²⁷, trastornos de angustia²⁸, y trastorno psicótico²⁹. Un entrevistado presenta comorbilidad cuando los resultados de la entrevista M.I.N.I indican que presenta dos de alguno de estos trastornos, sin importar cuales de estos dos sean.

Al analizar la prevalencia de comorbilidad, se observa que 86% de los entrevistados presenta esta condición. Este porcentaje no presenta diferencias significativas por edad ni por sexo (ver Tabla 63).

Tabla 63. Prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, según sexo y edad.



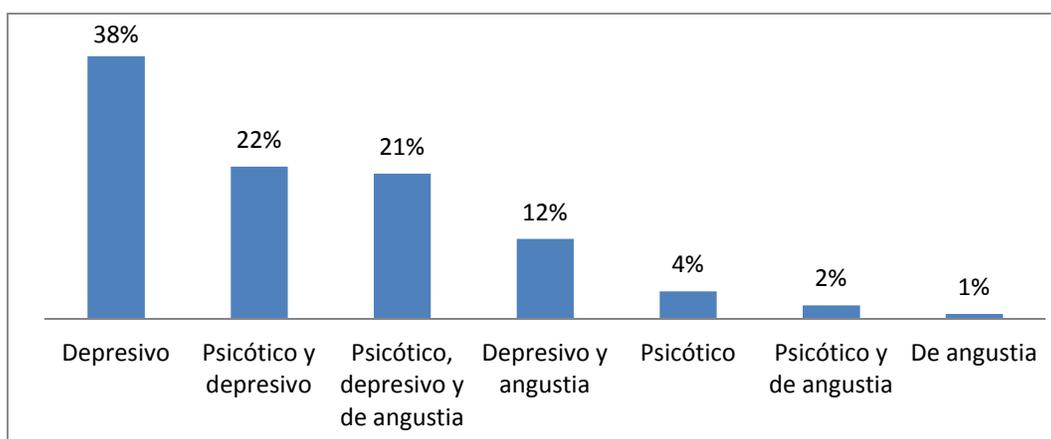
Se realizaron tipologías para dar cuenta de los trastornos específicos que presentan las personas con comorbilidad. Del 87% de las personas que presentan dos o más trastornos, todos presentan trastorno por consumo de sustancias en conjunto con algún otro trastorno. El grupo más grande es aquel que presenta trastorno por consumo de sustancias y trastorno depresivo. Luego viene un grupo que presenta los 4 tipos de trastorno, que equivale a un quinto de la población. Un 22% presenta trastorno por uso de sustancias más trastorno psicótico y depresivo. Con menor proporción se encuentran quienes presentan trastorno por consumo de sustancias con trastorno depresivo y de angustia (12%), con trastorno psicótico (4%) y finalmente con trastorno psicótico y de angustia (2%). Llama la atención que de quienes presentan comorbilidad un quinto posee los cuatro tipos de trastornos y poco más de un tercio presenta tres tipos de trastornos.

²⁷ Depresión mayor y trastorno distímico.

²⁸ Trastornos de pánico, estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

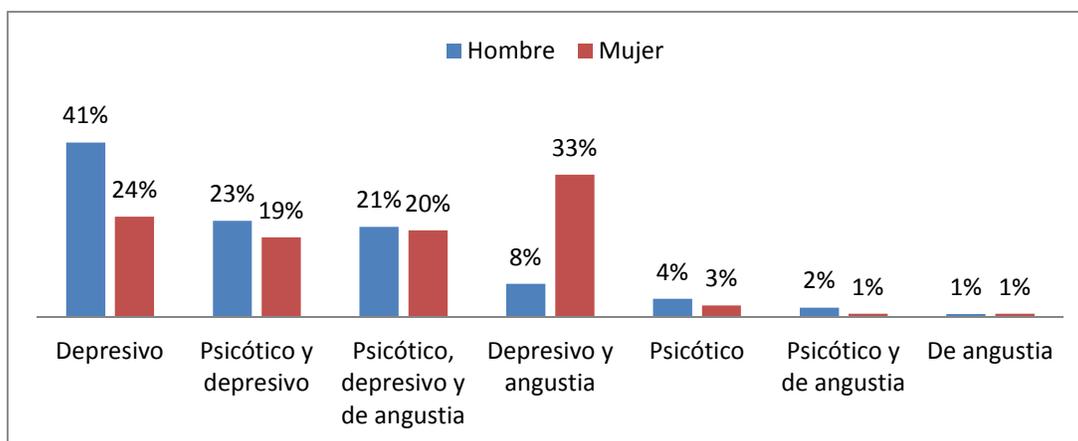
²⁹ Trastornos de estado de ánimo con síntomas psicóticos y trastorno psicótico.

Tabla 64. Porcentaje de personas con comorbilidad³⁰ que presentan diferentes trastornos



Cuando analizamos los distintos tipos de trastornos que presentan los entrevistados según sexo, se observan diferencias significativas. Por un lado, se observa que un porcentaje más alto de hombres entrevistados presentan comorbilidad por un trastorno de uso de sustancias y un trastorno depresivo (41%). El porcentaje de mujeres que presentan estos dos trastornos es de 24%. Por otro lado, un quinto de las mujeres presenta comorbilidad por los cuatro trastornos simultáneos, versus un cuarto de los hombres. Otra diferencia relevante es que entre las mujeres es más común manifestar trastorno por abuso de sustancias en conjunto con trastorno depresivo y de angustia, 33% versus un 8% de los hombres.

Tabla 65. Tipos de comorbilidad prevalentes, según sexo.



4.4 Contacto con el sistema de salud

A partir de los apartados anteriores se puede concluir que las personas que consumen habitualmente PBC gozan de condiciones de salud física y mental bastante precarias, presentando prevalencias de trastornos mentales, discapacidad, ETS y otras enfermedades por sobre las proporciones encontradas en población general. Otro aspecto a considerar en cuanto a la salud es el nivel de contacto que poseen las personas que consumen PBC con el sistema de prestaciones de

³⁰ Se considera como N valido el número de personas que presentan comorbilidad, es decir, N=340.

salud. El presente apartado se divide en el nivel de contacto y cobertura en el sistema de salud en general, para luego analizar el contacto de las personas con instancias de tratamiento de consumo de sustancias.

4.4.1 Contacto con el sistema de salud

A pesar de que la mayoría de las personas que consumen habitualmente PBC posee cobertura de salud, estas personas presentan una menor cobertura en contraste con la población general. Un 79% señala estar inscrito en Fonasa (cifra que para población general asciende a 82%) y un 5% señala estar en alguna Isapre (en contraste con un 13% de la población general). Un 12% señala no estar inscrito en ningún sistema de salud. En población general, el porcentaje de personas que no tienen cobertura es de 2,5% (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Por otro lado, un 86% de las personas que consumen habitualmente PBC se encuentra inscrita en un consultorio. Un 3% del total de la población no pertenece a ningún sistema de salud y no está inscrita en un consultorio. En general un mayor porcentaje de jóvenes y hombres (13% vs 9% en mujeres) se encuentran desprotegidos en este aspecto.

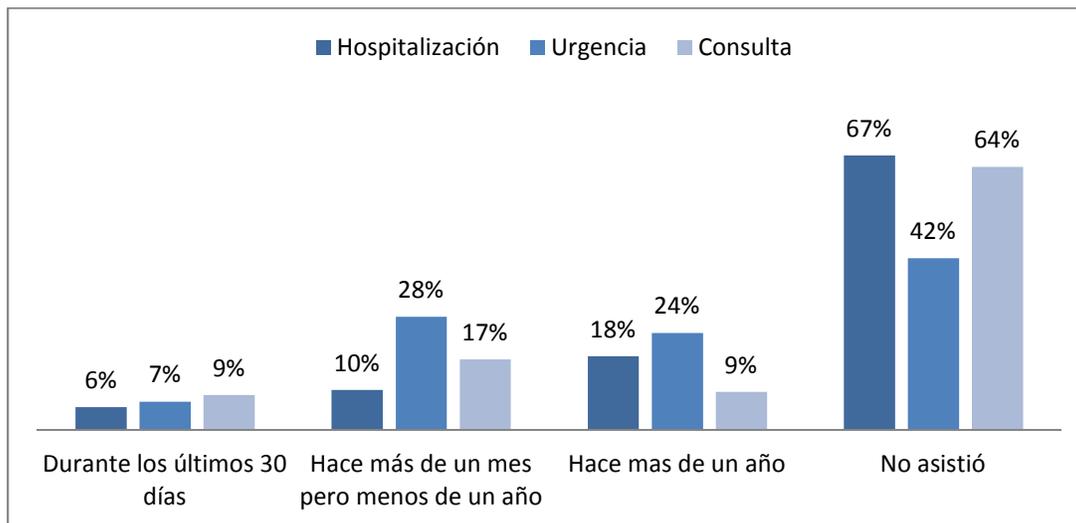
Tabla 66. Pertenencia a algún sistema de salud y consultorio según sexo y edad

| ¿Usted pertenece a algún sistema de salud? | | | | | | | |
|---|--------------|---------------|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
| Sí a FONASA | 79% | 82% | 62% | 76% | 77% | 80% | 83% |
| Sí a una Isapre | 5% | 4% | 7% | 1% | 12% | 4% | 2% |
| No | 12% | 12% | 14% | 10% | 10% | 15% | 15% |
| No Sabe | 4% | 2% | 17% | 14% | 2% | 1% | 0% |
| ¿Usted está inscrito en un consultorio? | | | | | | | |
| | Total | Hombre | Mujer | 18 a 30 | 31 a 38 | 39 a 44 | 45 a 65 |
| Sí | 86% | 85% | 91% | 81% | 83% | 91% | 89% |
| No | 12% | 13% | 9% | 15% | 14% | 9% | 11% |
| No sabe | 2% | 2% | 0% | 4% | 3% | 0% | 0% |

Se pesquisó en específico el contacto con distintas instancias del sistema de salud en los últimos cuatro años. Se preguntó por la última vez que asistió a alguna consulta médica, que asistió a un servicio de urgencia y que fue hospitalizado.

En general hay un alto porcentaje que no ha asistido a ninguno de estos servicios en los últimos cuatro años. Tres de cada cinco no han ido a consultas ni han sido hospitalizados. Las visitas a servicios de urgencia son más frecuentes. Sólo un 42% no ha asistido en los últimos 4 años, y un 35% asistió alguna vez durante el último año. Aunque no se cuentan con estadísticas para población general, pareciera ser que el contacto con urgencias es bastante común en esta población.

Tabla 67. Asistencia a consulta médica, urgencias y hospitalizaciones en los últimos 4 años³¹



En general no se encuentran diferencias significativas por sexo. Por edad sólo se encuentran diferencias en cuanto a la hospitalización. El grupo de mayor edad es el que presenta una mayor proporción de personas que han sido hospitalizadas durante el último año (44%), seguido por quienes tienen entre 18 y 30 años (34%). En el grupo de edad intermedia (31 a 44 años), entre un 26% y 29% fueron hospitalizados alguna vez durante el último año.

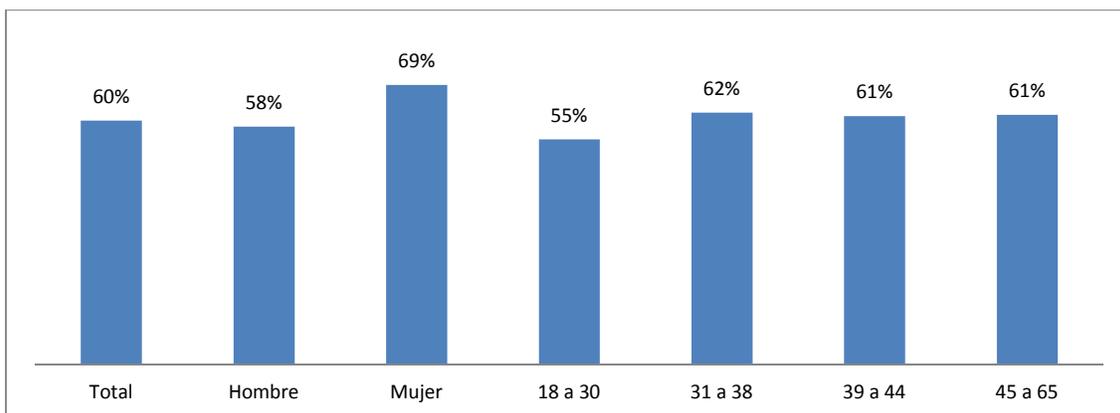
Finalmente se preguntó a los entrevistados si habían sido atendidos durante los últimos 12 meses por algún accidente como Caídas, Agresiones, Accidentes de tránsito, quemaduras u otros³². Un 35% señaló que fue atendido por algún médico o profesional de la salud durante el último año por estas razones. No se detectaron diferencias por sexo, y por edad se ve que hay un mayor porcentaje de personas atendidas por estos motivos en edades intermedias (33% para personas de 18 a 30 años, 41% para personas entre 31 y 38 años, 43% para personas entre 39 y 44 años y 24% para mayores de 45).

Se construyó un indicador final para ver la prevalencia de contactos durante el último año con especialistas o sistemas de salud, considerando para ello las variables de consultas, hospitalización, urgencias y atenciones por caídas, agresiones, accidentes de tránsito, quemaduras y otros. Mediante este índice es posible observar que el 60% de la población que consume habitualmente pasta base ha entrado en contacto con el sistema de salud de alguna manera durante los últimos 12 meses. En general, no existen diferencias significativas por sexo o por edad. La interpretación de este dato no es del todo clara. Por un lado se podría decir que existe un nivel importante de vinculación de estas personas con las prestaciones de salud. Sin embargo, este alto porcentaje podría explicarse también porque esta población se encuentra en constantes riesgos de sufrir accidentes o de necesitar atención médica dada las condiciones de vida que experimentan.

³¹ No se muestra en el gráfico aquellos que señalan no sabe o no contesta.

³² Entre los otros (pregunta abierta) se encuentran autoagresiones, mordeduras de perro y otro tipo de accidentes.

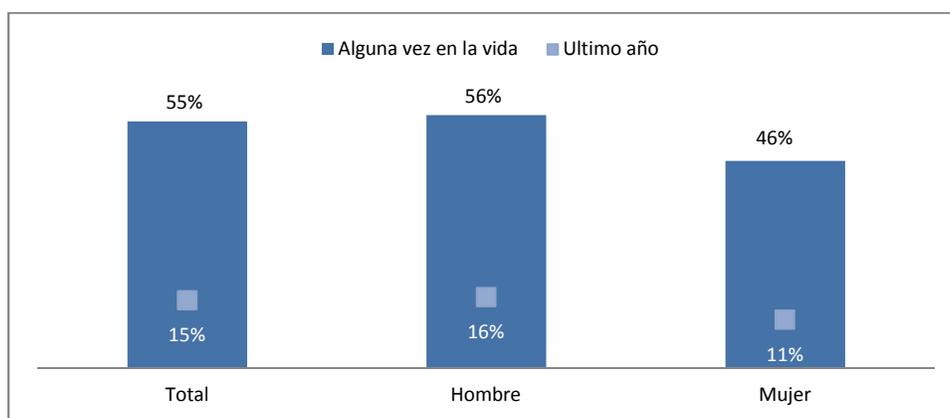
Tabla 68. Porcentaje de personas que se contactaron con el sistema de salud durante los últimos 12 meses



4.2.4 Contacto con el sistema de salud - tratamiento

El 55% del total de personas que consumen habitualmente PBC ha estado alguna vez en la vida algún tratamiento para dejar de consumir drogas y/o alcohol. Sin embargo, sólo un 15% del total de las personas que consumen habitualmente PBC han recibido tratamiento durante el último año. Cuando se diferencia por sexo, se observa que en general existe una mayor proporción de hombres que han estado en tratamiento, aunque la diferencia no es significativa.

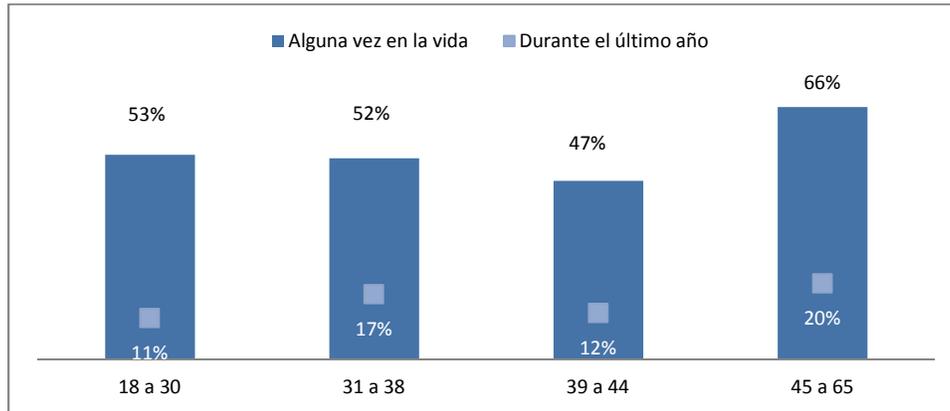
Tabla 69. Realización de un tratamiento, según sexo.



Si se analiza el porcentaje de entrevistados que ha realizado un tratamiento por drogas y/o alcohol de acuerdo al rango etario, se observa que los encuestados que más han tenido tratamiento a lo largo de la vida son los pertenecientes al rango de mayor edad, entre los 45 y 65 años, mientras los que menos se han realizado tratamientos son el rango etario entre los 39 y 44 años de edad. Los más jóvenes y los adultos entre 31 y 38 años han estado en algún tratamiento a lo largo de sus vidas en la misma proporción (53% y 54%).

Sobre el último año, en el rango etario entre 31 y 38 años hay una mayor proporción de personas que se han realizado tratamientos (17%) en conjunto con el rango etario entre 45 y 65 años (20%). El rango etario más joven es el que menos se ha realizado tratamientos en el último año con sólo 11% declarando haberlo hecho.

Tabla 70. Tratamientos en la vida y en el último año según tramo de edad



Se preguntó a aquellos que se habían realizado tratamiento durante el último año (N=58) por el tipo de tratamiento efectuado. Un 41% se realizó tratamiento por consumo de alcohol y droga, un 22% se realizó tratamiento sólo por droga y un 36% se realizó tratamiento sólo por alcohol. A su vez la mayoría de los que se realizaron tratamiento durante el último año asistieron a un tipo de tratamiento ambulatorio (61%), y un tercio asistió a tratamiento residencial.

Se preguntó a aquellas personas que no habían asistido a tratamiento durante el último año (N=340), por sus necesidades e intentos de obtener tratamiento. En general, en este grupo existe más demanda por tratamiento de drogas, el 85% declara que ha sentido la necesidad de recibir este tipo de tratamiento, versus un 44% que declara haber sentido la necesidad de recibir tratamiento por consumo de alcohol. Estos resultados están estrechamente relacionados con los trastornos asociados al consumo que caracterizan a esta población. Como se observó en el apartado 4.3, un 67% de las personas que consumen habitualmente de PBC presentan abuso y/o dependencia de alcohol, y casi la totalidad presenta algún trastorno de abuso y/o dependencia de otras drogas. Entre quienes presentan trastornos por abuso y/o dependencia de alcohol, el porcentaje que declara haber sentido la necesidad de tratamiento de este consumo es mayor que entre quienes no presentaron estos trastornos (56% entre quienes presentan dependencia, 23% entre quienes presentan abuso y 6% entre quienes no presentan trastorno por abuso/dependencia de alcohol).

En general no se observan diferencias significativas por edad y sexo en las necesidades de tratamiento de drogas. En el caso del alcohol, se observa que dentro del tramo de edad entre 31 y 38 años se encuentra la mayor proporción de personas necesitadas de tratamiento.

Tabla 71. Necesidad de tratamiento según rango etario

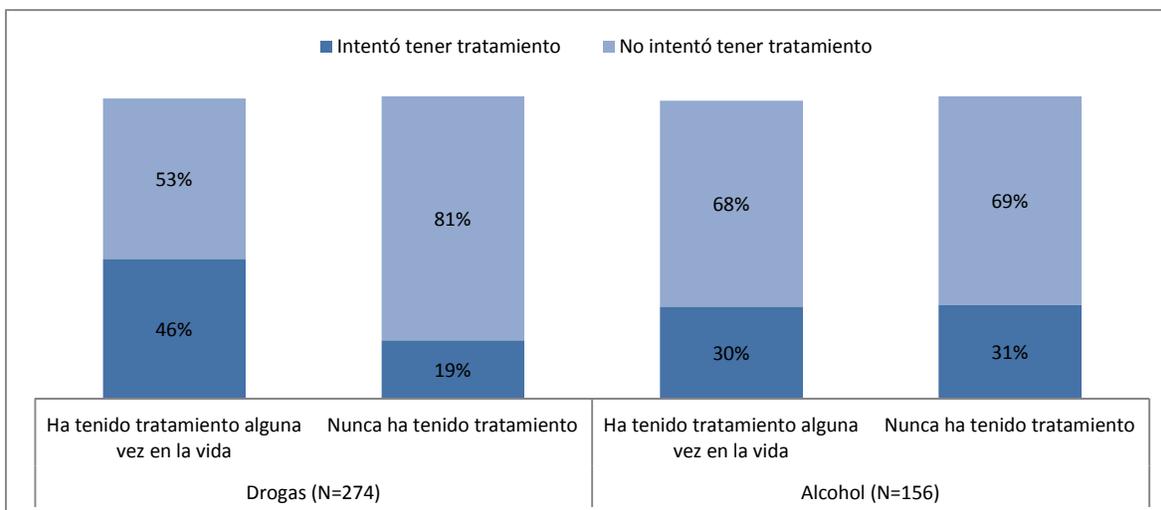
| Ha sentido necesidad de recibir tratamiento para | | |
|---|--|--|
| | Disminuir o dejar de consumir alcohol (%Sí) | Disminuir o dejar de consumir drogas (% Sí) |
| Total | 44% | 85% |
| Hombre | 45% | 84% |
| Mujer | 42% | 87% |
| 18 a 30 | 34% | 89% |
| 31 a 38 | 57% | 83% |
| 39 a 44 | 38% | 84% |
| 45 a 65 | 47% | 82% |

A pesar de que hay un alto porcentaje de personas que declaran necesitar tratamiento de drogas y /o de alcohol³³, un bajo porcentaje de estos grupo señala haber intentado obtener un tratamiento durante el último año. Sólo un tercio de quienes declaraban haber sentido la necesidad de tratamiento de alcohol dijeron haber intentado obtenerlo durante el último año y una porción similar intentó conseguir tratamiento de drogas³⁴. Se observa que entre quienes nunca han tenido tratamiento de drogas, existe un mayor grupo que no ha intentado obtener tratamiento en el último año. Este dato es importante ya que refleja una cierta inercia en la que existiría un grupo que nunca se contacta con el sistema de salud para tratar su adicción. En el caso del tratamiento de alcohol no ocurre lo mismo, la probabilidad de intentar obtener tratamiento es igual para quienes han tenido algún tipo de tratamiento en la vida como para quienes no.

Tabla 72. Intento de obtener tratamiento durante el último año según si ha tenido experiencias previas de tratamiento

³³ N=156 para quienes declaran haber sentido la necesidad de obtener tratamiento de alcohol y N=273 para quienes declaran haber sentido la necesidad de obtener tratamiento de drogas.

³⁴ Un 30% de quienes declaran haber sentido la necesidad de tratamiento de alcohol(N=156) señala haber intentado obtener tratamiento durante el último año. Para el caso de tratamiento de drogas, la proporción también es de 30%.



Las razones mencionadas por las personas por las cuales no asistieron a programas de rehabilitación son variadas, pero tanto en el caso de drogas como de alcohol, un cuarto señala que no estaba dispuesto a dejar el consumo. En el caso de drogas la segunda razón más importante es no encontrar el tipo de tratamiento que se quería (24%) y en tercer lugar la falta de cupos (19%). Estos últimos dos puntos pueden estar reflejando una escasez de programas adecuados para el tratamiento de consumo de PBC. En tratamientos para alcohol el no encontrar el tratamiento que se quería y no saber dónde ir para el tratamiento son las dos razones más importantes luego de la falta de disposición.

Tabla 73. Razones para no tomar tratamiento de drogas y alcohol

| | Alcohol (N=41) | Droga (N=70) |
|---|----------------|--------------|
| No podía pagar el tratamiento | 1% | 0% |
| No tenía transporte/estaba lejos | 2% | 3% |
| Las horas no eran compatibles | 9 | 4% |
| No encontró programa que ofreciera el tipo de tratamiento que quería | 18% | 24% |
| No había cupos en los programas | 7% | 17% |
| No sabía dónde ir para recibir tratamiento | 18% | 4% |
| Opinión negativa de usted | 11% | 5% |
| A usted le preocupa que tratamiento tenga efectos negativos en su trabajo | 0% | 3% |
| Usted no estaba dispuesto a dejar el consumo | 24% | 25% |
| Alguna otra | 10% | 16% |
| No sabe | 2% | 0% |

El siguiente cuadro resume la situación del total de la muestra en cuanto al tratamiento. En cuanto a tratamiento drogas, la mayor parte señala que ha sentido la necesidad pero no ha intentado obtenerlo (49%). Un 23% señala que intentó tener tratamiento pero no pudo. Estos dos grupos son importantes ya que representan población dispuesta a ser tratada en su consumo. Respecto al alcohol es mayor el grupo que no ha sentido la necesidad de ser tratado lo que hace sentido debido a que se presentan menores dependencias a esta sustancia. Sin embargo, existe un cuarto de la muestra que señala haber sentido la necesidad pero no haber intentado obtener este tipo de tratamiento.

Tabla 74. Situación de consumidores de PBC en cuanto a tratamiento

| | Droga | Alcohol |
|--|-------|---------|
|--|-------|---------|

| | | |
|--|-----|-----|
| Tuvo algún tratamiento | 15% | 15% |
| Intentó tener tratamiento pero no pudo | 23% | 12% |
| Ha sentido necesidad pero no ha intentado | 49% | 26% |
| No ha sentido necesidad | 13% | 46% |
| Otro | 1% | 1% |

A partir de lo anterior es posible concluir que la mayoría de las personas que consumen PBC habitualmente declaran que necesitan de un tratamiento contra las drogas y a pesar de ello un bajo porcentaje accede a este. El bajo acceso tiene que ver con la baja pro actividad en conseguir el tratamiento (68% y 68% de quienes manifestaron haber sentido la necesidad de tratamiento de drogas y alcohol respectivamente no acudieron a ningún centro), sin embargo puede relacionarse con total inexperiencia en los canales existentes de tratamiento (53% de los que sintieron la necesidad pero no intentaron recibir tratamiento de drogas y/o alcohol no han accedido a tratamiento nunca en la vida). Por otro lado, más de la mitad de las personas que consumen han tenido alguna experiencia con tratamientos de rehabilitación a lo largo de la vida y aun así continúan consumiendo de manera problemática. Finalmente, aunque son pocos casos los que intentaron acceder a tratamiento durante el último año y fracasaron³⁵, las razones más comunes del fracaso tienen que ver con la escasez de oferta y nuevamente con la baja motivación.

³⁵ El número total de casos es pequeño por lo que las estimaciones pueden ser imprecisas.

5. Vinculación Social

En el siguiente apartado se analiza el nivel de vinculación social de las personas que consumen habitualmente PBC. El nivel de vinculación se puede observar en distintas dimensiones. Por un lado, se puede analizar en la situación residencial. En esta población se observa alta movilidad residencial y alta incidencia de la situación de calle. Por otro lado, se observa la relación con la familia y el capital asociado a la misma. Finalmente, se presenta información respecto a la vinculación de las personas que consumen habitualmente Pasta Base con distintas instituciones.

5.1 Situación Residencial

La situación residencial en el grupo de personas que consumen habitualmente es compleja de describir. Esto debido a que casi la mitad de las personas no poseen una residencia estable. Se preguntó por los lugares donde habían vivido en los últimos 12 meses y un 55% señaló haber vivido en más de un lugar. En general existe una gran diferencia entre los lugares en que viven quienes poseen residencia estable y quiénes no. En términos generales, alrededor de un tercio de personas que consumen PBC han habitado durante el último año en situación de calle. Entre aquellos con múltiples residencias este porcentaje asciende a 53% (aunque sólo para un 27% es el lugar de residencia más frecuente), un porcentaje altísimo en comparación con aquellos que declaran una sola residencia, en donde la prevalencia de habitabilidad de calle es de 16%. Por otro lado, quienes tuvieron más de algún lugar de residencia durante el año pasaron por más lugares poco convencionales. Un gran número declara haber vivido en rucos o lugares de consumo (27%), hospedajes ya sea comerciales o solidarios (20% y 10% respectivamente) y casas de amigos (15%). Los que viven en un solo lugar por lo general residen en mayor medida con familiares (57% considerando familia nuclear, familia extendida y conyugue). El segundo lugar más común en donde habitan las personas con consumo problemático de PBC es el hogar de la familia nuclear. Un 32% del total vivió con su familia nuclear durante el último año, siendo más común entre aquellos con residencia estable (39% versus 17% de los que vivieron en más de un lugar que declaran es el lugar más frecuente).

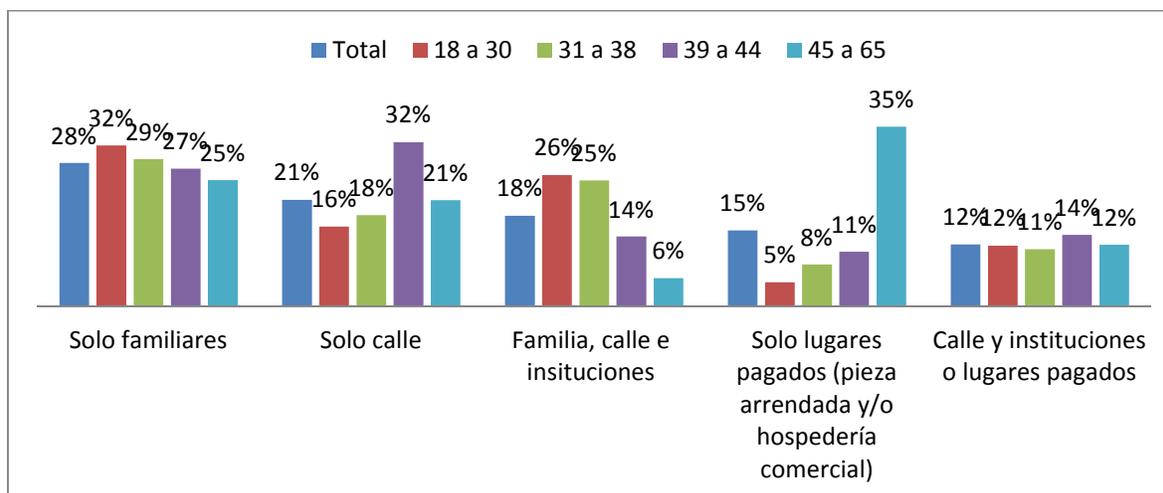
Tabla 75. Lugar de residencia según número de lugares en los que ha vivido el último año

| | Más de un lugar | | Un solo lugar | Total |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------|-------------------|
| | Todos los lugares | Lugar más frecuente | | Todos los lugares |
| Vía pública | 53% | 27% | 16% | 36% |
| En casa de familia nuclear | 26% | 17% | 39% | 32% |
| Pieza arrendada | 27% | 16% | 17% | 22% |
| En lugar de consumo (caleta, ruco) | 27% | 11% | 7% | 18% |
| Casa de familia extensa | 12% | 5% | 11% | 11% |
| Hospedería o albergue comercial | 20% | 0% | 0% | 11% |
| Casa de un amigo | 15% | 4% | 0% | 8% |
| Casa cónyuge / pareja | 6% | 3% | 7% | 7% |
| Hospedería o albergue solidario | 10% | 7% | 1% | 6% |
| Institución de tratamiento de drogas | 7% | 0% | 0% | 4% |
| Cárcel | 4% | 2% | 0% | 2% |
| Cerro | 2% | 0% | 2% | 2% |
| Casa o departamento abandonado | 1% | 0% | 1% | 1% |

Se realizó una tipología para caracterizar de mejor manera los distintos grupos según lugares de residencia. Esto permitió determinar que existe un grupo que no vive en ningún momento del año

con familiares³⁶, representado en parte por los que habitan sólo en la calle³⁷ (21%), aquellos que pasan durante el año entre la calle y otros lugares como instituciones³⁸ y lugares pagados³⁹ (12%) y aquellos que sólo residen en lugares pagados (15%). Por otro lado, está el grupo que habita durante todo el año con familiares (28%) y aquellos que transitan entre la calle y las casas de familiares (18%). En ambos casos, es entre los más jóvenes que se encuentra una mayor proporción de personas que viven en algún momento con la familia.

Tabla 76. Situación residencial por edad



Estas diferencias por edad se pueden interpretar de dos maneras. Por un lado puede haber un efecto cohorte, es decir, que los mayores en general han adoptado distintas estrategias de residencia a lo largo de su vida lo que explica que vivan más en lugares pagados, y en la calle. Sin embargo también se puede hipotetizar que existe un efecto edad, es decir, con el tiempo las familias van expulsando a los miembros con consumo problemático.

5.2 Vinculación Familiar

La vinculación familiar se puede observar en primer lugar a través de la residencia. Sin embargo, interesa indagar también en la calidad de la relación que mantienen las personas que consumen PBC con su familia independiente de si cuentan con ellos a través de la residencia. En esta sección se analiza la relación que mantienen las personas que consumen habitualmente PBC con su familia nuclear, entendiéndose por ella, padres, hermanos, hijos y pareja. Se intentó en primer lugar caracterizar la relación que tuvieron las personas que consumen PBC con su familia y las situaciones de vulnerabilidad que vivieron antes de los 18 años. Luego, se analizó el tipo de relación que sostienen actualmente con la familia utilizando 3 indicadores. Por un lado, el nivel de contacto con la familia, por otro lado la calidad de la relación medida como la evaluación de la relación por parte de las personas y el nivel de apoyo que las personas creen tener de su familia ante emergencias. Respecto a la familia de las personas que consumen PBC habitualmente, un

³⁶ En la categoría familia se incluye la familia nuclear, extendida y vivir con conyugue o pareja

³⁷ En esta categoría de calle se incluye a aquellos que residieron en vía pública, casas abandonadas y lugares de consumo y cerro.

³⁸ Se incluyen en instituciones las residencias solidarias, lugares de tratamiento de drogas y residencia de adultos.

³⁹ En lugares pagados se incluyen residencias comerciales y piezas arrendadas.

95% declara tener hermanos, un 77% hijos, 70% madre, 64% padre, y por último, 42% de los entrevistados declara tener conyugue.

5.1.1 Historia familiar y vulneración

Las familias de las cuales provienen las personas que consumen habitualmente PBC se caracterizan por su fragilidad e inestabilidad. Un 46% de esta población señaló que alguno de sus padres abandonó la casa antes de los 18, un 41% fue criado en algún momento por personas que no eran sus padres. Por otro lado, un 19% vivió alguna vez en una residencia de menores y un 18% tuvo a algunos de sus padres en la cárcel durante ese periodo. Todas estas cifras hablan de núcleos familiares inestables. En total, el grupo que vivió al menos una de estas situaciones es de 72% de la población. Por otro lado, existe un alto porcentaje de personas que afirman que vivieron antes de los 18 en contextos de violencia intrafamiliar (57%), sufrieron maltrato (40%) e incluso sufrieron de violencia sexual (13%)⁴⁰ En general estas situaciones de abuso son más comunes en aquellas familias inestables. Por otro lado, gran parte de las personas que actualmente consumen PBC tuvieron padres con problemas con el consumo. Un 64% señala que durante su infancia o adolescencia alguno de sus padres tuvo problemas con el alcohol y un 16% que sus padres tuvieron problemas con drogas. Es interesante destacar que los que señalan que sus padres tenían problemas con ambas sustancias- alcohol y drogas- corresponden al 14%, y un 49% señala que sus padres tuvieron problemas sólo con el alcohol antes de que ellos tuvieran 18 años. Estas dinámicas de inestabilidad y abuso son replicadas en la mayoría de los casos en la adultez por las personas que consumen habitualmente PBC. Un 70% señala que luego de los 18 años vivió al menos una separación de la pareja y un 26% señala que vivió maltrato familiar o conyugal luego de los 18. Este apartado sirve en parte para dar contexto a los datos que se observaran a continuación de contacto y relación con la familia nuclear.

5.1.2 Nivel de contacto con la familia nuclear

Con el objetivo de observar la relación con la familia se analizó la frecuencia de contacto con los distintos miembros de la familia nuclear.

En primer lugar, cabe destacar las relaciones que se dan con la familia nuclear. Un 71% de las personas encuestadas es de estado civil soltero y el 77% no convive con ninguna pareja. A pesar de que existe un cuarto (26%) de las personas que señalan estar casados, 80% de ellos declara no vivir con su pareja (Tabla 13).

En cuanto a los hijos, un 77% de la muestra tiene hijos. De quienes tienen hijos un 62% es soltero – no casado, ni divorciado, ni viudo- por lo que se puede inferir que la mayor parte de los niños nació fuera del matrimonio. Entre los que tienen hijos, un 51% señala que su hijo menor tiene menos de 10 años y un 36% señala que su hijo menor tiene entre 11 y 18. Es decir, la mayoría de las personas que consumen habitualmente PBC posee hijos que no han alcanzado la mayoría de edad y que convencionalmente necesitarían aún de cuidados paternos.

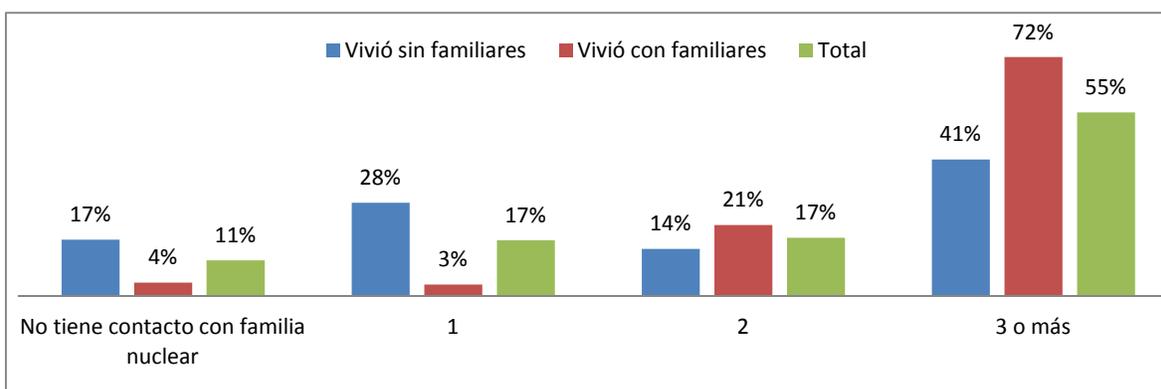
Por otro lado, sólo un 16% de los que tienen hijos, señalan haber vivido durante el último año con ellos. En esto existen diferencias por género, 30% de las mujeres con hijos vivieron con ellos el último año con ellos versus 13% de los hombres. Respecto al nivel de contacto, la mitad de

⁴⁰ El porcentaje de violencia sexual entre las mujeres es de 37%. Entre los hombres es de 9%.

quienes tienen hijos (50%) posee un contacto al menos semanal con ellos, sin embargo existe un 28% que señala no ver nunca a sus hijos.

Respecto a los familiares en general, en el Tabla 77 se presenta el número de familiares con los que se mantiene algún tipo de contacto diferenciando aquellos que declararon haber vivido con familiares durante los últimos 12 meses. Un 17% de quienes no vivieron con familiares no tienen contacto con ningún miembro de la familia y un 28% ha tenido contacto sólo con un miembro. Esto es bastante distinto en el grupo que ha residido con familiares, donde alrededor de 70% tiene contacto con 3 o más miembros de la familia (hermanos, padres, hijos y/o conyugue).

Tabla 77. Número de familiares con los que mantienen contacto, según si vivió o no con la familia



La mayoría de las personas que consumen habitualmente PBC sostienen contacto semanal con al menos un miembro de la familia nuclear (76%). Menos del 10% tiene sólo contacto mensual o anual. Sin embargo, entre los habitantes de calle es un 23% el grupo que no tiene contacto con la familia, y un 16% el que sólo mantiene contacto anual. Sin duda dentro de este grupo existe menor vinculación con la familia en general.

Tabla 78. Frecuencia de contacto⁴¹ según lugar de residencia

| Contacto con familia nuclear | Calle y/o otros lugares ⁴² (n=149) | Familia y calle (n=71) | Sólo familia (n=125) | Otros lugares (n=53) | Total (n=total) |
|------------------------------|---|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| No tiene contacto | 23% | 8% | 1% | 7% | 11% |
| Una vez al año | 16% | 1% | 1% | 1% | 6% |
| Una vez al mes | 7% | 4% | 4% | 18% | 8% |
| Semanal | 54% | 87% | 95% | 75% | 76% |

En la

Tabla 79 se presenta el detalle del contacto con los familiares. Se puede destacar que dos de cada cinco personas tienen contacto semanal con su madre, hermanos, hijos o conyugues. El contacto con el padre es lo menos frecuente, ya que existe un alto porcentaje que no tiene padre (36%) y un alrededor de un cuarto que teniendo padre declara no verlo nunca (25%).

⁴¹ Se considera a aquellos que tienen contacto semanal, mensual o anual con al menos un miembro. Categorías son excluyentes.

⁴² No considera a los que viven en calle y con la familia durante el mismo año.

Tabla 79. Periodicidad con que visita a miembros de su hogar.

| | Padre | Madre | Hijos | Hermanos | Conyugue |
|----------------------------------|-------|-------|-------|----------|----------|
| No tiene | 36% | 30% | 22% | 5% | 57% |
| Nunca | 25% | 14% | 22% | 29% | 3% |
| Una vez al año | 8% | 8% | 6% | 11% | 0% |
| Una vez al mes | 7% | 8% | 11% | 12% | 2% |
| Una vez a la semana o más | 24% | 39% | 38% | 42% | 37% |

5.1.3 Calidad de la relación con la familia

Se preguntó por la calidad de la relación con los familiares a aquellos que veían a su familia más de una vez al año. El 82% las personas que consume PBC que ve a sus hijos, señala tener una buena relación con ellos. La segunda relación que se evalúa mejor es la relación con el cónyuge. En general, en la relación con los padres se observa un porcentaje más alto de personas que evalúan negativamente, 13% señala que la relación con su padre es mala, y 19% señala lo mismo para la relación con su madre.

Tabla 80. Calidad de la relación que el entrevistado declara tener con su familia.

| Calidad relación | Padre | | Madre | | Hijos | | Hermanos | | Cónyuge | |
|-------------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|----------|-------------|---------|----------------|
| | % total | % ve a padre | % total | % ve a madre | % total | % ve a hijos | % total | % ve a hmno | % total | % ve a cónyuge |
| Buena | 16% | 41% | 30% | 54% | 44% | 82% | 38% | 57% | 26% | 63% |
| Regular | 18% | 46% | 15% | 27% | 7% | 12% | 19% | 29% | 13% | 31% |
| Mala | 5% | 13% | 11% | 19% | 3% | 6% | 9% | 14% | 2% | 6% |
| No aplica ⁴³ | 61% | - | 43% | - | 46% | - | 35% | - | 59% | - |

Se analizó además la confianza que tienen las personas que consumen habitualmente PBC para recurrir a un familiar en caso de distintos tipos de problema. En general un cuarto de la población señala que podría recurrir a su padre, hijos o pareja y un poco más de un tercio señala que podría recurrir a su madre y hermanos. Sin embargo, un porcentaje similar e incluso mayor en el caso de padre, hijos y hermanos señala que nunca podría recurrir a esos parientes.

Tabla 81. ¿Si tuviera algún problema económico, de salud u otra situación grave, cree que podría recurrir con confianza a...?

| | Padre | Madre | Hijos | Hermanos | Pareja |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|----------|--------|
| Siempre o casi siempre | 24% | 37% | 24% | 35% | 28% |
| Algunas veces | 5% | 5% | 7% | 10% | 3% |
| Rara vez | 5% | 1% | 3% | 4% | 3% |
| No, nunca | 28% | 26% | 36% | 45% | 11% |
| No tiene / no aplica /No sabe | 38% | 31% | 30% | 6% | 54% |

⁴³ Incorpora a los que no tienen determinado familiar o cuya frecuencia de contacto es inferior a una vez al año.

Se realizó un índice para determinar cuántas personas no contaban con nadie a quien recurrir. Se consideró que las personas que señalaban al menos tener en quién recurrir “algunas veces” sí tenían apoyo y quienes señalaban rara vez o nunca, no contaban con apoyo. Un 19% de las personas que consumen habitualmente PBC señalan no contar con apoyo de padres, hermanos, hijos y conyugue en caso de emergencia. Este porcentaje es mayor entre aquellos que vivieron durante los últimos 12 meses en la calle, donde un 32% no tiene a quien recurrir.

Tabla 82. N° de personas de la familia nuclear a las que puede recurrir según lugar de residencia

| N° personas | Otros lugares | Calle y/o otros lugares | Sólo familia | Familia y calle | Total |
|----------------|---------------|-------------------------|--------------|-----------------|-------|
| Ninguna | 17% | 32% | 7% | 15% | 19% |
| 1 | 45% | 22% | 16% | 26% | 26% |
| 2 | 17% | 25% | 41% | 29% | 29% |
| 3 o más | 20% | 21% | 36% | 31% | 27% |

En términos generales, es posible afirmar que la mayor parte de las personas con consumo habitual de PBC mantienen cierta vinculación con su familia nuclear, entendida como padres, hijos, hermanos y/o conyugues. Un gran grupo (76%) mantiene contacto semanal con al menos una de esas personas. Entre quienes mantienen contacto con su familia la mayoría evalúa positivamente su relación y en general el 80% de la población señala que puede confiar en alguna de estas personas en caso de emergencia. Sin embargo, existe un 11% que no mantiene contacto con ningún familiar, un 21% que no tiene buena relación con ningún miembro de su familia nuclear y un 19% que no puede recurrir con confianza a ellos en caso de emergencia. Se realizó un indicador comprensivo de estas tres dimensiones que sintetizara la calidad de la relación de las personas que consumen habitualmente PBC con su familia nuclear. Se agrupó a las personas en tres tipos. Los que se encuentran totalmente desvinculados de la familia nuclear que incluyen a los que no tienen contacto con la familia, o bien tienen contacto pero no tienen buena relación con ningún miembro y no pueden recurrir a ellos en caso de emergencias. El segundo grupo es el parcialmente vinculado, que son los que tienen contacto con al menos un miembro pero o no tienen buena relación con ninguno de los miembros de su familia o no consideran que pueden contar con su familia para emergencias. Luego están aquellos vinculados que son quienes tienen contacto, tienen buena relación con al menos un miembro y pueden confiar en algún miembro en caso de emergencias.

Tabla 83. Tipología de vinculación con familia nuclear

| | Hombre | Mujer | Total |
|-------------------------------|--------|-------|-------|
| Desvinculado | 25% | 11% | 23% |
| Parcialmente vinculado | 16% | 10% | 15% |
| Vinculado | 59% | 78% | 62% |

Se observó que existe un 23% totalmente desvinculado, es decir, que no tiene contacto⁴⁴, no tiene buena relación y no puede recurrir en caso de emergencia a su familia nuclear. Un 15% clasifica como parcialmente vinculado, es decir, tiene contacto con la familia pero no tiene buena relación con ningún miembro o no tiene confianza para recurrir en caso de emergencia a ellos. Finalmente

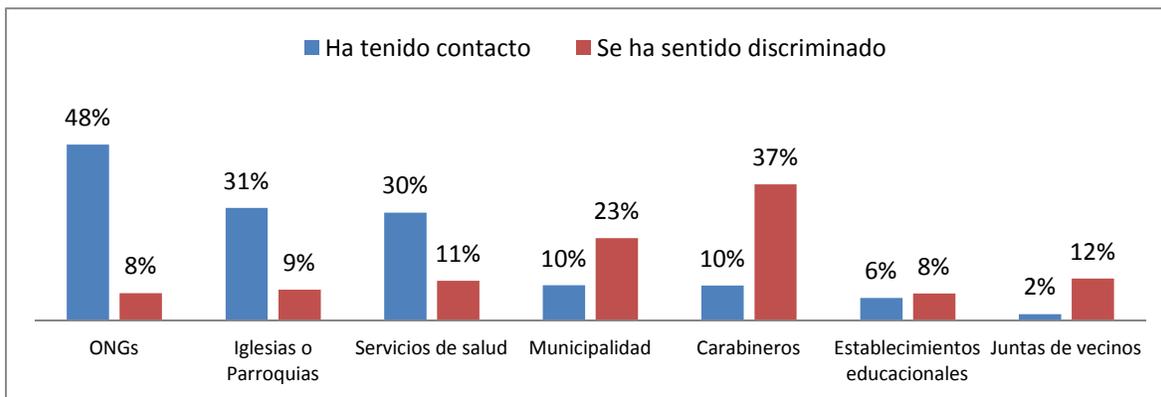
⁴⁴ Se considera en no contacto a aquellos que no tienen contacto o aquellos que tienen contacto sólo una vez al año.

un 62% que posee contacto, tiene una relación positiva y puede recurrir con confianza a al menos un miembro de la familia nuclear. Cabe destacar que un 68% del grupo desvinculado de la familia nuclear corresponde a habitantes de calle y un 21% reside en lugares pagados, tales como albergues y piezas arrendadas. Esa condición de habitabilidad de este grupo refleja la situación especialmente crítica de quienes no tienen contacto con la familia, ya que ésta, sobretudo en contextos latinoamericanos, tiende a ser el mayor sostén y fuente de capital social de las personas. Llama la atención que no se encuentra una relación entre las situaciones de abandono y maltrato vividas en la infancia y la desvinculación actual a la familia. En este sentido, muchas de las experiencias vividas en la infancia pueden estar normalizadas, y a pesar de ellas la familia sigue siendo una fuente de apoyo. Otra explicación posible es que el apoyo esté dado por familiares que no hayan perpetrado el abuso o abandono, como hermanos e hijos en esos casos. A continuación se explorará la relación con las instituciones como otra fuente de vinculación y apoyo social. Se buscará determinar, en parte, en qué medida éstas pueden suplir las necesidades de apoyo que los grupos desvinculados no pueden adquirir de sus familias.

5.2. Relación con las instituciones

Con el objetivo de identificar qué tipo de relación mantienen las personas que consumen pasta base habitualmente con la comunidad, instituciones y sociedad civil, se ha formulado el siguiente apartado. En primer lugar se presenta el nivel de contacto que tienen estas personas con instituciones referentes a la comunidad y los servicios que reciben de estas. Durante los últimos 12 meses un 66% de la población con consumo habitual de PBC tuvo contacto con alguna institución. Se incluyen en el listado, la municipalidad, carabineros, servicios de salud, establecimientos educacionales, fundaciones, iglesias y parroquias y juntas de vecinos. Alrededor de la mitad de las personas que consumen PBC habitualmente han tenido contacto con ONGs. Por otro lado, una de cada tres personas ha tenido contacto con Iglesias y/o parroquias y servicios de salud. Luego, una de cada diez personas ha tenido contacto con la municipalidad, y la misma proporción con carabineros. En último lugar se encuentran los establecimientos educacionales y juntas de vecinos.

Tabla 84. Porcentaje de personas que han tenido contacto y que se ha sentido discriminado con las instituciones durante los últimos 12 meses.

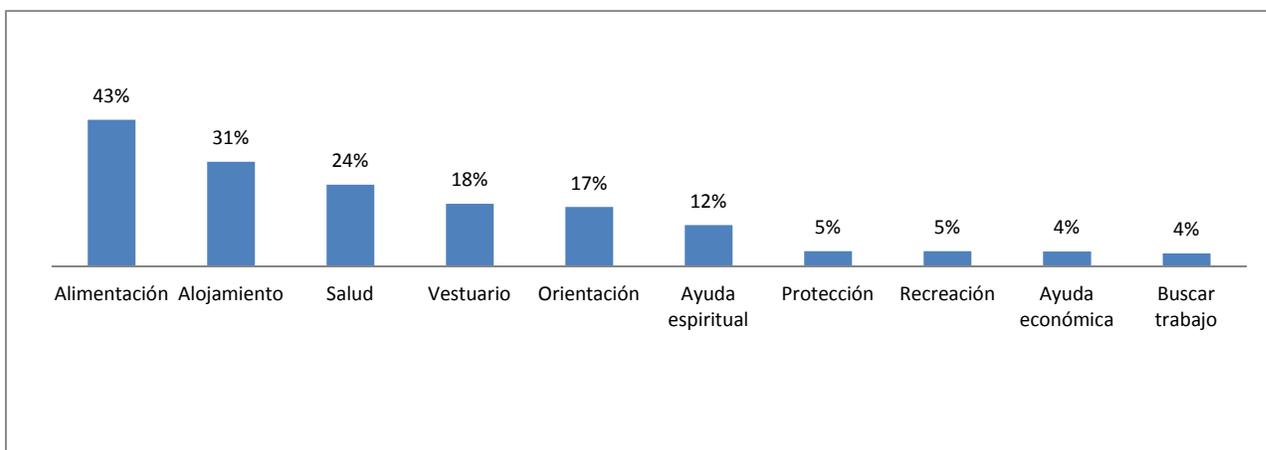


En general las instituciones con la que más personas que consumen de PBC tienen contacto, tienen un porcentaje bajo de personas que se han sentido discriminadas por ellas. Sólo un 8% de las personas que consumen PBC señala que se ha sentido discriminado por ONGs e Iglesias/parroquias, que son las que mayor contacto tienen, mientras que respecto a la municipalidad y carabineros

entre un cuarto y un tercio de las personas que consumen PBC habitualmente señalan haberse sentido discriminados. En este sentido es destacable el rol que cumplen las ONGs e Iglesias, que al parecer gozan de una buena imagen entre las personas que consumen PBC y a su vez mantienen contacto con un alto porcentaje de esta población. Analizando la relación con instituciones según la tipología de vínculo con la familia nuclear, vemos que un 71% de quienes no mantenían vínculo con su familia, si se contactaron con instituciones durante los últimos 12 meses. Este porcentaje es mayor que, aunque no significativamente, el porcentaje de contacto con instituciones que sostienen los parcialmente vinculados a la familia nuclear (58%) y a los vinculados (66%).

Respecto de los servicios que obtienen las personas que consumen PBC de estas instituciones, las más importantes son aquellos destinados a conseguir necesidades básicas de alimentación (43%), alojamiento (31%), salud (24%) y vestuario (18%). En segundo lugar se encontrarían aquellas relacionadas con satisfacer necesidades de compañía y conversación, tales como orientación (17%), ayuda espiritual (12%), protección (5%) y recreación (5%). La ayuda económica propiamente tal y la búsqueda de trabajo son bienes escasamente demandados a estas instituciones.

Tabla 85. Bienes entregados por instituciones



En general, el apoyo de las instituciones a las personas que consumen PBC se da independiente de si estas personas tienen capital familiar. Sin embargo, entre aquellas personas que no poseen vínculo con su familia nuclear, hay un grupo más grande que obtiene más de dos servicios de las distintas instituciones. En este sentido, se podría decir que las instituciones, particularmente iglesias y ONGs suplen, en cierto sentido, la carencia de apoyo familiar en ese grupo de la población.

Tabla 86. Número de servicios obtenidos de instituciones según nivel de vinculación con familia nuclear

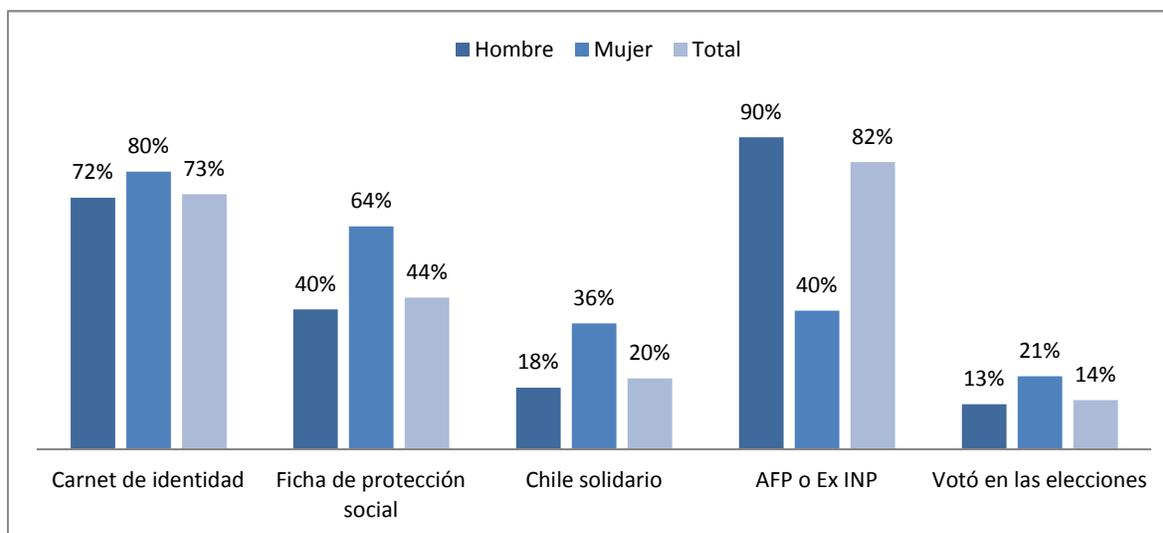
| | Desvinculados | Parcialmente vinculados | Vinculados | Total |
|--|---------------|-------------------------|------------|-------|
|--|---------------|-------------------------|------------|-------|

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Ningún servicio entregado | 30% | 43% | 36% | 35% |
| Un servicio entregado | 17% | 18% | 27% | 23% |
| Dos servicios entregados | 16% | 13% | 13% | 13% |
| Tres o más servicios entregados | 37% | 26% | 25% | 28% |

Finalmente se analizó que tan afiliados están las personas que consumen PBC a servicios públicos y sistemas de representatividad. En cuanto a la salud, ya se analizó en el apartado 4.4.1 la relación de las personas con Fonasa, Isapres y consultorios y se determinó que la afiliación a estas es menor a la que se encuentra en la población general. En cuanto a la afiliación a AFP o ex INP un 82% se encuentra vinculado. Por otro lado, sólo un 73% posee carnet de identidad, lo que es un dato bastante crítico en la medida que este documento habilita a las personas para obtener muchos servicios. A pesar de la evidente situación de precariedad de las personas que consumen PBC, se observa que sólo un 44% tiene ficha de protección social (FPS) y un 20% pertenece a Chile Solidario. Finalmente en cuanto a la inclusión en sistemas de representatividad, sólo 14% votó en las últimas elecciones.

Cuando se diferencia la inclusión civil de acuerdo al sexo, se observa que hay diferencias entre hombres y mujeres respecto a algunos servicios públicos y sistemas de representatividad. El 90% de los hombres tiene AFP en contraste con un 40% de las mujeres. Esto se debe probablemente al tipo de trabajo que han ejercido a lo largo de la vida. Las mujeres por su lado tienen mayores porcentajes que tienen ficha de protección social (64%), que participa de Chile solidario (36%) y que votó en las últimas elecciones (21%).

Tabla 87. Inclusión en sistemas públicos, según sexo



6. Formas de trasgresión a la norma social

Existen distintas maneras de analizar la trasgresión a la norma social en la que podrían incurrir las personas que consumen PBC. La PBC por sí misma es una sustancia ilícita, su porte es considerado una falta por la ley de drogas, y tanto consumir en un lugar público como reunirse a consumir son considerados motivos de detención. Desde ese punto de partida el consumo de PBC por si mismo expone a las personas a situaciones de ilegalidad y trasgresión a la norma. Por otro lado, en el apartado de caracterización se mencionaron las estrategias ilegales y no convencionales de generar ingresos. Esas estrategias también podrían caer en este apartado. Sin embargo en el presente capítulo se profundizará en otros aspectos relacionados con la trasgresión a la norma. Por un lado se analizará la trayectoria de comisión de delitos y contacto con el sistema de justicia de las personas que habitualmente consumen PBC, y por otro lado la exposición a la violencia y la victimización que viven estas personas; que afectan también su calidad de vida.

6.1 Inicio en el delito

Antes de analizar la participación de las personas en distintos delitos durante el último año, es importante destacar ciertos antecedentes que ayudan a comprender de mejor manera las altas tasas de involucramiento delictual de las personas que consumen PBC. Un 71% de las personas que consumen PBC dice haber realizado algún delito durante su vida. La mayor parte de quienes han cometido delitos se inició en el delito antes de los 18 años (14% antes de los 12 y 46% entre los 13 y 18 años). Este dato es relevante, ya que el involucramiento delictual suele ocurrir durante el periodo de la adolescencia y pre adolescencia, y se relaciona con eventos importantes de la historia de vida de los jóvenes. Un dato interesante en esta línea es que un 18% de la población tuvo a alguno de sus padres en la cárcel antes de la mayoría de edad. En este grupo, el porcentaje de personas que ha cometido delitos es de 92%, versus un 66% de los que no tuvieron a sus padres en la cárcel. Por otro lado, en este grupo la edad de inicio del delito es significativamente más temprana. Un 65% se inicia en el delito antes de los 18 años versus un 37% que se inicia en el mismo rango etario entre quienes no tuvieron a sus padres en la cárcel. Por otro lado, un 29% de las personas que consume PBC vivió antes de los 18 años en situación de calle. Entre ellos también existe mayor prevalencia de delito, pues 85% de este grupo ha cometido delitos, y 75% se inició en el delito antes de los 18. Entre quienes no vivieron en situación de calle antes de los 18 hay una menor proporción que ha cometido delitos (66%) y que se inició antes de los 18 (30%).

Tabla 88. Edad de inicio en el delito según situaciones vividas antes de los 18

| | Vivió en la calle | | Padre en la cárcel | |
|--|-------------------|-----|--------------------|-----|
| | Sí | No | Sí | No |
| No ha cometido delitos | 15% | 34% | 8% | 33% |
| Primer delito entre los 6 y 12 | 26% | 4% | 21% | 7% |
| Primer delito entre los 13 y 18 | 49% | 26% | 45% | 30% |
| Primer delito después de los 18 | 11% | 36% | 27% | 29% |

Por otro lado, en general el inicio en consumo de drogas en esta población es anterior al inicio en la comisión de delitos. Un 55% de la población se inició en el consumo de drogas (incluyendo alcohol) antes del primer delito. En el caso del inicio del consumo de pasta base la relación es diferente, un 27% se inició en el delito después de haber consumido pasta base, y un 36% se inició en pasta base después de cometer su primer delito.

Tabla 89. Secuencias de inicio droga delito

| | Todas las drogas | Solo PBC |
|---|------------------|----------|
| Mismo año de inicio | 9% | 8% |
| Inicio en droga antes que delito | 55% | 27% |
| Inicio en droga después que delito | 8% | 36% |
| No comete delito | 29% | 29% |

Estos datos de contexto sirven para entender que el inicio del delito puede obedecer a distintas razones, ya sea estrategias de subsistencia, ya sea por el abandono de los padres y situación de calle, la pertenencia a un grupo en que el delito es una vía convencional para obtener ingresos, y también la necesidad de obtener dinero para sustentar alguna adicción que como se verá en la sección cualitativa, muchas veces se ve motivada por el mismo abandono familiar y situación de soledad. Antes de cumplir los 18 años un 41% de los las personas que consumen PBC ya había sido detenido por algún delito, y luego de los 18 un 56% de los entrevistados pasó al menos una vez por la cárcel.

6.2 Delitos en el último año y atribución al consumo de PBC

Se preguntó a los encuestados respecto a su participación en 9 tipos de delitos. Entre ellos se incluyeron hurtos, robos en lugar habitado y no habitado, robo de/en vehículos, asaltos, agresiones sexuales, lesiones, asesinato y tráfico de droga. Se buscó determinar la prevalencia de vida y año de estos delitos, edad de inicio de los mismos, y si estos eran atribuibles al consumo utilizando el modelo de Goldstein (1985) considerando el mecanismo psicofarmacológico y económico compulsivo. Para medir la atribución se incorporaron las indicaciones de Pernanen, es decir, se controla la declaración de delito adquisitivo con una medida de dependencia y el delito psicofarmacológico con una pregunta contra factual (Pernanen, Brochu, Cousineau, Cournoyer, & Sun, 2000).

Un 45% ha cometido alguno de los delitos del listado durante el último año y sólo el 8% declara haber cometido tres o más de estos delitos en el mismo periodo. El delito más común es el hurto, que fue realizado por más de un tercio de las personas durante el último año y por un 83% del total de los que cometieron delitos en el año. Le sigue a éste el robo en lugar no habitado (10% del total de la muestra y 22% del total que cometió delitos). En tercer lugar se encuentra el tráfico de drogas. Un tercio de las personas que consumen PBC ha estado involucrado en el tráfico al menos una vez en la vida. Robos en vehículos, asalto, lesiones y robo en lugar habitado fueron realizados por menos del 10% de las personas durante el último año. Los delitos menos frecuentes son el asesinato y la agresión sexual.

Tabla 90. Delitos cometidos en la vida y en el último año

| | Cometió delito alguna vez en la vida (N: total muestra) | Cometió delito una vez en el año (N: Total muestra) | Cometió delito una vez en el año (N: total de quienes cometieron delito) |
|----------------------------------|--|--|---|
| Hurto | 63% | 37% | 83% |
| Robo lugar no habitado | 29% | 10% | 22% |
| Trafico de drogas | 28% | 10% | 23% |
| Robo auto | 25% | 7% | 16% |
| Asalto | 20% | 6% | 14% |
| Lesiones | 19% | 7% | 17% |
| Robo lugar habitado | 15% | 5% | 10% |
| Asesinato | 2% | 0% | 0% |
| Agresion sexual | 0% | 0% | 0% |
| Total comete algún delito | 71% | 45% | 100% |

Estos datos nos indican que existe un alto involucramiento delictual en la población que consume PBC, pero que por lo general los delitos en los que se ven involucrados son delitos menores, como robos que no implican violencia contra personas y el tráfico de drogas.

Con respecto al último delito, se buscó determinar el porcentaje de personas que atribuyen la comisión del mismo al consumo de PBC. Se realizaron una serie de preguntas para diferenciar la relación entre el consumo de drogas y delito en específico utilizando la tipología de Goldstein, que diferencia entre delitos con motivación adquisitiva (es decir, cuya motivación principal es conseguir medios para sustentar la adicción), y delitos psicofarmacológicos (cuya motivación viene dada por los efectos biológicos de las drogas) (Golstein, 1985). La tabla 91 presenta el porcentaje de atribución por tipo de delito. Este porcentaje se obtiene del total de personas que cometieron el delito en los últimos 12 meses. En general se observa que la motivación adquisitiva es más importante que la conexión psicofarmacológica. Del total de personas que cometieron delitos no violentos⁴⁵ (hurto, robo en lugar no habitado y robo de vehículos) un 86% señala que lo hizo para comprar drogas. El porcentaje que señala que lo hizo bajo los efectos de la droga y no lo hubiera hecho en caso contrario es de 43%. En el caso de delitos violentos⁴⁶ (robo en lugar habitado, asaltos y lesiones), el 66% de ellos fueron realizados para comprar droga, y un 45% bajo los efectos de las drogas. En el caso del tráfico, la motivación de la mayoría de quienes lo han hecho es obtener medios para PBC. En general, del total de las personas que cometieron algún delito el último año (45% de la población que consume de PBC), un 88% señala que lo hizo para comprar PBC y el 53% señala que lo hizo porque estaba bajo los efectos de la PBC.

⁴⁵ El 40% de la población cometió delitos de robo no violento. Esto equivale a 172 casos.

⁴⁶ El 15% de la población cometió delitos violentos. Esto equivale a 68 casos.

Tabla 91. Atribución según tipo de delito

| | Psicofarmacológico⁴⁷ | Económico-compulsivo⁴⁸ |
|-----------------------------------|--|--|
| Hurto (n=166) | 35% | 84% |
| Robo lugar no habitado (n=47) | 55% | 97% |
| Robo auto (n=33) | 26% | 86% |
| Delito no violento (n=172) | 43% | 86% |
| Robo lugar habitado (n=23) | 31% | 97% |
| Asaltos (n=32) | 68% | 89% |
| Lesiones (n=36) | 23% | 28% |
| Delito violento (n=68) | 45% | 66% |
| Tráfico (n=42) | 49% | 89% |
| Total (n=193) | 53% | 88% |

En este sentido, se puede concluir que la necesidad de sustentar un hábito de adicción es una motivación importante para verse involucrado en distintos tipos de delitos, sobre todo robos no violentos que son los delitos más comunes y con mayores porcentajes de atribución económica compulsiva.

6.2 Victimización y violencia

Interesó indagar en este estudio la exposición a la violencia y la victimización que sufren las personas que consumen PBC. Así como se observa una alta participación en delitos, principalmente motivados por la necesidad de sustentar una adicción, las personas que consumen PBC también son vulnerables a ser víctimas de delitos y de violencia. Esto debido a que muchos habitan en contextos sociales totalmente desprotegidos (como la habitabilidad de calle), por el mismo hecho de que existe un compromiso delictual que los expone a mas violencia y también a la estigmatización de la cual son blanco en barrios y vecindarios. Como se presenta en la tabla 92, una de cada dos personas que consumen PBC ha sido víctima de maltratos e insultos, dos de cada cinco han sido víctimas de agresiones y golpes y la misma proporción ha sido víctima de robos. En general son las mujeres las más vulnerables, replicándose lo que se observa en el resto de los apartados. Entre ellas se concentran mayores porcentajes de victimas de maltratos, agresiones y violencia sexual.

⁴⁷ Índice se construye mediante dos preguntas, la VIC10 "la última vez que lo hizo, lo hizo bajo los efectos de la PBC" y VIC11 "lo hubiera hecho si no hubiera estado bajo los efectos de la PBC". Si la persona estaba bajo los efectos de la PBC y declara que no lo hubiera hecho si no hubiera consumido califica como delito psicofarmacológico.

⁴⁸ Índice se construye a partir de pregunta VIC12 "lo hizo para comprar PBC" mas la medida de dependencia. En esta muestra todos son dependientes o abusan de la PBC por lo que sólo contestar si en VIC12 califica los delitos como económico-compulsivos.

Tabla 92. Porcentaje que ha sido víctima de siguientes situaciones en los últimos 12 meses

| | Hombre | Mujer | Total |
|-----------------------------|--------|-------|-------|
| Maltratos e Insultos | 47% | 62% | 49% |
| Robos | 39% | 35% | 38% |
| Agresiones y golpes | 38% | 62% | 42% |
| Violencia sexual | 0% | 4% | 1% |

Estas afrentas no son cometidas en todos los casos por desconocidos. En el caso de los robos un 12% señala que es un familiar o conyugue quien le robó, un 12% señala que fue algún amigo y un 5% señala que fue un conocido o vecino. En el caso de las agresiones sólo en la mitad de los casos es un desconocido quien las perpetra. Un 25% de las agresiones se da entre conyugues y familia, un 7% entre amigos y un 8% por carabineros y un 6% por conocidos o vecinos. Finalmente en el caso de los maltratos e insultos, un 27% proviene de familia o conyugue, un 20% por conocidos y vecinos y sólo un 40% por desconocidos.

En total es un 70% del total de las personas que consumen habitualmente PBC las que han experimentado alguna de estas situaciones, y un 59% ha experimentado alguna de las que se consideran delito (robos, agresiones y violencia sexual). Se preguntó a las personas si alguna de estas situaciones había ocurrido mientras estaba bajo los efectos de la PBC, y un 69% respondió afirmativamente. Esta cifra entrega una aproximación a un segundo tipo de delito psicofarmacológico señalado por Golstein, que refiere justamente a los delitos facilitados por el estado de intoxicación de la víctima (Golstein, 1985).

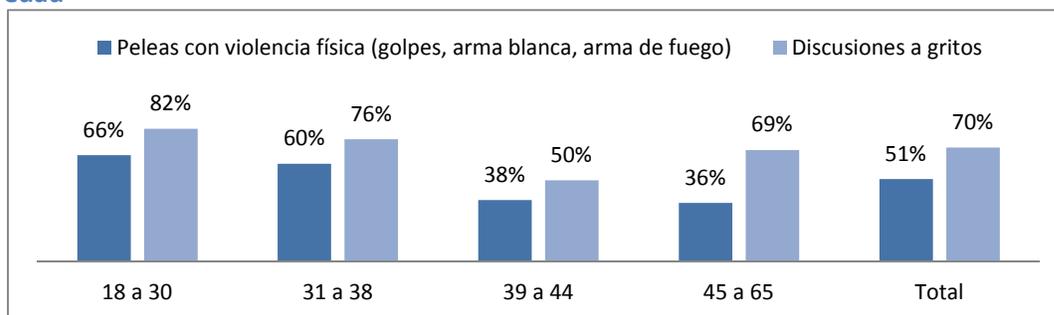
Otra aproximación para indagar respecto a la exposición a la violencia que viven las personas que consumen habitualmente PBC, fue la participación de los mismos en altercados con distintos niveles de violencia. En general, existe una altísima participación en encuentros y discusiones violentas con otras personas. El 70% declara haberse visto involucrado durante el último año en discusiones a gritos y el 51% declara haberse visto involucrado en peleas con violencia física (golpes, arma blanca, arma de fuego). Observando en detalle, se puede ver que entre las mujeres existe una mayor proporción que entre los hombres en la participación en discusiones a gritos y peleas a golpes. Las peleas con arma blanca y con arma de fuego son menos frecuentes, pero aún así uno de cada cinco y uno de cada diez respectivamente se ha visto involucrado en este tipo de altercados.

Tabla 93. Porcentaje que participa en altercados según sexo

| | Hombre | Mujer | Total |
|---------------------------------|--------|-------|-------|
| Discusiones a gritos | 68% | 84% | 70% |
| Peleas a golpes | 48% | 56% | 49% |
| Peleas con arma blanca | 18% | 17% | 18% |
| Peleas con arma de fuego | 11% | 7% | 10% |

En general, existe una diferencia significativa en la participación en altercados por edad. Los jóvenes participan en mayor medida, tanto en peleas con violencia física como en discusiones a gritos, repitiéndose el patrón visto en otras secciones.

Tabla 94. Porcentaje que participa en peleas con violencia física y discusiones a gritos según edad



Al igual que en el caso de los delitos y maltratos perpetrados en contra de los entrevistados, los altercados se dan en la mitad de los casos o más entre conocidos. En el caso de las discusiones a gritos un 31% se da con desconocidos, un 24% con familiares o conyugue, un 20% con conocidos o vecinos y un 14% con amigos. El 8% restante se da con carabineros, traficantes u otros. Las peleas a golpes en la mitad de los casos son con desconocidos, pero un 19% se da entre la familia, luego un 14% con conocidos y vecinos y un 13% entre amigos. En el caso de las peleas con arma de fuego, se da algo similar. Un 46% es con desconocidos, un 15% entre la familia, un 14% con conocidos o vecinos y un 13% con amigos. Es importante destacar que un 63% de las personas señala que alguno de estos altercados sucedió cuando se encontraba bajo los efectos de la PBC.

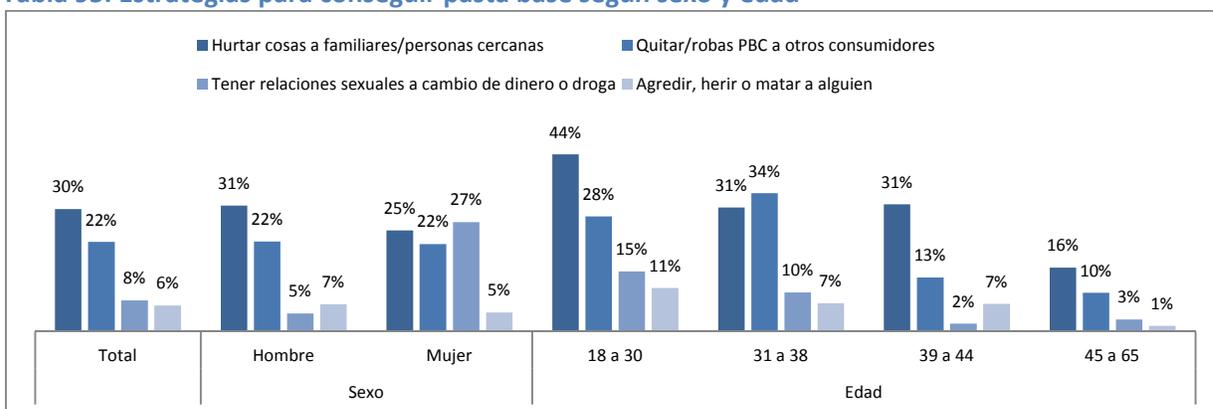
6.3 Estrategias para conseguir pasta base

Otra aproximación a la trasgresión a la norma y a su relación con el consumo de PBC son las estrategias ilícitas o no convencionales que han utilizado las personas para conseguir la sustancia. Se preguntó a los entrevistados si habían tenido que hacer durante los últimos 12 meses una serie de acciones para obtener pasta base. Entre ellas estaba robar a familiares o conocidos, tener relaciones sexuales por pasta base o dinero para comprarla, quitar o robar droga a otras personas que consumen, y agredir, matar o herir a alguien para obtener pasta base. En general, lo más común es el robo a personas cercanas. Un 30% de la muestra declara haber realizado esta actividad. Esto seguido de quitar pasta base a otras personas que consumen, que fue realizado por el 22% de las personas. En tercer lugar se encuentra la prostitución por droga, con un 8% de los entrevistados que declara haberlo realizado y finalmente las agresiones con un 6%.

La única diferencia significativa al comparar grupos por sexo tiene que ver con la prostitución. Principalmente las mujeres realizan en mayor proporción la prostitución para obtener drogas (27% versus 5% los hombres). Por tramos de edad existen diferencias relevantes en cuanto a la

prostitución, las quitadas de droga y el robo a familiares. En general el hurto a familiares es realizado en mayor proporción entre los jóvenes (44%) mientras que sólo un 16% de los mayores de 45 años declara haberlo realizado. En cuanto a quitar droga a otras personas que consumen, entre los mayores de 45, sólo un 10% declaró haber realizado esa acción.

Tabla 95. Estrategias para conseguir pasta base según sexo y edad



En general, es posible ver que entre las personas que consumen PBC habitualmente existe una alta participación en delitos y altercados. Aunque no es posible establecer causalidad entre el consumo y estos hechos, la mayoría declara que los delitos fueron cometidos para obtener PBC y que los altercados ocurrieron mientras estaban bajo los efectos de la PBC. Por otro lado, existe un porcentaje importante que incurre en estrategias transgresivas para conseguir droga. En general estas conductas se dan con mayor probabilidad entre los jóvenes. Entre ellos se ve mayor involucramiento en delitos, riñas violentas y estrategias transgresivas para conseguir PBC. Sin embargo, las personas que consumen PBC no solo perpetran algunos delitos, sino que también son altamente vulnerables a ser victimizadas. Un grupo importante fue robado, maltratado y agredido durante los últimos 12 meses. Estos hechos suceden también cuando las personas están bajo los efectos de la droga. A pesar de que pareciera que están claras las conexiones entre delito, victimización y consumo, no se debe subestimar el rol del contexto social. En varios casos la violencia y el maltrato se da entre personas familiares y cercanas. Además, un número importante proviene de familias en donde existe involucramiento delictual por parte de padres, lo que explica el alto porcentaje de conflictividad y delito por la pertenencia en algunos casos a una subcultura en donde el delito y la violencia se encuentran normalizados. Por otro lado, se ha visto en otros apartados que en esta población existen contextos de abandono total por parte de la familia, bajo nivel educacional y escaso acceso a trabajos convencionales. De esta manera la trasgresión a la norma se vuelve una vía de supervivencia para la población que consume PBC. Este apartado aporta a comprender algunas de las consecuencias sociales que podrían adjudicarse al consumo de PBC, como lo es el delito y la violencia, sin embargo no se debe olvidar que estos fenómenos

son complejos, por lo que no se puede reducir su explicación a una sola variable (en este caso el consumo de PBC).

IV. RESULTADOS ANÁLISIS CUALITATIVO: ENTREVISTAS a PERSONAS que CONSUMEN PASTA BASE de FORMA HABITUAL en la REGIÓN METROPOLITANA

A continuación presentamos los resultados del análisis cualitativo, elaborado a partir de trece entrevistas semi-estructuradas realizadas a personas que consumen PBC de forma habitual en la Región Metropolitana. Dicho análisis fue realizado de forma paralela al análisis cuantitativo del Cuestionario y el MINI Mental —principales fuentes de información y foco de esta investigación— y su objetivo general era conocer en profundidad las trayectorias de consumo de ésta población, indagando principalmente en los aspectos relacionados con el contexto y la dinámica de consumo.

1. Metodología y selección de casos

Durante un mes, del 07 de Junio al 11 de Julio, se realizaron trece entrevistas semi-estructuradas en las mismas sedes dónde se aplicó el Cuestionario y el MINI Mental, con base en el muestreo basado en el entrevistado generado por la metodología RDS. Los entrevistados fueron contactados y entrevistados por la coordinadora de terreno en la segunda visita que éstos realizaron a la sede, al momento de ir a retirar sus incentivos secundarios por participar como reclutadores de nuevos encuestados para la parte cuantitativa del estudio. Como incentivo para participar de la entrevista se les ofreció alimentación —desayuno, almuerzo u once dependiendo del momento del día— durante la realización de la misma.

En la selección de casos se consideró principalmente la buena disposición de los encuestados hacia la entrevista —que quisieran participar de la misma y que tuviesen tiempo suficiente para realizarla— así como los criterios mínimos de segmentación planteados en la propuesta cualitativa, a saber:

- Sexo
- Edad
- Nivel Educativo
- Paso por el Sistema Penal
- Paso por Proceso de Rehabilitación

Dichos criterios fueron considerados como variables relevantes en la selección de casos, con el fin de obtener trayectorias de consumo de distintos perfiles de personas que consumen PBC, pero no como criterios estrictos de segmentación, debido a que el interés de esta etapa cualitativa era profundizar en las trayectorias de consumo relevadas por la encuesta, y no el generar un marco de sentido representativo de la población estudiada. Cabe decir también que otros criterios que no fueron inicialmente considerados para la segmentación y selección de casos —como por ej. ocupación o lugar de residencia— presentaron una variabilidad bastante interesante a ser considerada posteriormente dentro del análisis.

Considerando lo anterior, cabe decir que se entrevistó en total a ocho hombres y cinco mujeres; de los cuáles cuatro pasaron parte de o toda su infancia en un hogar de menores, cuatro estuvieron presos, y siete realizaron procesos parciales o completos de rehabilitación. Respecto al nivel educacional de los entrevistados; una nunca fue al colegio, dos tienen educación básica incompleta, una tiene educación básica completa, cinco tienen educación media incompleta y cuatro tienen educación media completa. Respecto a los rangos de edad, si bien en la propuesta cualitativa se planteó entrevistar a cuatro personas por cada rango, en la práctica fue muy difícil acceder a los menores de 26 años —porque los encuestados de este rango en general no se presentaron a retirar sus incentivos secundarios o porque al momento de solicitar la entrevista estos en general no tenían tan buena disposición como las personas mayores— por lo que se realizaron más entrevistas a personas pertenecientes a rangos de mayor edad, quedando segmentados finalmente como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 96. Entrevistas parte Cualitativa

| RANGO EDAD | EDAD y COMUNA ENTREVISTA | SEXO | Nivel Educativo | Ocupación | Paso por hogar de menores | Paso por la cárcel | Proceso de rehabilitación (numero de procesos) |
|-------------------------------|--------------------------------|----------|-------------------------|---|---------------------------------|-----------------------|---|
| 18-26 | Ee., 23 años, Santiago | Hombre | 2° Medio | Junior | No | No | No |
| | Ff., 25 años, Santiago | Hombre | 2° medio | Ladrón y lanza internacional | Sí | Sí | No |
| 27-39 | Mm., 28 años, Puente Alto | Mujer | 2° Medio | Ladrona, prostituta, artesana | No | Sí | Sí (2) |
| | Bb., 29 años, Huechuraba | Mujer | 7° Básico | Prostituta y feriante | Sí | Sí | Sí (2) |
| | Jj., 32 años, Santiago | Hombre | 3° Medio | Obrero no calificado y feriante | No | No | No |
| 40 o > | Yy., 36 años, Puente Alto | Mujer | 4° Medio | Manipuladora de alimentos | No | No | Sí (1) |
| | Cc., 37 años, Santiago | Hombre | 4° Medio | Maestro soldador | Sí | Sí | Sí (1) |
| | Aa., 38 años, Santiago | Hombre | 4° Medio | Traficante ("piloto") | No | No | Sí (4) |
| | Oo., 43 años, Huechuraba | Mujer | Nunca fue al colegio | Empleada doméstica | Sí | No | Sí (1) |
| | Gg., 47 años, Santiago | Mujer | 8° Básico | Ex - traficante, obrero no calificada | No | No | No |
| | Ll1., 49 años, Huechuraba | Hombre | 4° Medio | Obrero no calificado | No | No | No |
| | Ll2., 49 años, Santiago | Hombre | 4° Básico | Cuidador de autos y maestro constructor | No | No | No |
| Ll3., 51 años, Puente Alto | Hombre | 1° Medio | Vendedor ambulante | No | No | Sí (3) | |

2. Trayectorias de vida: Método de análisis de las entrevistas

Si bien en la propuesta cualitativa se planteó realizar el análisis sobre matrices de vaciado, dada la riqueza y los detalles presentes en las historias de vida de los entrevistados, finalmente se decidió trabajar con las transcripciones completas en el software de análisis cualitativo Atlas Ti 6.2. Dicha riqueza refiere a información presente en las narraciones de los entrevistados, que si bien no fue recogida explícitamente por la pauta de entrevista, permite comprender mejor las situaciones de vida que los llevaron en algún punto de su biografía al consumo problemático de PBC y otras sustancias.

Se trabajó con entrevistas semi-estructuradas, las que fueron codificadas en un nivel textual y conceptual, para generar una agrupación de citas y un análisis coherente con los objetivos específicos planteados en la propuesta cualitativa. Ahora bien, el enfoque metodológico de análisis cualitativo que se utilizó para abordar dicho tratamiento y la concomitante presentación de resultados, fue el de las trayectorias de vida.

La perspectiva de análisis que ofrecen las trayectorias de vida, considera las narraciones generadas por los entrevistados —las historias de vida— como un relato individual cuya trama común es una cierta condición sociocultural o un periodo mayor de la historia en la que éstos se hayan insertos. Luego, en tanto perspectiva metodológica, el análisis de trayectorias nos permite acceder a través del relato biográfico de una vida individual a la vida socio-cultural mayor de un grupo social determinado, así como a los macro-procesos históricos que este vive en determinado momento. En nuestro caso particular de estudio, no fue posible generar historias de vida propiamente tal, debido a que utilizamos una pauta de entrevista semi-estructurada que no permite generar demasiada profundidad en los relatos biográficos, y a que las características biopsicosociales de los entrevistados impidieron realizar entrevistas completas y más de una entrevista con cada uno de ellos⁴⁹. Ahora bien, como lo que nos interesa del análisis de trayectorias es el enfoque biográfico de análisis que permite, a pesar de todas las limitantes señaladas, cada entrevista recibió el tratamiento analítico de una “historia de vida”, para acceder de este modo al relato mayor de las trayectorias de consumo de las personas que consumen pasta base de forma habitual en la Región Metropolitana.

En este enfoque de análisis, se vuelven muy importantes los hitos que van apareciendo en las narraciones de los entrevistados, así como los ejes de sentido que los articulan:

- Los **hitos** son hechos acontecidos en la vida de una persona que marcan su vida y por lo tanto se constituyen en el relato como referencias significativas. Son hechos discretos, con fecha de inicio y de término pero con implicancias que van mucho más allá del mismo. Esto quiere decir que en tanto hitos, estos hechos están conectados a otros hechos o situaciones menores que son desencadenados por este hecho fundamental, siendo el punto de partida de diferentes momentos en el relato (Osorio, 2008). Por esta misma razón hay muchos ejes de sentido que comienzan con un hito, pero también hay otros que no y son transversales a todo el relato. Luego, estos hechos son los que “obligan” el sentido de la vida de una persona, desencadenando su historia de vida tal cual y como se dio. Los hitos se constituyen así como los hechos fundantes y significativos del relato, constituyendo el esqueleto esencial de las narraciones. En nuestro caso particular de estudio y análisis, consideraremos con especial atención aquellos hitos desencadenantes de las trayectorias de consumo de los entrevistados.
- Los **ejes de sentido** son ejes discursivos; dimensiones de sentido que se van desplegando en la narración como principios de articulación del relato. Esto es fundamental, pues todo relato

⁴⁹ Ver sub-apartado N° 3. “Consideraciones sobre la población y realización de las entrevistas: terreno”

del pasado es construido desde el presente de la persona que relata. En consecuencia, en la narración la persona emerge como dos sujetos diferentes y en tensión: aquel que narra la historia desde el presente o el sujeto de enunciación (las personas que consumen PBC en el presente y que tienen una dependencia con respecto a esta sustancia), y aquel que aparece como personaje en el relato; es el “yo” del sujeto de enunciación pero construido en el pasado desde el presente; el sujeto enunciado (las personas que consumen PBC cuando eran niños inocentes, cuando eran adolescentes que empezaron a consumir sustancias psicoactivas de forma recreativa y experimental, cuando se reconocieron como adictos a la PBC, etc.) (Osorio, 2008). Las personas que consumen PBC entrevistadas —en tanto sujetos de enunciación— generan reflexiones acerca del recorrido de sus vidas y sus trayectorias individuales de consumo desde el presente, por lo que el pasado cobra un significado nuevo a partir de las mismas.

Ahora bien, es muy importante señalar que en rigor e independientemente del material recogido —si fue sólo una entrevista semi-estructurada, una entrevista en profundidad o varias entrevistas biográficas que permitieron construir una historia de vida propiamente tal— la vida de una persona no es sólo irrecuperable sino que también irreproducible, por lo que el análisis de trayectorias es siempre parcial. Es en este sentido en que cabe señalar que “la verdad” del discurso social contenido en las representaciones individuales de la memoria de nuestros entrevistados no es relevante *per sé*, sino que en su significación social mayor: *“La historia de vida nunca se recopila, siempre se inventa. La inventa el que la cuenta y la reinventa el que la escucha: ambos interpretan. Quien habla de sí mismo construye una imagen, una imagen de sí, una imagen de familia; escoge algunos recuerdos y desecha otros, selecciona y olvida”* (Piña, 1988, citado en: (Márquez, 1999))

3. Consideraciones sobre la población y realización de las entrevistas: terreno

Como se señaló arriba, en el siguiente análisis se utilizó el enfoque metodológico de las trayectorias de vida, para poder ligar los hechos vividos y los sentidos individuales expresados por cada uno de los entrevistados, con el cuadro mayor de las trayectorias de consumo de los usuarios habituales de PBC de la Región Metropolitana. Ahora bien, dicho enfoque considera la realización de entrevistas en profundidad en al menos dos ocasiones con los entrevistados, para poder reconstruir el relato de sus historias de vida primero, para luego cruzarlas y generar el análisis de trayectorias final. En nuestro caso de estudio, considerando las características biopsicosociales de la población estudiada y las condiciones contextuales en que se realizó la mayor parte de las entrevistas, esto no fue posible.

En primer lugar, se utilizaron entrevistas semi-estructuradas y no entrevistas en profundidad para tratar de abarcar la mayor cantidad de temas en la menor cantidad de tiempo, pero a pesar de ello sucedió que algunos entrevistados decidieron retirarse antes o saltarse módulos completos de la entrevista; debido al dolor emocional o la molestia que les producían algunas preguntas, o al cansancio o angustia general que implicaba la experiencia de entrevista. En segundo lugar, hay que destacar la dificultad para conversar con algunos de ellos, porque al momento de la entrevista se encontraban en evidente estado de alteración emocional o porque tenían dificultad para concentrarse o recordar algunos hechos puntuales de su vida. Ambos elementos produjeron que con algunos entrevistados no fuese posible desarrollar una entrevista completa⁵⁰, en lo que refiere

⁵⁰ Ver nota al pie N° 1

a los objetivos específicos de la propuesta cualitativa y a los niveles de profundidad requeridos por un análisis de trayectorias cabal. Además, si bien en un inicio se consideró la posibilidad de recuperar la información de las entrevistas inconclusas con una segunda entrevista, ninguno de los entrevistados citados se presentó a dicha segunda instancia.

Ahora bien, más allá de estas dificultades a considerar en la profundidad y validez de la información complementaria que aportan las entrevistas a la fuente de información principal entregada por la metodología cuantitativa que era el foco de esta investigación; cabe destacar las relaciones humanas generadas con los encuestados y entrevistados durante todo el proceso de trabajo en terreno, como un elemento adicional de construcción y validación de la información recogida por las mismas.

El trabajo en terreno que sostiene el análisis cualitativo tuvo una duración total de 4 meses, y fue definido por la presencia continua de la coordinadora de terreno/entrevistadora y los encuestadores en cada una de las tres sedes en dónde se estableció el estudio. Luego, además de las trece entrevistas semi-estructuradas en que se basa específicamente el siguiente análisis, se generaron muchísimas entrevistas informales y conversaciones de sala de espera (Álvarez Pedrosian, 2013; citado en: Rossal, M.; Suarez, H. et al. 2014:61) entre la coordinadora, los encuestadores y los usuarios de PBC participantes del estudio; que si bien no fueron registradas, aportaron densidad a las historias de vida “oficialmente” recogidas en las entrevistas. Dicha densidad se fundamenta en las relaciones de confianza generadas en la sala de espera —un pasillo, un patio o la misma calle— a partir de la empatía mostrada por el equipo de investigación con las vivencias y problemáticas cotidianas de las personas que consumen PBC participantes en el estudio (muchas de ellas consideradas ilegales, inmorales o desviadas por la sociedad), y del agradecimiento de los propios participantes hacia el ambiente de acogida y aceptación “extra-científico” generado por el equipo durante todo el desarrollo del terreno.

Lo anterior se hizo explícito en la entrega del desayuno o almuerzo que acompañaba el desarrollo de la entrevista, que si bien fue bien recibido por los entrevistados, no fue considerado como un “incentivo” propiamente tal para participar de la entrevista, pues la mayor parte de ellos señaló que se decidió participar —además— como entrevistado, como una forma de “agradecimiento” o para “seguir colaborando” con el equipo de estudio, por su buena disposición y acogida hacia ellos como población de estudio y seres humanos. Esto se explica porque para muchos de nuestros encuestados y entrevistados, la instancia misma de la encuesta o entrevista, el cafecito y la colación en la sala de espera, o la sonrisa amable del encuestador y el abrazo final de despedida, fueron significados como una ayuda en sí misma; como un espacio de acogida por parte de la sociedad a su vivencia cotidiana del consumo problemático de PBC. Ahora bien, algunos entrevistados decidieron participar de esta instancia porque consideraron su participación en la entrevista como un momento más propicio que el de la encuesta para pedir ayuda al equipo de investigación para salir del círculo vicioso de la PBC, más allá del aporte que estos podían hacer o no al estudio en general.

«E: Doña Oo., y usted ¿qué momentos del día elige para consumir? ¿El momento que sea, cuando tiene plata, cómo...?»

Oo: No, si lo único, mira, yo lo único que quiero es salir de esta cuestión, quiero salirme, no quiero seguir más, no quiero saber más de la droga, nada, quiero salir de esto.

E: ¿No quiere que sigamos conversando?

Oo: No, porque más encima me siento como... lo único que yo le quiero pedir un favor, no sé, que usted me ayude, por lo menos que sea con mis hijos, con mi hijo que tiene quince años, él me pidió que yo hiciera esto, me dijo “mamá acércate a ver alguna persona que

te ayude. Dile a esa persona que te busque un lugar, donde sea, pero quiero que salgai de aquí”»

La impresión general que dejó esta etapa cualitativa en el equipo de investigación, es que efectivamente muchos encuestados necesitaban hablar de estos temas con alguien, y deseaban contribuir al éxito de la investigación —en lo que refiere a profundizar el conocimiento sobre la población de personas que consumen PBC de forma habitual en nuestro país— tanto para ayudarse a sí mismos como a sus pares en consumo problemático de PBC y otras sustancias; a través de compartir su experiencia individual de vida para el establecimiento de mejores políticas públicas de prevención, tratamiento y rehabilitación desde el Estado (Cfr. Rossal, M.; Suarez, H. et al., 2014:61-65).

En definitiva, se puede decir que las relaciones humanas de confianza y afabilidad generadas por el equipo de investigación durante todo el terreno, contribuyeron a la obtención de información fiable y relevante para los objetivos específicos propuestos para esta etapa cualitativa.

4. Análisis de las entrevistas

El siguiente análisis se estructura en torno a los objetivos específicos planteados en la propuesta cualitativa, y en ningún caso puede ser considerado como una descripción cabal del universo de sentido de las personas que consumen PBC en la Región Metropolitana, ni tampoco como una descripción cualitativa representativa de la muestra de 409 encuestados que logró recabar este estudio; sino tan solo como una profundización de las temáticas abordadas por los instrumentos cuantitativos que eran el foco de esta investigación, a partir de trece biografías individuales/parciales y su consecuente análisis de trayectorias, recabadas de forma complementaria a dicho enfoque cuantitativo principal.

El principal foco de análisis como se señaló más arriba, son los hitos y los ejes de sentido presentes en cada uno de los relatos biográficos, que al ser considerados como un todo y desde su significación social, permiten descubrir coincidencias relevantes en las trayectorias de consumo de los diferentes entrevistados, que nos permiten hablar de las trayectorias de consumo presentes en la Región Metropolitana.

4.1. Trayectorias de consumo, y el papel específico de la PBC dentro de estas

4.1.1. Contexto familiar en la infancia y la adolescencia:

Entre nuestros entrevistados hay personas de distinta condición social; algunos de ellos se criaron en centros de acogida de menores luego de una primera infancia caracterizada por una continua vulneración de derechos; otros se criaron con su familia en contextos de pobreza material y alta vulnerabilidad social relacionada o no al consumo problemático de sustancias; otros se criaron con sus familias en un contexto socioeconómico de clase media-baja pero amoroso y de apego sin ninguna vinculación al consumo de sustancias; y otros se criaron con sus familias en un contexto socioeconómico medio-alto sin ninguna vinculación al consumo de sustancias pero emocionalmente disfuncional. Luego, se puede decir que en las narraciones de nuestros entrevistados, no hay nada que permita establecer una relación causal entre cierto tipo de infancia y adolescencia y una tendencia hacia el consumo problemático de sustancias.

Pese a lo anterior, es de relevancia notar algunas coincidencias, como que la mayoría de nuestros entrevistados se crio sin su padre (7/13), sin su madre (1/13) o sin ninguno de los dos (3/13). Dicho

abandono sufrido generalmente en la infancia —debido a la muerte o abandono permanente de los progenitores, o a una ausencia simbólica debida a la separación sentimental de los padres o al encarcelamiento de uno de ellos— estructura la narración de estos entrevistados de forma transversal en torno a un eje sentido que podríamos llamar el abandono.

“Yo soy ya de una familia eeehh... media disfuncional, porque mi mamá se embarazó de mi cuando estaba en tercero de humanidades, mi abuelo la echó de la casa. Mi papá, el que en ese momento era su pareja, se fue al servicio; mi mamá quedó sola, se tuvo que poner a trabajar de empleada puertas adentro en una mueblería, ahí en Av. La Marina con Av. La Feria, sector de La Victoria por ahí y... conoce a otro tipo con el cual se casa cuando yo tenía aproximadamente 2 años... y tienen una hija... la Kk. Al cabo como de un año, como cuando yo tenía como 3 años nos fuimos a vivir a un campamento eeehh ahí en La Castrina... Mi mamá después de su tercer hijo con este tipo se separa y queda sola con cuatro hijos ¿cachai? Yo a esa edad ya tenía como 5 años... Crisis de los 80, año 82, mi mamá toma la decisión de internarme” (Hombre 37 años, Santiago)

“Mamá comerciante de persa, ferias libres, y papá ehh... nunca supe en qué trabajo, ¿cachai?, era un papá ausente, aparecía una vez al mes, dos veces al mes, cada tres meses, porque era casao (...) con otra señora, pero yo soy hijo de él no más, mi mamá ya tenía a mis dos hermanas cuando conoció a mi viejo, y ahí nací yo, o sea, soy hermanastro no más, por parte de mamá no más, por parte de papá no soy” (Hombre 32 años, Santiago)

“Nací en Osorno, después teníamos como, bueno lo que yo recuerdo, como de los tres años en adelante nos fuimos a vivir a Valdivia, y me acuerdo yo que vivía con mis abuelos (... porque mis papás) eran mecheros, pero igual... claro, y dentro de esa misma época, que yo me acuerdo que después tenía como 5 años cuando yo iba a ver a mi papá que estaba preso, pero yo lo que me acuerdo es que tenía que... lo que más me gustaba era ir a, bueno aparte de ir a ver a mi papá porque yo lo amaba, que me gustaba que me atravesaban en un bote, y eso po. Y mi mamá a veces me atravesaba y yo me iba sola a verlo porque como estaba mi hermana chiquitita y mi hermano (...)” (Mujer 47 años, Santiago)

Es relevante notar también que la cifra de encuestados que se crio con personas que no eran sus progenitores (41,1%) o que tuvo un progenitor que se fue de la casa (46%) es muy alta y concordante con dicha interpretación cualitativa; lo que nos permite inferir que más que el contexto socio-económico en particular, es la solidez de la estructura familiar la que influye en la posibilidad de generar una trayectoria de vida que derive en una de consumo problemático.

Cabe destacar también que hay otras coincidencias entre las distintas trayectorias, que se podrían definir como un contexto de vulnerabilidad social que propicia el acercamiento de los entrevistados al mundo del consumo problemático desde la primera infancia. Dentro de las historias de vida recopiladas, en al menos siete existe un progenitor o hermano mayor en consumo problemático de alcohol (3/13) y/o drogas (4/13); en al menos ocho los entrevistados pasaron parte de o toda su infancia dentro de un barrio o población donde el consumo y/o tráfico de sustancias era algo normal (8/13); y en al menos seis estos viven situaciones de violencia intrafamiliar antes de los 18 años (6/13). En este contexto, el consumo problemático de sustancias —tanto en lo que refiere a sus efectos físicos como psicológicos y sociales— no hace más que profundizar y reproducir dicho contexto de vulnerabilidad social en que los entrevistados se desenvuelven y se desarrollan como personas.

Existen también dos casos extremos de vulneración de derechos en la infancia entre nuestros entrevistados, uno con abuso sexual intra-familiar sistemático que deriva en la institucionalización en el SENAME, y otro de prostitución y drogadicción infantil. Si bien ambos casos son únicos y no permiten hacer mayores inferencias sobre las trayectorias de consumo en general, nos permiten

ver el tipo de sufrimiento con que cargan muchas de las personas que consumen PBC; sufrimientos que se constituyen como un tamiz general de sentido para estructurar y narrar las historias de vida sobre las que se estructura este análisis:

“Lo primero que probé fue el neopren. Y a los 11 años, a los 12 años empecé a prostituirme, a los 13 años eehh... conocí al padre de mis hijos (...) Después empecé yo a sentirle el gustito a la plata, ¿me entendis? Empecé a salir, ahí a los PUB's. Como yo siempre he sido grande, no representaba la edad que yo tenía, y ahí empecé (...) a trabajar en los topless, después pasé a trabajar en el casino —porque yo soy de Iquique a todo esto— y me paraba afuera del casino, en el estacionamiento, nosotras ahí nos parábamos, y así empecé a trabajar la noche. Pero nadie sabía la edad que tenía, y empecé a trabajar, a trabajar... y el papá de mis hijos tampoco sabía; él creía que yo trabajaba de garzona en la noche” (Mujer 29 años, Huechuraba)

“Mi papá se echó a perder, se echó a perder, se echó a perder caleta. Empezó a tomar, se inyectaba. También él hacía la cocaína... ¡de todo! De todo tipo. Y ahí mi papá, nunca les pegaba a mis dos hermanos, a los dos nunca les pegaba. Me pegaba más a mí (...) No sé por qué me agarró más a mí que a mis otros dos. No sé, yo no entiendo. Y ahí mi papá nos cuidó a nosotros (...) A los seis años después, mi papá me violó. Me violó más a mí que a mi hermana. Después vinieron los carabineros, fueron al SENAME, y nos internaron a nosotros. Y estuvimos los tres hermanos internados. Un hogar primero, el Hogar de Cristo; después a mí me separaron de mis hermanos. Me separaron... porque, yo era muy nerviosa, yo les pegaba a mis hermanos. Yo les pegaba, les pegaba, les pegaba... y a mí me tenían con remedios, a mí me daban Diazepan” (Mujer 47 años, Huechuraba)

4.1.2. Inicio del consumo de sustancias psicoactivas:

En lo que refiere al inicio del consumo de alcohol y drogas, nuestros entrevistados presentan trayectorias disímiles, pues algunos se criaron en un contexto familiar y/o social de consumo problemático y otros fueron los primeros de su familia en consumir sustancias psicoactivas, pero en general, se podría decir que las historias de vida recopiladas se dividen en dos grandes grupos: 1. Aquellos que inician un consumo recreativo/experimental de sustancias en la pre-adolescencia o adolescencia que se vuelve problemático un tiempo después; y 2. Aquellos que inician un consumo de sustancias problemático desde el comienzo, independientemente de la edad de inicio. La diferencia entre el primer grupo y el último, además del acercamiento con respecto al consumo de sustancias, tiene que ver con el tipo de sustancias con que inician su consumo.

En el caso del grupo que se inicia con el consumo recreativo y experimental de sustancias, el inicio del consumo siempre es con marihuana o alcohol y está directamente asociado al grupo de pares, ya sea compañeros de escuela o trabajo, o vecinos del lugar de residencia. Para este grupo, la experimentación con sustancias psicoactivas es algo normal durante la juventud, y luego de la marihuana y el alcohol en general viene la experimentación con cocaína, las anfetaminas, los tranquilizantes y la PBC (lo más común).

“No quise seguir estudiando más; es que ahí empecé a conocer bien todas las drogas, el carrete todo eso, como a los 17 fue eso. Pero no, la droga la consumía desde antes, de los 13 años (...) Cuando estuve detenido fue porque me empecé a juntar con los amigos que eran de mi hermano que falleció. Y los locos todos robaban, eran volaos todos. Y también eran como de mi edad, si mi hermano era 2 años mayor nomás (...) también consumí con ellos” (Hombre 23 años, Santiago)

“La marihuana (...) a los catorce años (...) Con amigos, después conocí... tomé, después tenía como... bueno, es que la marihuana nunca me llamó la atención, si yo fumaba de pura mona nomas” (Mujer 47 años, Santiago)

“¿A qué edad tome por primera vez? Cuando me pegó mi padrastro, me sacó la crema, fue cuando me traje a todo el cuarto básico (ríe) a elevar volantines, le amarramos las papas y como mi viejo en esos tiempos guardaba chuicas, garrafas, ahí le reventé el, el candado de la bodega y ahí tomé, fue como a los 14 años (...) fue como pa dárme las de grande con mis amigos (...) una cuestión así po, pa conquistar más a una, a la Ss. (ríe), era una compañera de colegio (...) ¡Sí! Probé la anfe, los rumilares, la merca (...) Jarabe... pero más me gustaba en esos años la marihuana” (Hombre 49 años, Huechuraba)

Lo que caracteriza a este grupo, es que en sus relatos declaran hacer un uso recreativo y no problemático de estas sustancias durante varios años; consumiendo aquellas que más les gustan independientemente de su poder adictivo y la facilidad de acceso. En este contexto, varios señalan que se volvieron adictos a la PBC “sin darse cuenta”; pero otros identifican su aumento problemático en el consumo con un hito específico dentro de sus biografías, generalmente una pérdida o quiebre familiar. Estos últimos en general inician primero una dependencia con cocaína, y cuando ya lo han perdido todo —familia, casa, dinero— empiezan a consumir PBC. Otros, prueban la PBC de manera experimental, y al descubrir que ésta es más fuerte que las otras sustancias psicoactivas que conocen, se abocan al consumo exclusivo de la misma.

“Ahí en octavo empecé a consumir cocaína, empecé a consumir cocaína (...) Empecé, claro, 14, 15 años (...) El grupo, el grupo de los compañeros del colegio. Empecé con la marihuana y después ya... quería, y qué le hace el agua al pescado, y la probé po. Hasta que llegué a un punto a los 18 años en que llegué a inyectarme la falopa, yo me inyectaba la cocaína, a los 18 años, estuve desde los 17 a los 18, yo jamás me vi los brazos morados porque aprendí a inyectarme sola. Yo ya llegué a ese punto, y llegué a un punto en el cual no tuve cocaína y probé la pasta base, me gustó el olor, yo con el olor la primera vez que lo sentí que fue a los 18. Me imaginé una pradera de flores amarillas. A mí me encantó el olor, estaba en una cabina de un camión de esos del gas, esos camiones tres cuartos, y dije yo “ooh, qué rico el olor”, y me dijeron —a mí me decían gringa los chiquillos— “gringa, ¿quieres probar?”, lo mismo que la coca, qué le hace el agua al pescado. Terminé allá arriba en casas viejas, voló, voló pero al máximo, yo parada pero al medio del peladero. “Gringa, ¿estás bien?”, “Sí, estoy bien, me siento en una voló pero muy bacán así, como que estoy flotando”, y ahí pasaron unos meses y empecé a consumir con marihuana” (Mujer 28 años, Puente Alto)

“¿Cómo voy a falopear solo? Nooo, pero es que obviamente alguien te tiene que convidar, para empezar. Sí, con amigos, iba a mi casa, rayaban... yo tenía mi pieza y pá, y ya... yo jalaba de lo lindo ahí (...) pero días jalando, miércoles, jueves, viernes, sábado, domingo, jugaba a la pelota el domingo, y no es chiste (...) yo me cambié a Cumming, entre Huérfanos y Compañía, arriba de un charro, restorán mexicano, arrendaba una pieza y estaba ahí. Y en esa casa vivían puros hueones solos, excepto en la pieza de adelante que había una familia, todos reventados, jalaba, fumaba pitos y la hueá... y un amigo pero fumaba pasta, yo en mi casa cuando jalaba, los hueones fumaban pasta y yo ni ahí, “la pasta es pa los hueones”, y de repente, de a poco, pa (...) Ahí me cambié de bus” (Hombre 38 años, Santiago)

El segundo grupo de entrevistados, inicia un consumo explícitamente problemático desde el comienzo, porque sus razones para comenzar a consumir sustancias psicoactivas no tienen que ver con la sociabilidad con el grupo de pares o la experimentación durante la juventud, sino que se relacionan directa y claramente con un hito específico dentro de sus biografías, generalmente una pérdida o quiebre familiar que sienten no pueden superar por sí mismos —lo que los lleva a evadir/olvidar el problema a través del consumo de dichas sustancias—. Dentro de este grupo se encuentran los entrevistados que viven en un contexto radical de vulnerabilidad social en su infancia, iniciando un consumo problemático en la pre-adolescencia por dicho contexto social; y

aquellos que sufren una pérdida o quiebre en la adultez y comienzan a consumir cuando su vida y sus familias ya están formadas —habiendo o no tenido contacto en su juventud con el consumo problemático de sustancias—.

“yo tenía 22 cuando falleció mi mamá, 23... 22, 23 años (...) Sí, como al año, como al año (empecé a consumir...) como yo era tan inocente, me pillaron al tiro. Empecé a adelgazar, a adelgazar, a adelgazar... perdí mi trabajo... Y llegué con papelina, me pilló la pipa y dije “ohhh, ta la cagá”, estaban todos tomando onces, y dije “ta la cagá”. Mi papi se va (sin decirme nada...) ahí estuvo el error, no me sentó en la mesa, no me dijo “estay mal, tay consumiendo droga, tu mamá no querría verte así, te voy a ayudarte, no te voy a dejarte solo”, y él le prometió a mi familia que me iba a ayudar, que... mi cuñado le dijo “suegro, ahora espero que no deje al José solo, que no está la mamá po”, “no, si mi huacho... yo voy a estar con él” (Hombre 32 años, Santiago)

“A los 35 (...empieza a consumir) Por rabia, por él. Por él nomas, porque cada vez que yo... A mí, incluso él no quiere que nadie de mi familia venga, que sea hombre, no quiere que vayan en mi casa. Porque todos ellos, él piensa que es mi amante. Incluso me dejaba encerrada, la puerta con llave (...) Una cabra, ella me metió en la pasta base (...) Una amiga no debe de hacer eso” (Mujer 47 años, Huechuraba)

“Y ahí me empecé a meter al tema de la droga en ese mundo, pero mi hija ya no estaba conmigo la tenía mi suegra, era por un tema de que ella iba a estar mejor allá, yo ya empecé a probar mi primer trago y la lesera de salir, pero mi hija estuvo conmigo hasta los 9 años, si yo de ahí ya (...) no quiero que sufran, que pasen hambre, que tengan una vida mejor, que no los esté arrastrando (...) por no tener el modo de mantenerlos están expuestos a cualquier cosa más con una mujer sola, están expuestos, si yo estoy metida en algo debo solucionarlo solita, no arrastro a mis hijos a algo que yo opte, me gusta ser en ese parte bien... ah y eso, después me puse a tomar” (Mujer 37 años, Puente Alto)

Luego, podemos decir que con respecto al inicio del consumo se estructuran dos ejes de sentido pertenecientes a dos tipos diferentes de personas que consumen; los que podríamos llamar inicio de consumo recreativo e inicio de consumo destructivo. Ahora bien, independientemente de en qué punto de sus vidas los entrevistados comienzan a consumir PBC, este siempre se asocia a un consumo destructivo, pertenezcan al primer o al segundo grupo identificado.

4.1.3. Inicio consumo problemático y lugar de la PBC dentro de la trayectoria:

Si bien se ve bastante diversidad en lo que refiere al contexto y razones de inicio del consumo de sustancias como vimos más arriba, en el caso del inicio del consumo problemático —claramente asociado al inicio del consumo de PBC de forma exclusiva, o a un aumento exponencial en el consumo de esta sustancia— se observa un patrón en todos los entrevistados, que nos permite empezar a hablar de una trayectoria de vida “común” a la población de personas que consumen PBC de forma habitual en la Región Metropolitana. Dicho patrón tiene que ver con la presencia de un hito de abandono, quiebre o pérdida familiar —generalmente la muerte o abandono del padre o la madre, una separación matrimonial y familiar o la pérdida de la tuición o la muerte de los hijos— en algún punto de la historia de vida:

“Mi papá era profesor universitario, era un capo. La hueá es que se supone que a mi mamá le tenía que mandar plata, la hueá es que yo era chico, no sé (...) drama, se separaron, el '85. Y mi mamá, un día pelearon, ‘vámonos’, yo era el regalón de mi mamá y mi hermana de mi papá, ‘vámonos, vámonos’, y yo ‘no po’, llegamos hasta la Plaza Brasil, de Cumming a la Plaza Brasil, nos sentamos ahí y me dice ‘ya, vámonos’, y yo ‘no po mamá, cómo...’ yo no quería que se separara la familia, no era por no apoyarla, no, es que esa hueá nunca me la perdonó. Volvimos a la casa y a los dos días se fue (...) y yo después la busqué: “yo no tengo hijos” así de simple. Mi papá fue padre y madre, y

falleció cuando... el 13 de febrero de 1994, yo tenía dieciocho años (...) Yo odiaba a mi papá, en ese momento lo odiaba, lo odiaba, y después con el tiempo lo entendí. Pero... bueno, sí po, y después cuando falleció yo quedé pa la cagá (...) igual como que me ponía límites cachai (...) pero ya cuando no estaba ya (...) Ahí dejé la cagada" (Hombre 38 años, Santiago)

"Mira, yo lo que me acuerdo de mi infancia es que yo, cuando tenía, a los 9 años, cuando o sea, vivía con mi mamá, porque mi papá nooo, yo lo conocí a los 14 años ¿me entendis? A los 9 años, durante todo ese tiempo mi mamá fumaba pasta, entonces, ella quiso rehabilitarse y ella, y dijo: "ya yo me voy a Santiago". Y los tres nos fuimos al terminal de buses y a mí me dejó tirada. Se llevó a mi hermana, se llevó a mis dos hermanas que eran más chiquititas y como yo era la más grande, a mí me dijo: "Lo siento, tenís que quedarte aquí", o sea me dejó en la calle ¿me entendis?, a los 9 años. A los 10 años empecé a aspirar neoprén" (Mujer 29 años, Huechuraba)

"¿A qué se dedicaban?... puta, qué te puedo contarte, mi papá era un viejo de mierda así, curao, trabajaba, toda la wea así, también robaba, ¿cachai? Pero la más sacri... la que más se ha sacado la mierda fue mi madre (...) y trabajaba de las 12:00 de la noche, hasta las 7:00 de la mañana, en esa pega, ¿cachai o no?, y de las 12:00 de la noche a las 7:00 de la mañana nos dejaba solos a nosotros po, si mi papá se separó po, y la wea es que, era tan gil que llegaba a las siete de la mañana, dormía tres horas, tres horas así, ¿cachai?, dormir tres horas e irse a trabajar a otra pega así cachai (...) entonces... puta, yo decía entre mí: "tener tres pegas así y dormir tres horas todos los días, tus hijos se fueron a la mierda ahí po"" (Hombre 25 años, Santiago)

"Más que nada por la distancia, y lo otro que pasa es que ellos... yo estuve detenida por tráfico, el año.... ¡ay! no me acuerdo qué año fue, la cosa es que estuve, y ahí a mí el tribunal me quitó a mis niños, ¿se fija? Ahí me quitaron mis niños, de hecho a la Cc. la última vez que la vi tenía como tres meses y de ahí no la volví a ver. Y me dijeron que tenía que esperar a que sea mayor de edad, si ella es la que tiene que tomar la decisión" (Mujer 47 años, Santiago)

"Yo tenía 23 años... yo dormía con ella hasta los 22, le sacaba las canas, le hacía masajes, rabiaba conmigo, que los domingos, de repente yo llegaba con caña los días sábados, salía, y los domingos yo con caña durmiendo... "ya po, weón, vamos al Persa" (...) Y ahí se murió la familia, falleció mi mamá, la vi tirá yo ahí... cerrarle los ojitos... es fuerte, es fuerte, porque no se lo doy a nadie (...) Toda la familia que fue pa allá, todos de nuevo pa la casa, fue la cagá más grande que nos pasó, una tragedia que te marca pa toda la vida" (Hombre 32 años, Santiago)

"Y voy al médico, y el médico me hace un test, un examen de sangre, y voy después a los resultados y me dice "pero qué vamos a hacer contigo, qué querís ser mamá si tú ya estás embarazada", y yo "¿qué?!", y me dice "si po, si tenís dos meses de embarazo". Yo estaba feliz, yo lloraba pero de pura felicidad, yo fui la mujer más feliz del mundo porque de que desde chica te dijeran que no podías ser mamá y de repente de un día pa otro te dicen "tenís dos meses de embarazo", onda, qué pasó, en qué momento fue eso. Yo abrazaba hasta la enfermera, yo lloraba y me decía "pero relájese, que no le hace bien", y yo le decía "pero es que usted no entiende la felicidad que yo tengo en mi corazón, no se imagina la felicidad tan grande que yo tengo". Pero me duró poco, porque pasó un mes y yo perdí esa guagüita, justo para mi cumpleaños, perdí a ese bebe el día justo de mi cumpleaños, un 29 de Septiembre de hace cinco años atrás. Yo estaba en el pabellón del Sótero del Río, me estaban haciendo raspaje, ahí Rr. se volvió loco. Mi mamá me dice, "es la primera vez que veo a Rr. llorar igual que un niño", abrazó a mi mamá y lloraba y creo que gritaba, decía "pero suegra, ¿por qué?! Si queríamos a ese bebe, lo queríamos los dos, por qué". Ahí Rr. se perdió, todos los días que yo estuve en el hospital se perdió

Rr. Llegó mi mamá a buscarme, y yo le dije “mamá, ¿y el Rr?”, “no sé hija -me dice- lo último fue cuando caíste al hospital y supo que tú habíai perdido al bebe” porque yo llegué con el huevo en la mano al hospital, “y que tú habíai perdido al bebé, el Rr. se volvió loco y lloró, lloró, lloró, lloró y se me desapareció y no hemos sabido más de él”; “Mamá, acompáñame porque yo sé dónde está”. Lo fui a buscar, pero me quedé yo ahí pegada. Ahí yo no quería saber nada de nadie, nada de nada, y ahí empecé consumo, consumo, consumo, consumo, y a mí no me importaba nada, yo me pegaba una y lloraba, lloraba, lloraba. Lloraba de pena como mujer, que mi sueño de ser mamá se había ido, yo lo había anhelado tanto toda mi vida y se había ido” (Mujer 28 años, Puente Alto)

“Después ya me quedó gustando, ya no llegaba a las 6:00 de la mañana ni 7:00 de la mañana a la casa, llegaba a las 2:00 de la tarde, 4:00 de la tarde, al otro día. Llegaba el día lunes y empezaba a debilitarse mi relación con mi mujer po (...) Porque me dediqué a volarme po, a anestesiarme, a no sentir, a no pensar a... Arrendé un departamento ahí en la villa olímpica, me lleve a un amigo a vivir conmigo, pa no estar solo porque ya era tanta la la la psicosis con esto de mi separación que yo lo, el único tema de conversación que tenía, mientras estaba compartiendo era mi señora (...) Ya nadie quería tomar conmigo, ni aunque yo invitara, nadie quería compartir conmigo, porque ya los tenía a todos chatos con el temita... así que, eeehh puta, me llevo a vivir a un amigo a vivir conmigo, empecé a... llamar a estas chicas de los diarios, buscando compañía... empezaba, empecé a gastar la plata que tenía, empecé a encalillarme con los narcos de acá de la Legua, les empecé a quedar debiendo, ya después empecé a vender mis cosas, me quitaron el departamento” (Hombre 37 años, Santiago)

“Lo que me llevo al vicio (consumo de PBC) fue la separación con mi señora (...) Tomaba, tomaba. Tomaba si, si ese fue el motivo de la separación (...) Si no le digo que yo voy a la casa el fin de semana y está mi señora, eh igual me atiende, me lava ropa así, todo, pero a mí no me gusta porque yo quedo mal, no es la misma relación. No es lo mismo, a lo mejor a usted le pasaría lo mismo, de tener una relación amorosa, a una relación... dañina, una cosa así. Yo quedo mal” (Hombre 51 años, Puente Alto)

Con este hito común, que podríamos llamar de pérdida y desencadenamiento del consumo de PBC, surge un eje de sentido también común a todas las historias de vida recogidas, y es el del deterioro biopsicosocial o consumo destructivo de los entrevistados. Independientemente de cuál fuese la pérdida o el abandono que éstos sufrieron en diversos puntos de sus biografías, es a partir de este hito que las distintas narraciones comienzan a estructurarse y significarse sobre la idea del consumo problemático. Dicho de otro modo, es a partir de este hito traumático que nuestros entrevistados comienzan a verse/narrarse a sí mismos como “drogadicto”. Se puede decir también que este hito es el hito fundamental en las diversas historias de vida recogidas, no sólo porque a partir de aquí las trayectorias de vida comienzan a significarse como trayectorias de consumo problemático, sino también porque es a partir de dicho hito que se estructura toda la narración de los entrevistados.

Ahora bien, es en este punto en que cabe preguntarse ¿cuál es el rol específico de la PBC dentro de las trayectorias de vida? A pesar de que esta sustancia es significada de muchas maneras, tanto positivas como negativas, en el relato de los entrevistados se dejan entrever dos ejes de sentido que en general pueden agrupar todas las significaciones, y es: 1. la búsqueda del placer por contraposición a un sufrimiento de carácter emocional, y 2. La búsqueda de la muerte, o la pulsión tanática en la psicología freudiana. Este primer eje de sentido es transversal a casi todos los relatos biográficos, pero el segundo no es directamente explícito en la mayoría de ellos, y se corresponde más con una interpretación del equipo de investigación. Ahora bien, consideramos que dicha interpretación es acertada, en la medida en que estos ejes de sentido también

aparecen en dos historias de vida en dónde el consumo de PBC aún no se ha problematizado — esto es, las personas que consumen PBC entrevistadas no se consideran a sí mismas como adictas, ni ven aun en su consumo de PBC un problema—.

“ahí empecé a conocer otro mundo, el de Cc., que me sacaba la miercale (...) él estaba metido en la droga y lo acepte y empecé a tomar y a meterme en la droga con él, hasta un punto que no sabí en qué te meti (...) Era la primera vez (que consumía PBC), me tire, y más encima que no tenía a mis hijos era un dolor grande la opción que había tomado si (dar la tuición a su suegra...), entonces eso más me dolía era como que se me estaba partiendo el alma, quería puro morirme y era la única forma que encontré era esa porque, no me dejaba pensar y empezó a pasar, a pasar el tiempo... y se había ido un año, dos años” (Mujer 36 años, Puente Alto)

“pero se te olvidan todas las hueás. Yo puedo tener cualquier drama, me fumo una hueá y ya... te preocupai de puro seguir fumando nomá, ese es tu norte” (Hombre, 38 años, Santiago)

“fumaba de repente sus dos monos, fumaba con marihuana no más. Ya empecé a fumar a consumir harta pasta fue el año antes pasado, cuando a mí me realmente, a mí... ya perdí a mi mujer y quería puro olvidarme. Si el único método que me hacía olvidarme po” (Hombre, 49 años, Huechuraba)

Independientemente del contexto socio-económico en el que nuestros entrevistados fueron criados, en todos los relatos biográficos puede observarse una falta de herramientas emocionales para enfrentarse a las distintas situaciones de pérdida que se constituyen en el hito fundante de las trayectorias de consumo problemático. La PBC sirve a las personas que la consumen tanto para olvidar los problemas y los dolores de sus vidas como para evadir la necesidad de enfrentarlos. Esta sustancia representa el placer más intenso que se puede obtener en nuestro país fácilmente y a un bajo costo, y muchas veces el espiral de destrucción que implica una adicción a su consumo no es una adicción física no buscada, sino que un esfuerzo inconsciente por dejar de sentir por completo, morir y/o desaparecer. En este sentido, es de suma importancia que las políticas públicas de prevención y rehabilitación del consumo de PBC también se enfoquen en generar estas herramientas emocionales, para que las personas que consumen logren encontrarle sentido a la vida luego de una pérdida radical de estas características.

4.1.4. Esperanza y perspectivas de futuro:

Al momento de realizar las entrevistas, la mayor parte de nuestros entrevistados se encuentra buscando una salida al consumo problemático, la que no pasa necesariamente por un proceso de rehabilitación formal, sino por el volver a encontrarle sentido a la vida. Dado que la mayoría inicia su relación problemática con la PBC debido a una pérdida o quiebre familiar, casi todas estas búsquedas de sentido —expresadas en las narraciones biográficas como esperanza y perspectiva de futuro— se relacionan con recuperar a la familia perdida o comenzar una nueva. También hay una esperanza por tener una situación económica mejor, un trabajo estable y un lugar propio al que poder llamar hogar.

“Me imagino casado, con una familia, con hijos, y lo voy a hacer (muy emocionado, se le quiebra la voz) ¿Estai soltera, no te querís casar? Lo voy a hacer” (Hombre, 38 años, Santiago)

“Con mi casita, mi propia... casita propia, o sea, de aquí a dos años más, tener mi... por último de aquí a dos años más digo yo, porque yo sé que igual con esfuerzo y mirando hacia adelante, no mirando para atrás, porque si me pongo a mirar para atrás, capaz que me devuelva para el camino... como se dice “hay un camino viejo y uno nuevo”, capaz que

me devuelva para el camino viejo, pero yo no quiero. O sea, ¿cómo me defino yo?, no sé po, seguir trabajando, sacar mi casa, tener mi casita propia, bueno, y si dios quiere darme una pareja buena, un hombre bueno, que me lo dé, y si no estar con mis hijos al lado y tratar de recuperar a mis hijos, primero conversar con ellos, de qué forma pasaron las cosas, hartos temas de conversación” (Mujer 47 años, Santiago)

“Trabajando, pololeando, bien vestido, tirando pa arriba, con la familia, mi sobrina, mi sobrina cuando yo llegué a la casa y le dije a mi hermana “sí, acepto tu ayuda, acepto tu pieza”, mi sobrina se tiró arriba mío, me abrazó, “wena weón”, me dijo “wena zorrón”, zorrón me dice, yo soy como la... yo soy la chispita de la familia, como que nos sentamos a la mesa “guajaja”, cagaos de la risa, yo soy el toni, me pongo una peluca, hago show, ¿cachai?, pa los cumpleaños. Me he perdido hartas fiestas en la casa...” (Hombre 32 años, Santiago)

“Con mis hijos, de verdad, con mis hijos, de estar viviendo con ellos, estar viviendo los dos en mi casa, pero no en mi casa en una casa propia, sino que en mi casa de infancia, la casa de mi madre, ahí me imagino yo, con mis hijos y Rr., con mi mamá, así. Estar yo en la casa, trabajando Rr... sin consumo” (Mujer 28 años, Puente Alto)

Esto es relevante, en la medida en que los entrevistados ven su consumo problemático como un periodo concreto y finito de sus vidas, cómo algo que no puede durar para siempre y que a fuerza de voluntad tiene que terminar, independiente del nivel de deterioro biopsicosocial y de adicción que estos tengan. En este sentido, cabe decir que todos los relatos concluyen en un hito aun por suceder y es la recuperación de la familia y/o de los vínculos sociales perdidos. Ahora bien, cabe destacar que como en varias entrevistas no fue posible terminar la pauta, también este punto quedó inconcluso en varias de ellas, por lo que no se puede generalizar a la trayectoria de consumo general como en el punto anterior.

4.2 Relación entre trayectoria de consumo y sociabilidad

A pesar de que entre los entrevistados hay personas que consumen PBC con amigos o conocidos, con su pareja o solos; el consumo de PBC es significado una y otra vez como un consumo solitario, y la PBC como una sustancia que destruye todo tipo de vínculo social verdadero, gratuito y no interesado con las personas y las instituciones. Como vimos en el punto anterior, los grupos de pares tienen una participación importante en el inicio del consumo —siempre hay alguien que te invita a consumir la primera vez— pero a medida que las dosis aumentan y que el consumo de sustancias se vuelve en un consumo problemático y casi exclusivo de PBC, los lazos con los grupos de pares y también los lazos afectivos más importantes con la pareja y la familia, comienzan irremediabilmente a deteriorarse y destruirse.

Ahora bien, dentro de este eje de sentido transversal a las historias de vida que podríamos llamar la soledad —cuyo hito desencadenante es el inicio de la adicción o el consumo problemático de PBC— hay tres sub-ejes sentido: 1. La soledad asociada a la pérdida de los vínculos sociales preexistentes al consumo (la familia, la pareja, los amigos); 2. La soledad asociada al mismo consumo de PBC (la “droga del cagao”); y 3. La soledad asociada a la construcción de vínculos sociales circunstanciales e interesados sólo en el mismo consumo.

En lo que refiere a la soledad asociada a la pérdida de los vínculos sociales preexistentes al consumo, todos los entrevistados hacen énfasis en que el cambio más negativo ocurrido en sus vidas debido al consumo problemático de PBC, es el de la pérdida de los lazos afectivos con sus seres queridos, y la consecuente soledad. Si bien el consumo de PBC en general se inicia debido a un quiebre o pérdida familiar como vimos más arriba, la mantención de dicho consumo en el

tiempo sólo logra profundizar y perpetuar dicho quiebre, haciéndolo extensivo a todas las relaciones sociales de los entrevistados. Así, el consumo de PBC y la soledad forman un círculo vicioso, del que no es posible salir sin la reconstrucción de algún tipo de vínculo social significativo y amoroso. Luego, cabe decir que es muy difícil que una persona en consumo problemático de PBC logre tener un proceso de rehabilitación realmente exitoso, si no tiene ninguna relación afectiva importante que lo contenga, y que le dé sentido al esfuerzo psicológico y físico que significa el proceso de rehabilitación mismo.

“Una onda polar así, el frío más grande de Santiago. Llegué a la Posta Central me acuerdo, y veía que llegaban autos afuera, le daban comida a los indigentes, y todos llegaban, y yo cagado de hambre, ¡oh, dios mío! Yo siempre, mi mami fue de buena mesa po, mi mamadera... se hacía su pan amasado, tallarines con pollo, platos, platos po... Tuve que agachar el moño, ganarme a la fila. Pasé año nuevo solo, en una plaza, solo, al otro año de nuevo. Estuve tres años en la calle, en la casa de un traficante ahí fumando solo... Pascua solo, en una plaza, como una plaza así, y todos celebrando y vos solo, ni uno, ni uno, ni uno” (Hombre 32 años, Santiago)

“el tema de la pasta base que limita mucho; comunicación con la gente uno se coloca como autista, habla lo justo y necesario, y la gente como sabe que uno es consumidora, como que se aleja de uno, uno no puede acercarse y colocar un tema en el tapete y decir: oye conversemos de este tema contigo. La gente se aleja por la pasta base (...) Está muy distante el amor de mis hijas cuesta mucho llegar ahí, están muy grandes, crecieron sin mí y hoy como no tengo fuerzas para llegar, la verdad es que la mayoría de las veces que yo consumo es para no sentirme solo, evado la soledad pero siempre la soledad me lleva al vicio... es triste” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“No y ahora me estoy fumando... con los nervios me empiezo a, sobre todo en las noches cuando me acuerdo que estoy solo me acuerdo de la Mm. (su esposa), de mi vida, de mis hijos y empiezo a sacar, y me cago de onda: ¡que wea me pasó no sé en qué fallé qué hice mal!, empiezo a preguntarme yo po (...) no ha cambiado na por culpa de la pasta base. No nada, lo único que ha cambiado de no tener a mi familia (...) En esos tiempo cuando me siento realmente solo, solitario” (Hombre 49 años, Santiago)

En lo que refiere a la soledad asociada al consumo mismo de PBC, varios de los entrevistados señalan que prefieren consumir solos, porque compartir “la pasta” es una situación que les produce angustia y paranoia. En este sentido la PBC se desmarca radicalmente de otras sustancias psicoactivas como el alcohol, la marihuana y la cocaína, porque éstas son significadas como sustancias más sociales, que se pueden compartir, y que en general se consumen en contextos de sociabilidad. La PBC por el contrario, es una droga que no se comparte; no sólo porque “no alcanza para todos”, sino también porque muchas veces su consumo en presencia de otras personas genera cierto grado de ansiedad social. Además, el consumo de PBC es significado en las narraciones de los entrevistados como prohibido, estigmatizado e ilegal, por lo que su consumo genera vergüenza; y por lo mismo, la necesidad de aislarse de la sociedad para poder hacerlo con tranquilidad.

“¡No! Pero es que un pito pueden fumar 4 o 5 personas, y la pasta fumai uno no mas o dos y te da dolor de guata convidarle una mitad a (...) Como que duele un poco el bolsillo de convidar un poco” (Hombre 49 años, Santiago)

“Porque tengo que estar convidándole po y la cuestión es cara (...) Por eso fumo solo” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“Por lo mismo, por el entorno porque siempre me ha preocupado mucho el entorno siempre que me vuelo, me vuelo casi (...) Escondido, porque encuentro, sé que es malo, sé

que es fome, no es algo legal, sé que no es algo normal, pero no po” (Hombre 37 años, Santiago)

“Sabe que yo más prácticamente, solo la pasta, el alcohol con amigos, pero la pasta es prácticamente solo, no lo vínculo con ellos (...) no me gusta participar en eso con ellos porque siempre llevan a un problema. De primera, cuando yo empecé a consumir pasta, lo hice con amigos, pero como vi que el vínculo es mucho problema lo... cuando yo quiero consumirlo, lo hago solo” (Hombre 51 años, Puente Alto)

Lo anterior se relaciona también con el tercer sub-eje de sentido, el de la soledad asociada a la construcción de vínculos sociales circunstanciales e interesados en el mismo consumo. En un contexto de deterioro de los vínculos sociales pre-existentes al consumo problemático, los entrevistados buscan generar nuevas relaciones sociales dentro de su contexto social actual —el que se constituye generalmente en torno al tráfico y consumo de PBC—. En dicho contexto social, el interés primordial es el consumo de PBC en sí mismo, por lo que la mayor parte de los entrevistados señala que no es posible generar relaciones sociales más allá de dicho interés común —que no es “común” precisamente, sino que satisfacer la propia necesidad individual de consumo—. Así, estas nuevas relaciones sociales son significadas como interesadas y totalmente instrumentales al consumo mismo, lo que impide generar vínculos de afecto equivalentes a los que tenían antes de percibirse a sí mismos como adictos. Luego, ya no hay amigos, ni pololas, ni hermanos; sólo otras personas que consumen PBC, que los utilizan y que ellos utilizan —según sea el caso—.

“hay muy poca gente con la que yo comparto el vicio, en una casa, con un amigo, pero en este cuento de la pasta base no hay amigos, este vicio es muy traicionero, así que me fumo un par de cosas por ahí, en una plaza, con un par de amigos no sé, en un cerro donde no hayan niños, y ahí se me terminan las monedas me voy pa la casa, no sigo ahí torturando, si no tengo no fumo, prefiero irme para la casa (...) pero los amigos son por interés no más. Por interés de droga no más (...) Si yo no fumara droga no estarían ahí ellos conmigo” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“Es que las relaciones, entre comillas po, “¿quieren hacerle?”, “ya po, le hacemos”, “¿cuántas querís?”, le pedís, cachai, esa es la relación (...) ¿Porque cómo vai a pololear? No, yo me he metido así, su hueá de, pero no, yo te hablo de relación, no po. Es que me carga la gente que fuma pasta (risas...) Es que yo cuando he tenido relaciones es cuando he estado chantao, entonces difícilmente me voy a meter con una mina pastera. Y cuando he estado en la pasta, de repente he tenido mis hueás pero no relación po, cachai (...) Na, un rato, hasta que se acabe la flor, hasta que muera la flor, “si po, yo tengo pasta”, “ya, ven pa acá” y todo, se acaba la pasta, “chao, nos vemos”. Esas son las relaciones con una mina pastera. Claro, yo tampoco no discrimino, pero es lo que me ha pasado a mí” (Hombre 38 años, Santiago)

“Sí, la Mm., vamos a cumplir un año... pero no la miro como mi pareja... la miro como... tal vez suene feo, pero como la forma de tener acceso a la droga (...) yo salgo a las 7, le digo a la Mm., “vente pa aca” a las 6, a las 6 le paso plata y le digo “anda a comprar y a las 7 nos juntamos en el parque” la mando pa abajo, llega, compra, nos juntamos, me vuelo, me voy a acostar, la echo, porque quiero estar solo en ese momento “sabi que Mm. jándate! jándate! no quiero estar contigo, jándate! Sal de ahí, ven cuando esté durmiendo y te acostai, no quiero estar contigo”. Le he pedido que dejemos de vernos miles de veces, inclusive ahora vengo de eso mismo (...) “Me da pena utilizarte pero es lo único que yo hago”, y se lo digo” (Hombre 37 años, Santiago)

“me los farrie por mis tontera por crearme fuerte y en el fondo no somos nada de fuertes, somos más débiles que cualquiera, nosotros porque consumimos, somos alcohólicos por eso nos sentimos así, la vida. Yo estoy lucida, estoy bien; me vienen hartas cosas como que

necesitai drogarte, o por lo menos yo para creerme fuerte, andar peleando con todos porque es ahí que se te agranda el corazón, en el fondo es una careta que te poní para ser fuerte porque la vida en la calle es bien difícil, es súper difícil porque tení que ser fuerte y aprender a pasar hambre, frío ¡de todo! a que te asalten tus amigos (...) Porque con tanta droga se les olvida todo, te cambia la mente: “ah ¿tení plata? entonces te cogoteamos”, entonces no tení amigos ni nada, y para tener esa clase de amigos (...) tení que estar pitada y drogada o si no no estaría, no funciona, yo tenía que estar a la par con ellos” (Mujer 36 años, Puente Alto)

Ahora bien, a pesar de que el eje de sentido de la soledad es transversal a todas las historias de vida recogidas, cabe señalar también que algunos entrevistados sí logran construir relaciones de afecto luego de iniciar su consumo problemático, pero estas relaciones casi siempre son construidas fuera del círculo social del consumo mismo —con personas que no consumen o cuando los entrevistados no están en consumo—. También, hay entrevistados que si logran mantener algunas relaciones de afecto pre-existentes al consumo, pero siempre construidas sobre verdades parciales —estos no están verdaderamente enterados del consumo problemático de PBC, o de la situación calle por ej.—. Dichas relaciones de afecto significativas son fundamentales para lograr salir del consumo problemático, pues permiten encontrar un nuevo sentido a la vida en medio de la soledad que genera la PBC.

“¿Mi futuro?, estoy conociendo a una mujer, es de La Pincoya, tengo el teléfono, me invitó pa la casa hoy día, “no puedo ir porque estoy trabajando” (...) Hace un año, es soltera, sin hijos y nada, me quiere como soy, sabe toda mi vida, toda, ¿cachai? Y me dice que le dé una oportunidad, y yo le digo “déjame recuperar a mi familia, y después a ti, porque si no tengo dónde dormir, para qué te voy a tener a ti”, ¿o no?, “si no tengo dónde trabajar, para qué te voy a tener, si quiero salir contigo, no voy a decirle a mi hermana ‘oye hermana, préstame unos mil pesos que voy donde mi polola’, fome, fome, porque yo ya soy un weón viejo”. Fui el miércoles antes pasado, fui a la casa de ella, pedí libre, comí pizza, completos, papas fritas, bebidas, y gastaba y gastaba yo... y decía “hace cuenta que es droga po weón, vos compra no más po, ¿qué querís?, ¿querís más?, ¡pa!”, terapia, la uso yo, y me sirve, mi terapia exclusiva, antes no po, ¿qué hubiera hecho yo con esos cinco mil pesos que fui a verla a ella? (...) ¿mentirme yo mismo?... Si yo me he mentido tres veces, la cuarta no me puedo mentir, no puedo estar mintiendo de nuevo, fueron muchas mentiras, por parte mía” (Hombre 32 años, Santiago)

Finalmente, cabe señalar que los entrevistados que están en situación de calle, también construyen relaciones sociales instrumentales asociadas a la situación calle, pero casi siempre por fuera o tangenciales al círculo social de consumo de PBC; generalmente asociadas a la sobrevivencia cotidiana. Muchos de ellos viven con personas que tienen otro tipo de consumo problemático, o tienen contactos significativos dentro del barrio dónde pernoctan con vecinos o voluntarios de alguna institución, etc.

4.3 Contexto y prácticas de consumo de PBC

En lo que refiere a las prácticas de consumo de nuestros entrevistados, existe bastante diversidad: están los que compran directamente al traficante y los que prefieren utilizar un intermediario (piloto); están los que consumen sin límite todo el día y todos los días, y aquellos que consumen “moderadamente” en las tardes-noches o los fines de semana; están los que consumen en antena o marciano y 21, y aquellos que prefieren en pipa o codo porque es más fuerte; etc. A partir de estas diferencias podríamos definir dos grandes grupos de personas que consumen según el nivel de radicalidad de su adicción a la PBC, pero la verdad es que las prácticas de consumo son tan

diversas —incluso dentro de nuestra pequeña muestra de 13 entrevistados— que consideramos mejor no generalizar, describiendo a continuación estas prácticas, una por una.

4.3.1. Sobre la adquisición de PBC:

Dentro de nuestros entrevistados teníamos a una ex-trafficante, a un piloto, a la ex-pareja de un trafficante, y a una mujer que sin considerarse a sí misma trafficante, había estado presa por esta razón. Por lo que vimos durante todo el estudio y específicamente dentro de las historias de vida recolectadas, la relación de las personas que consumen con los traficantes en general es directa y bastante fluida, y sólo uno de los entrevistados declaró conseguir PBC a través de otra persona, debido a la vergüenza que le provocaba ir por sí mismo a comprar (su pareja hacía las veces de piloto).

“desde ahí yo veía eh... como se le trataba al... a los cabros que se volaban y todo esto, yo veía el trato que les daban y era denigrante: “que si voh, en la calle son puros angustiaos, hace las weas”. Menos mal que yo me manejo por el lado del centro cachai, no me voy a meter a las poblaciones nunca me he ido a volar a las poblaciones y cuando me vuelo me vuelo solo o con mi pareja (...) pero no la miro como mi pareja... la miro como... tal vez suene feo, pero como la forma de tener acceso a la droga, por que como te digo yo no me meto a las poblaciones” (Hombre 37 años, Santiago)

Como se vio en la etapa formativa, las personas que consumen PBC son bastante territoriales, y en general se quedan dentro de su territorio conocido tanto para comprar como para consumir PBC. Ahora bien, en las narraciones biográficas de nuestros entrevistados pudimos ver distintos “grados” de territorialidad, lo que nos permite matizar lo señalado en la etapa formativa: mientras algunos entrevistados no se movían de su territorio conocido si no encontraban PBC; otros se trasladaban entre distintos lugares por toda la ciudad —“las picadas”— generando verdaderos circuitos de tráfico y consumo o una red de territorios conocidos. Ahora bien, este último tipo de persona que consume es minoritario, y se mueve a otros puntos de compra-venta sólo en caso de verdadera necesidad —“de angustia”— pues la mayoría de los entrevistados prefiere reemplazar la PBC por otra sustancia en caso de no encontrarla en su lugar habitual de compra.

“Traficantes del sector donde yo vivo (...) que no es vecino, porque, vive como a 5 cuadras, pero está en el entorno mío (si él no tiene...) Voy a otro lado, a otro proveedor (...) igual me he pegado piques porque conozco por otros lados, pero no, en general es ahí... en el sector” (Hombre 23 años, Santiago)

“Cerca mismo (de su casa), es un mall esa villa (...) una vez cometí el error de ir a la Pincoya y me cogotearon, no me quitaron mucho sí, pero me cogotearon, entonces aprendí la lección al tiro: cuando no encuentro por el sector donde me puedo mover libremente, me compro un pito” (Hombre 49 años, Huechuraba)

El tema de la territorialidad también se observa en que la mayoría de los entrevistados señala que una buena medida para ayudar a la rehabilitación de una persona en consumo problemático de PBC, era sacarlo de su territorio habitual de tráfico y consumo; pues a la mayoría le costaría encontrar de nuevo dónde comprar en un lugar desconocido —principalmente por el estigma social y la vergüenza asociados al consumo de esta sustancia—. Ahora, este tema tampoco fue muy ahondado en las entrevistas, por lo que no fue posible establecer con claridad cuál es el perfil de persona que consume que está dispuesta a salir de su territorio conocido para conseguir PBC.

En lo que refiere al dinero utilizado para adquirir PBC, tanto en el estudio cuantitativo como en las narraciones de los entrevistados se encontraron cosas interesantes. En el caso de los datos del cuestionario, se encontró que un 45% de los encuestados presenta un consumo mayor de PBC que el que supuestamente le permitirían sus ingresos, lo que indicaría que: 1. La falta de dinero

no limita necesariamente el consumo, y 2. El consumo es sustentado muchas veces gracias al pago de servicios en PBC (soldados de los traficantes, prostitución) o a lo que comparten con otras personas que consumen (las dichas relaciones interesadas en el consumo). En el caso de las entrevistas se dio un porcentaje similar, pues al menos cinco entrevistados (5/13) declararon mantener sus dosis habituales de PBC independientemente de si tenían dinero suficiente o no para comprar.

“Es que pasta, yo tengo cualquier mano. Pasta hay, hay (...) Si yo nunca tengo plata pero fumo igual. Y suponte que este de aquí no tiene, pero está éste, éste, cachai, está lleno de pasta, lleno de pasta por todos lados” (Hombre 38 años, Santiago)

“Noo, por ejemplo si compro... o tenía diez papeles pero de esos diez papeles me fumaba, pongámsle que me haya fumado cuatro, el resto lo regalaba. O sea, igual le convidaba a la gente que estaba al lado mío, porque igual yo sé lo que es la droga. Porque cuando uno ve, consume la pasta, igual uno siente dolor de estómago, entonces yo no... siempre que tenía, siempre lo... aunque sean seis papelinas, de esas seis papelinas me quedo con dos y las otras cuatro las reparto. Entonces en el fondo, como te decía he gastado cualquier plata pero tampoco la he aprovechado así... o igual, en todo caso hasta por una parte está bien porque menos daño me hago, pero no es tanto el consumo habitual que tengo, porque igual hay días que no, que por ejemplo yo decía “ya no quiero consumir” y no consumía nada” (Mujer 47 años, Santiago)

Lo interesante de este dato, es que complementa el tercer sub-eje de sentido de la soledad asociada a la construcción de vínculos sociales circunstanciales e interesados en el mismo consumo como vimos más arriba, porque a pesar de que la mayoría de los entrevistados declara que prefiere consumir sólo, cuando se les acaba el dinero todos tienen “a quién pedirle” PBC, en préstamo o de regalo. Luego, el hecho de que las cantidades de PBC consumidas superen los ingresos declarados, muestra que a pesar de que el discurso de los entrevistados esté centrado en la soledad, esta sustancia también se comparte —al menos, en cierto grado—.

Ahora, respecto a qué porcentaje de los ingresos de los entrevistados se gasta en el consumo de PBC, podríamos decir que prácticamente el 100%. La mayoría de nuestros entrevistados presentaba una adicción severa a esta sustancia, por lo que todas sus acciones diarias —formales, informales e ilegales— apuntaban a generar los recursos para procurarse PBC. Esto reafirma otro elemento que fue tratado en la etapa formativa, y es la falta de autonomía que tendrían las personas que consumen PBC con respecto al uso del dinero. Sólo algunos de nuestros entrevistados —mayoritariamente mujeres— declararon preocuparse de guardar parte de sus ingresos para enviarle a sus hijos o mantener el hogar, pero aun así se gastaban prácticamente todo lo que lograban generar diariamente en consumo. En este contexto, otras necesidades básicas como alimentación, vestimenta y vivienda pasan por completo a un segundo plano.

Esta pérdida de autonomía frente al dinero, es claramente observable en aquellos entrevistados que tienen un trabajo más formal con pago semanal o mensual, pues éstos tenían sus peores días de consumo en días de pago, ya que al verse con dinero “se lanzaban” al consumo —dos días, cuatro días, una semana: hasta que se acabe todo el dinero—. Lo mismo sucede con aquellos entrevistados que tienen formas de ingreso ilegales, pues al momento de obtener sumas importantes de dinero —un robo grande por ej.— lo único en que podían pensar era en consumir PBC. En este aspecto específico, todas las personas que tienen un consumo problemático de PBC son bastante similares; independientemente de la clase social, la ocupación y el nivel de ingresos que tengan, y del grado subjetivo de autonomía que estos declaren sobre sus gastos.

“Pero el papa de mis hijos se aburrió, porque como yo trabajaba en la noche, de repente juntaba 300 o 400 lucas y me las fumaba todas, y llegaba sin ni uno a la casa, y estaba mi otra hija, mi hija mayor” (Mujer 29 años, Huechuraba)

“tenía un amigo que arrendaba ese departamento y me lo paso po, me lo arrendo a mí, el loco cuando vio que yo había vendido todo, que me quedaba un puro sillón... vendí todo, todo, todo, todo. Tenía un comedor que costaba \$1.400.000 pesos (...) Y no lo vendí, lo di en parte de pago por droga que yo debía anterior: “oye me debí 100 lucas”; “ya te puedo pasar el comedor pero pásame algo po”; así... “Ya toma ahí teni 10 gramos” (de coca...) y ahí empecé a volarme en pasta po” (Hombre 37 años, Santiago)

“porque hay días que ni siquiera voy a trabajar, entonces cuando estoy consumiendo full time pasan 2 o 3 días que no trabajo (...) Día de pago, mi jefe ya sabe que no me va a ver, “hasta el martes” me dice (...risas) me miento cuando digo eso, me miento es como si dijera voy a fumarme tres y tengo 10 lucas, entonces me fumo uno y después me fumo las 10 lucas, el que dice me voy a fumar 3 y tiene \$10.000 en la mano está mintiendo, al final termina pato igual” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“Ahí andábamos ya robando en pleno, puros autos, andábamos con una paleta robando autos, paleteando, y la plata que teníamos era puro consumo, puro consumo. Nosotros comíamos lunes, miércoles y viernes porque íbamos a almorzar al Hogar de Cristo, por eso comíamos y nos bañábamos esos días (...) pero todos los otros días era puro consumo, puro consumo, puro consumo (...) nos pitamos una joyería de plata con lapislázuli, nos venimos pa acá pa Santiago, yo me traje la mochila con \$15.000.000 en joyas, las cuáles se quedaron todas en los pulmones, yo estaba embarazada de cinco meses y yo puro fumaba, fumaba y fumaba (...) era mucho. Si 500 lucas que vendíamos en joyas, porque había que reducirlas, 500 lucas que vendíamos en joya, 500 lucas fumadas, así fueron (...) Y al final los \$7.000.000 con que quedamos nosotros se hicieron humo” (Mujer 28 años, Puente Alto)

4.3.2. Sobre los lugares, momentos y acompañantes de consumo:

Debido a la incomodidad de algunos de los efectos físicos y psicológicos que provoca el consumo de PBC —ansiedad, angustia, paranoia, taquicardia, mareos—; a la estigmatización social que lo rodea —lo que genera vergüenza y sentimientos de culpa en las personas que consumen—; y a los peligros asociados al consumo de PBC —la posibilidad de ser asaltados los hombres o violadas las mujeres, por otras personas que consumen desconocidas— la mayoría de los entrevistados señala que necesita y que busca un lugar tranquilo para consumir, dónde no se sienta observado por “la sociedad” y dónde sepa que no va a ser molestado por nadie. Dicho lugar va variando de persona en persona, pero podemos decir que en general es un lugar significado como seguro por la persona que consume —generalmente dentro de su territorio conocido— y oculto o invisible para el resto de la sociedad: la propia casa o ruco, la casa del traficante dónde compra o una casa de consumo dónde conoce a las personas que la frecuentan (aunque sea de vista), la casa de un amigo que también consume o la habitación de un hotel, y una calle o plaza pública pero siempre en los lugares más oscuros y distantes de las mismas —dónde ojalá nadie los vea—.

“Con mi marido, mi hermana, porque mi hermana también... mi hermana, mi cuñado, o sea todos consumíamos droga (...) pero de repente nos juntábamos así en la casa de ella o en la casa mía, pero a puro consumir (...) después ya lo hacía sola, con mi hermana, con mi cuñado (...) Con amigos, con amigas (...) tampoco no le hago en cualquier parte, porque no me gusta, como te digo, el consumo para una mujer el consumo de pasta base es muy mal mirado, porque, por lo mismo que te decía, porque cualquier hombre que te ve pegándose un pipazo a una mujer, lo primero que dicen es (...) “aquí tenemos la mano”, porque se supone que la mujer que consume pasta base

es porque anda en la calle, es que muchos no piensan que todas no somos iguales, entonces yo por eso no consumo, en la calle no, en la calle no” (Mujer 47 años, Santiago)

“donde un amigo un loco que tiene, piola por ahí cerca (...) o en la quinta (...) al fondo, donde estén los árboles más grandes, escondido así ya casi donde no me vea gente (...) donde esté lo más al fondo posible (...) o me voy pa donde un amigo, y mi amigo fuma puros pitos (...) Y me da permiso, porque (...) cuando fumo quedo en esa vola que siento motos (...) Run run run (risas...) como que me viene siguiendo la policía una cosa así” (Hombre 49 años, Santiago)

“Me cuesta mucho, he visto violaciones, he visto de todo (...) a mí me violaron, porque llegaron estos compadres, yo estaba con un amigo fumando en un ruco (...) y pasó que de repente llegaron dos personas, era un ruco, un ruco de él y yo, para no fumar en la calle, y ya chao, y se meten al ruco estos dos tipos (...) y: “oye este es un recinto privado” (...) de repente me ponen la cuchilla y le ponen la cuchilla a mi amigo, no, nos dieron tiempo para nada: a mí me estaban violando entre los dos, venían saliendo de la cárcel. Y a mí se me ocurre salir corriendo no sé por qué, había justo una bomba y así tal parto corriendo. Yo creo que nos habrían matado, no iban a dejar huella iban a matarme a mí y a él, así que llegaron carabineros, me llevaron al instituto médico, me pusieron todo habido por haber (...) pero ahora sí; si a mí sí me están violando yo denuncié al tiro, esas cosas yo no las voy a dejar pasar” (Mujer 36 años, Puente Alto)

Ahora, también hay excepciones y existen personas que consumen en cualquier lugar y sin ningún tipo de pudor social —“dónde los pille la angustia”— pero invariablemente, para todos nuestros entrevistados siempre es preferible consumir en un lugar conocido y seguro, dónde puedan controlar con quién consumen y quién los ve consumir.

“Yo fumo en la calle, o donde el compadre que vende, yo fumo adentro cachai (...) No, el loco tiene su casa y vende igual, pero ahí no compran todos, de repente yo le voy a comprar, “dame tanto”, ya le entrego la hueá y me metó a fumar adentro, de repente, pero yo fumo en la calle cachai, no me complico (...) O sea, claro, si hay gente, no, pero es que la hago corta po. Yo puedo, pero hay gente que no puede fumar, no puede hacerla. Como te digo, yo igual fumo, quedo medio ahueonao pero igual puedo pasar piola. Claro, es preferible, claro, si puedo fumar ahí en la casa del loco mejor (casa del traficante para el que pilotea), más tranquilo, pero fumo en cualquier lado” (Hombre 38 años, Santiago)

Dicha seguridad buscada para el consumo es extensiva a las personas con quienes se puede o no se puede consumir PBC. Como señalamos más arriba, la mayor parte de los entrevistados prefiere consumir solo, pero si tienen que consumir acompañados prefieren hacerlo con una persona cercana y de confianza —generalmente la pareja, un familiar o un amigo—. Aquellos entrevistados que consumen con desconocidos, por ej. en un ruco o en una casa de consumo, casi siempre llegan ahí acompañados e invitados por alguien conocido; pues de otro modo ni siquiera podrían ingresar al lugar. A pesar de lo anterior, la soledad esencial que atraviesa el consumo de PBC se mantiene.

“hay muy poca gente con la que yo comparto el vicio, en una casa, con un amigo, pero en este cuento de la pasta base no hay amigos, este vicio es muy traicionero, así que me fumo un par de cosas por ahí, en una plaza, con un par de amigos no sé, en un cerro donde no hayan niños, y ahí se me terminan las monedas me voy pa la casa” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“Relativamente el fin de semana compartimos, con el muchacho que duerme aquí, el que estaba aquí delante, y la señora (...) Mire yo lo llamo, para compartir la soledad, para compartir la soledad. Porque a este otro yo no lo llamo, más que nada que para

compartir la soledad. Y la señora aquí pasa sola, y le ayudo... pero pa compartir el vicio, el trago sipo, el alcohol, pero nada más po, no (¿y la PBC?...). Afuera, afuera, aquí no (...). Por respeto a los demás, por respeto a los demás (...) me doy una vueltas o ahí en la plaza que está en Av. Arturo Prat, pero aquí no” (Hombre 51 años, Puente Alto)

Lo que llama la atención de las historias de vida recogidas en relación a los lugares elegidos para consumir por los entrevistados, son ciertos espacios que se esperaba estuviesen “libres de consumo de sustancias”. Varios de éstos señalan que las instituciones de menores⁵¹ y los clubes deportivos son lugares frecuentemente asociados al consumo de sustancias psicoactivas; incluso como lugares “tradicionales” de inicio en el consumo. Esto resulta preocupante, en la medida en que la internación en una institución de menores busca proteger a los niños de distintas situaciones de riesgo social —entre ellas el consumo de sustancias— y a que muchas políticas públicas de prevención del consumo de sustancias se enfocan en la promoción del deporte —lo cual carece de sentido si los espacios en donde se practican deportes dentro de los sectores más afectados por el consumo de sustancias son significados como espacios protegidos para el consumo libre de las mismas—. Luego, consideramos que este es un elemento muy importante a considerar en las futuras políticas de prevención.

“tenía como 14 años, empecé a tomar, a fumar... ya el hogar de allá era más abierto, podíai andar en la calle, te quedabai afuera, te vinculabai con otro tipo de gente... y entré en todo este círculo, entré en todo este círculo (...) El trago, el alcohol (...) lo empecé a probar como a los 14 años (...) Con los mismo compañeros. No, es que como te digo, como era un hogar más abierto, tanto nosotros podíamos salir a la calle como, gente de la calle podía ingresar pa donde nosotros ¿cachai?, como teníamos gimnasio, teníamos canchas de baby, de futbol (...) Llegaba de todo y alrededor de una cancha ¡siempre! Alrededor de una cancha siempre va a ver algo” (Hombre 37 años, Santiago)

“No, aquí yo llegué, frecuentábamos un club deportivo que se llamaba transandino en Av. Salvador Allende con Av. El Bosque, ahí jugaba a la pelota yo. Ahí empecé a consumir pasta base... ahí empecé a consumir pasta base en ese equipo, jugábamos a la pelota, típico de clubes poblacionales, siempre hacemos lo mismo: vamos a hacer deporte y terminamos saliendo curados (risas...) así que ahí empezamos a consumir la pasta” (Hombre 49 años, Huechuraba)

En lo que refiere a los días y momentos del día elegidos para consumir, podríamos definir dos grupos dentro de los entrevistados; las personas que consumen libremente (6/13) y las personas que consumen controladamente (5/13)⁵². Los que llamamos “de consumo libre” son personas que presentan un nivel de adicción radical a la PBC, y que no definen ningún tipo de horario o agenda con respecto al consumo, ya que consumen todo lo que pueden, en el momento en que pueden, todos los días.

“Lo que más se pueda (...) es que por eso te digo, noo, es que si yo tuviera plata, si tuviera 500 lucas me fumo las 500 lucas, pero ahora como estoy, estoy mal, estoy en la calle, tirao, me fumo unas 20 yo creo (...) De repente, de repente es un pez gordo, puede subir la cuota, pero depende del movimiento. Pero yo por mí fumaría lo que más puedo (...) Si yo me despierto y me pasan un mono yo feliz, me levanto al tiro, me... si no hay mono me duermo y flojeo. Yo no discrimino el tiempo (...) no hay hora, no hay hora, pa mí no. Claro po, y la noche, la noche claro porque hay más movimiento, cachai, la noche andan más pilotos, anda más gente (...) Hoy día mismo po, me hice unas moneas, a las 10:00 de la mañana estaba fumando pasta, en vez de comer sano (...) después arriba de

⁵¹ Ver apartado “4.6 Relación con instituciones”

⁵² Con dos de nuestros entrevistados no pudimos recabar información al respecto, ya que hablar de este tema les producía craving.

la pelota, ni ahí con la hueá. Lo que tú tratai, lo que yo traté de hacer en todas mis vueltas al consumo, “ya, no, pero esta vez y nada más, lo voy a controlar y ya”, sí una vez volví cagaste. El consumo controlado no existe. No existe, “no, que voy a hacerle una vez al mes, lo puedo hacer”, no, mentira. Igual empecé así y después fue la misma hueá, no podís controlar la hueá, te gana” (Hombre 38 años, Santiago)

Los que llamamos “de consumo controlado” son personas con distintos niveles de adicción a la PBC, pero que por diversos motivos hay días en que no consumen y momentos del día en que no consumen. En lo que refiere a los días de consumo, hay personas que consumen durante la semana, pero el fin de semana se abstienen debido a que aún mantienen contacto con sus familiares más cercanos en esos días. Por el contrario, hay otros que consumen muy poco durante la semana, principalmente debido a que tienen trabajos más formales; pero durante el fin de semana consumen de manera continua y en grandes cantidades —“se lanzan”— como una especie de premio por las labores realizadas en la semana. En lo que refiere a los momentos del día hay más consenso entre nuestros entrevistados, pues señalan que en general prefieren consumir en la tarde-noche, debido a que a esa hora ya terminaron sus actividades diarias —especialmente las laborales, pues es muy difícil trabajar estando en consumo de PBC— y a que con la “oscuridad” se sienten más protegidos y cómodos para consumir —porque anda menos gente en la calle que los pueda ver o importunar—.

“Yo empiezo a las 7:00pm. (...) entre las 7:00pm. y las 11:00pm. (...) soy bien riguroso con mis horarios (...) A esa hora ya estoy durmiendo, no a esa hora nada, a esa hora yo ya estoy en el sobre, sin que me metan una bulla, no quiero escuchar nada, ni saber de nadie, ni una cosa (...) Los fines de semana son de mis sobrinos, de mi hermana, de mi mama... no, no le regalo un fin de semana a la Mm. por nada po! (su pareja con la que consume PBC...) Yo de viernes a lunes no consumo nada, ponte tu yo el viernes en la noche ya me chanto. Salgo de la pega, me junto con la Mm., le paso diez lucas y me voy pa la casa... “ahí vei tú lo que hací con la plata chao” y parto pa la casa” (Hombre 37 años, Santiago)

“De Lunes a Viernes (...) Sábado y Domingo no (...) porque estoy con mi tía (...) es que mi tía trabaja de Lunes a Viernes” (Mujer 47 años, Huechuraba)

“Siempre como a las 9 de la mañana, ahí siempre me fumo un pito y salgo como a hacer lo que tenga que hacer (...) a trabajar, y cuando llego en la noche, terminando la jornada alguna droga, el 21 (...) Porque en la mañana no, no ¿Andar volado, en eso, y a esa hora? No (...) pero el viernes y sábado es el reventón po, ahí saques, toda la wea (...) el viernes y el sábado fijo que viene la fumozona (...) he llegado a fumar cómo 50 creo yo, papeles de \$1000 pesos (en una sola fiesta...)” (Hombre 23 años, Santiago)

4.3.3. Sobre las modalidades de consumo; instrumentos, dosis y mezclas:

En lo que refiere a la forma o modalidad de consumo preferida por nuestros entrevistados, en primer lugar se encuentran los pipazos (pipa de codo metálico); en segundo lugar los marcianos (un pito de marihuana con una papelina de PBC) y los 21 (un pito de marihuana con dos papelinas de PBC); y finalmente los antenazos (antena metálica). La dosis de consumo de PBC por cada “fumada” es siempre de una, dos (mono de \$1000) o tres papelinas (pelacables de \$1500); pero las modalidades de consumo elegidas por los entrevistados tienen más que ver con los efectos específicos que las diferentes modalidades producen —y luego con las preferencias individuales de cada persona que consume—. Al respecto, cabe decir que casi todos nuestros entrevistados prefieren consumir en pipa o codo (11/13) que en antena (2/13), debido a que la intensidad de la sensación física y cerebral que produce el consumo de PBC en pipa es mucho mayor que la que produce en antena. De los dos entrevistados que declararon consumir actualmente en antena, una

lo empezó a hacer porque está tratando de disminuir su consumo de PBC, y otro porque el consumo en antena implicaría “menos complicación” para la persona.

“Yo empecé fumando en un, ¿cómo se llaman esos? Codo, pero habitualmente, ahora habitualmente he estado con consumo de antena (...) el codo se va directamente al, le toca directamente el cerebro, la cabeza, o sea sentís el, como se dice, el golpe, así, a full, y en cambio la antena, es como que la antena, como que va más (...) la sensación de la antena es como que tú la sentís más pero dentro del cuerpo, de tu organismo, ¿te fijás? en cambio el codo se va directamente al cerebro (Se cambió a antena...) porque encontré que era como más relajado” (Mujer 47 años, Santiago)

“Andaba con pipa, andaba con pipa, herramienta, encendedor, cigarros (...) Un codo, un codo, y ya después como ya el webeo era del cigarro, era juntar cenizas la weá, era mucho webeo, puta dije “es más rápido pa’ mí una antena”, y ahí conocí la antena me acuerdo, una vez me pillaron los pacos, me la pillaron, me la doblaron, ¡ahhh!, como el dolor más grande de mi corazón po, como si me hubiesen quemao un billete de diez lucas ¿cachai o no? (...) me metí a un local donde vendían teles, me acuerdo, de ahí fue a un supermercado a robar, y robé una carne, y el caballero me dijo “¿quiere comprar una tele?”, “no, quiero un pedazo de antena”, “ah, sí, vienen varios cabros pa acá”, “por la misma weá, ¿y querís cable también?” y yo “ah, ya, no se moleste, ¿cuánto le debo?”, “doscientos pesos” (...) si a la vuelta venden todo tipo de drogas, el viejo vende teles, pero parece que vende más antenas que teles (risas). Tú entrái y el viejo te dice “¿qué quiere, tele o antena?”, ¡así! Me pasó un tubo culiao así de grueso me acuerdo, y le metió pa dentro... “¿tenís fuego?”, “sí”, “¿cuánto es?”, “doscientos pesos, si todos vienen a comprar esas weas” (Hombre 32 años, Santiago)

“No sé, tiene otro, otro... se siente diferente (...) Como que la pata en la cabeza es más rápido así (con el codo...) como dicen “directo al cráneo”. La antena no po, porque además queda un gusto en la boca ¡no!, no me gusta” (Hombre 37 años, Santiago)

“En codo, en pipa (rie...) Sí, porque no me gustan la antenas (...) siento que no hacen efecto como en el codo, en el codo eeehh... me llega como más rápido al cerebro y la antena no” (Hombre 49 años, Santiago)

En el caso de aquellos entrevistados que prefieren fumar marcianos o 21, sucede lo mismo que con aquellos que necesitan complementar siempre el consumo de PBC con el consumo de alcohol: estos se sienten tan mal física y psicológicamente después de que pasa la etapa eufórica del consumo de PBC —cuando viene “el bajón” o etapa disfórica (SENDA, 2014)— que al mezclarlo con una sustancia de efecto depresor como la marihuana o el alcohol, logran transitar de mejor modo desde las sensaciones eufóricas a las disfóricas; logrando así mantener en el tiempo el placer producido por la PBC, y disminuyendo en cierto modo “la angustia” concomitante. Por esta misma razón, la mezcla de PBC con marihuana es más suave que el consumo exclusivo de PBC, por lo que los marcianos y los 21 son muchas veces también la modalidad de inicio en el consumo de pasta base —llegando al consumo exclusivo recién cuando este se vuelve consumo problemático explícitamente—. Ídem con el alcohol.

“Yo fumaba con marihuana. Fumaba con marihuana y un día en la noche no tuve marihuana, y probé la pasta base en pipa. Y ahí “no, si hoy día no más fumó en pipa y mañana...”, y después me andaba consiguiendo la pipa pa seguirme volando, seguirme volando y seguirme volando y ya no compraba marihuana, compraba pura pasta. Entonces ahí ya empecé a robarle a mi vieja, ella como costurera hacía sábanas, y las envasaba y todo con su estilo, y yo empecé a robarle los juegos de sábanas, y empezaba a robarle la plata, hasta que llegó un día en que mi vieja tenía una cajita de metal, era como una cajita fuerte, hasta que un día le robé la cajita fuerte. Tenía unos cheques

adentro, tenía como trescientas lucas, unas cadenas de oro tenía adentro, me las consumí todas. Ahí llegué a la calle directamente” (Mujer 28 años, Puente Alto)

“¿Cuánta plata, cuantas dosis? Son como \$3000 pesos, un marciano, un 21 (...) Es que eso te deja volado después po, es marihuana. En cambio sí me la fumo sola, viene la depresión con la... pasta” (Hombre 23 años, Santiago)

“Yo era tan weón pa fumar, era weón, ya, los pitos, vamos caminando con tres amigos, los demás no salieron po, y otro dijo “echémosle algo al pitito po, pasta”, y yo dije “¿qué es esa weá, pasta?”, “no, es algo rico, con marihuana, es rico” (...) Y empezaron a echarle la weá blanca, y yo dije “¿qué wea es esa weá?”, “ah, ahí vai a cachar”, y empezó a salir un olor, “ohh” el dije “la wea hedionda”, “pero fuma po weón”, y ya, y de repente se me duerme todo, se me duerme la boca, dije: “oh, me siento raro, se me durmió la boca, la lengua”, y le echaron una me acuerdo (...) Y después, un pito, dos papelinas, un 21, le llamaban 21, “fumémonos un 21”, “¿qué weá es un 21?, serán dos pitos”, “no, dos, dos pastas”. Y así empecé” (Hombre 32 años, Santiago)

“La diferenciái, porque pasta te deja muy, porque de repente queri fumarte otra y con marihuana no po, te fumai la marihuana y después quedai la sens... bajar la sensación de la pasta y quedai en la sensación de la marihuana (...) Da menos angustia” (Hombre 49 años, Santiago)

“La mezclo, o sea, de hecho siempre... tengo que saber hacer una mezcla, porque si no, empiezo a transpirar (...) o sea, si me pego un pipazo, tengo que saber tener una botella de ron y cigarros” (Mujer 47 años, Santiago)

“Si, la mayoría de las veces cuando consumo y hay dinero de por medio, siempre mezclo la pasta con alcohol, como que me estabiliza como que no quedo tan rígido, como que quedo más dicharachero para conversar y no tan para adentro” (Hombre 49 años, Huechuraba)

Ahora bien, lo que más llama la atención respecto a las modalidades de consumo, es la importancia central que muchos de los entrevistados le dan a la posesión de las herramientas para el consumo —una pipa y un encendedor—; como si fuesen sus posesiones más preciadas y “sagradas”. Dicha importancia radicaría en que la PBC siempre se puede encontrar y adquirir de alguna u otra forma, pero esta sustancia se vuelve en un polvo completamente inútil sin los implementos adecuados para consumirla. Luego, las posibilidades de compartir la PBC o de recibirla gratuitamente de otra persona que consume como regalo, existen en la medida en que el que no tiene PBC proporcione los implementos necesarios para el consumo.

“En pipa (...) Ella, te la presento, trátamela con cariño sí. Ya, venga para acá (la retira y le da un beso, risas...) Es que uno sin pipa no es nada, porque de repente hay hueones “presta la pipa y te convidó”, vos tenís que tener pipa, si no cagai, sin pipa no soy nada (...) Pipa y ceniza, pipa y encendedor, pero con la pipa se hace (...) esa es la legal, un codo de medio, pero tenís que... yo en lo que me muevo tengo que andar con pipa, porque si no pierdo, pierdo. Sabís que me han ofrecido hasta plata, “te la compro, cinco lucas” (...) por el raspao (...) Sin pipa no soy ná. En serio, porque de repente por puro tener pipa fumai caleta” (Hombre 38 años, Santiago)

“Me deje de querer... queri la pura pipa, eso no me podía faltar, no se me podía caer ni ensuciar ni nada. Tenía que estar impecable, la tapa precisa, la huincha precisa (...) ceniza. Tenía que estar todo impeque pa eso. Yo no estaba ni ahí conmigo, la pipa tenía que estar sagrada ahí, era un tesoro... era casi como mi hijo ¡Mira la comparación que estoy haciendo! (...) Que es weon uno (...) Es que tampoco le puedo... en ese momento tampoco le puedo decir que se vaya porque tampoco sé si voy a querer más y la tengo que mandar a ella a comprar ¿cachai? si es que ella es como el vehículo para obtener...

es solo eso. Ella tiene pipa, ella tiene fuego, tiene too (...) Yo lo único que tengo son las ganas y la plata (...) yo ya no porto nada” (Hombre 37 años, Santiago)

Respecto a cuantas papelinas puede consumir uno de nuestros entrevistados en un día, esto varía en relación a la cantidad de dinero que puedan generar en el mismo. Los entrevistados que declararon consumir menos fumaban entre 6-10 papelinas en un día, pasando por un consumo promedio de 20-30 papelinas diarias en sus épocas de mayor consumo, hasta un consumo extremo de 100 o más papelinas en un día —que acontece normalmente en días de pago o en un “lanzazo” de varios días de fiesta o un fin de semana—.

4.4 Auto-percepción física y psicosocial

Como señalamos más arriba, el hito principal sobre el que se estructuran las narraciones biográficas de nuestros entrevistados, corresponde al de pérdida y desencadenamiento del consumo de PBC; del cuál surge el eje de sentido del deterioro biopsicosocial o consumo destructivo de los entrevistados. Independientemente de cuál fuese la pérdida o el abandono que éstos sufrieron en diversos puntos de sus biografías, es a partir de este hito que las distintas narraciones comienzan a estructurarse y significarse sobre la idea del consumo problemático. Luego, este hito y el eje de sentido concomitante, también resultan fundamentales en lo que refiere a la autopercepción física y psicosocial de los entrevistados; generándose un antes y un después claro en lo que refiere a la consideración física, psicológica y social de sí mismos.

4.4.1. Autopercepción y transformaciones físicas:

En general, en casi todas las historias de vida la autopercepción física se estructura en torno el eje de sentido de la autodestrucción y despreocupación por sí mismos. El reconocimiento y verbalización de dicha despreocupación es concomitante al reconocimiento del consumo problemático de PBC, pues en las únicas historias de vida en que la percepción de cambios físicos sustantivos no está presente, es en aquellas donde los entrevistados aún no han problematizado su consumo (2/13) —no considerándose a sí mismos como adictos a ni afectados por esta sustancia—. En las demás narraciones biográficas recogidas (11/13), las transformaciones que produce el consumo de PBC son múltiples, y se hacen visibles ante los mismos entrevistados y el resto de la sociedad a través de su inscripción en el cuerpo: éstos están y se sienten más flacos, más sucios, más cansados y ojerosos, más feos, perdiendo su dentadura, etc.; modelando su cuerpo lentamente como el de “un pastero”, ante sus propios ojos y los de los demás. Ahora bien, dentro de las transformaciones físicas visibles provocadas por el consumo, en casi todas las narraciones destaca la pérdida radical de peso; debido a que el consumo de PBC quita el hambre en su etapa eufórica (SENDA, 2014), y a que el consumo reiterativo de la misma hace que “se olviden de comer”. En este contexto de adicción, todas las necesidades fisiológicas básicas — comer, dormir, sexualidad— pasan a un segundo plano detrás de la adquisición y consumo de PBC, lo que tiene una expresión concreta en el cuerpo de los entrevistados.

“yo ahora estoy más desgastado, más flaco, mas cansado, más preocupado menos de mi persona igual, porque antes igual no andaba medio barbón de un día pa otro po (...porque) Ahora no tengo a mis hijos, no es tanto la Mm., quisiera estar con mis dos hijos al lado mío (...antes me preocupaba más) aunque fumara (...siempre) Bien arreglao, buena presencia” (Hombre 49 años, Santiago)

“Entonces, yo ahí estaba mal po, cuando caí presa estaba demasiado en la calle, pesaba como 43 kilos, desaseada, cochina (llanto...) Todo, todo ha cambiado, mi cara mi cuerpo,

eeehh me corto entera, todo, todo, todo ha cambiado, o sea 100%, mi pelo, la droga me ha destruido al máximo” (Mujer 29 años, Huechuraba)

“En todo, flaca, te poní negra, como que ya por ejemplo un día no te das ni cuenta si no te bañai, total van pasando los días, de repente si tenías el pelo limpio, sucio, aunque a mí me gustaba bañarme todos los días, buscaba donde bañarme; me desesperaba con el olor así a droga que se pegaba así (se toca el pelo), en el cuerpo, en todo: es terrible” (Mujer 36 años, Puente Alto)

“Preocuparme de mi persona po, andar afeitado, bañadito... con ropa limpia, antes no po, shi, con un calzoncillo dos semanas, calcetas... ya me salía el olor por entremedio (risas...) en serio, en serio te lo doy firmado, una vez llegué tan hediondo, que mi hermana me dijo “¿sabís qué? se te sale el olor a pata” (...) Tíeesos, como una papa, vos lo tirabai y quedaban pegados po weón, ¿cachai o no? Pero para mí no había más, no tenía más recursos, ¿por qué?, porque me los fumaba, me pagaban y no me compraba calcetas, me pagaban y no me compraba calzoncillos, me pagaban y no me compraba desodorante (...) Pura pasta, me pagaba, pasta base, me pagaban, pasta base. Me pagaban, y después quedaba pato” (Hombre 32 años, Santiago)

“Mira, el primer cambio es que bajo de peso así como a full (...) ahora estoy de nuevo delgada porque hacen pocos días recién que dejé de consumir, pero mi peso normal son como entre 56 y 58 kilos (ahora...) Yo creo que con suerte 38 kilos (risas...) estoy súper delgada (...) yo me quedaba botada en cualquier lado, dormía, no tomaba desayuno, no almorzaba, no comía, por el hecho de andar con la droga po” (Mujer 47 años, Santiago)

Existen también transformaciones físicas no visibles, como los dolores de estómago, los mareos, los vómitos, y los dolores de cabeza que padecen constantemente varios de los entrevistados. Estos son malestares normalmente asociados a la etapa disfórica del consumo de PBC (SENDA, 2014), pero son señalados como transformaciones físicas por los entrevistados, debido a que con el consumo habitual de esta sustancia dichos malestares superan la etapa disfórica y se vuelven malestares permanentes y constantes —los que sólo pueden evitarse consumiendo más PBC—. Dichas transformaciones físicas no visibles son la expresión corporal de la “mala bajada” o la “angustia” de la PBC; la que genera la adicción física de las personas que la consumen de forma regular.

“Como a las siete, diez pa las siete estoy saliendo de ahí (del trabajo...) cuando ya estoy saliendo del agua, poniéndome la toalla, así pa salir a camarines, ahí la Mm. pa acá (se toca la cabeza, señalando que empieza a pensar en su pareja que es quién le consigue la PBC...) y empiezan los síntomas y toa la onda (...) En el trayecto de San Pablo hasta Portales por Matucana... por lo general vomito una vez o dos veces (...) Todos los días (...) siempre me pregunto lo mismo yo ¡y por qué mierda estaré, me da unos jooahh! (sonido de dolor...) Pero es una wea que se me sienta la Mm. aquí al lado y como jaaaahhh! (sonido de relajo...) ¿cachai?, como que descanso. Me pego el primero y ya quiero puro que se vaya” (Hombre 37 años, Santiago)

“Después empecé con efectos del estómago, yo lo llamo así, no le digo nauseas... le digo efectos del estómago, que empezai con tos, o sea, si tenía plata empezaba (sonido de tos...) efectos, eso es cuando empiezan los efectos... lo que le pasó al payaso” (Hombre 32 años, Santiago)

“Me levanto a las 5:00 de la mañana, 5:30 me voy (...) estoy en la vega y empiezo a cargar, a limpiar la bodega, a sacar cajones y la fruta, a seleccionarlas, limpiarlas, guardarlas y de ahí me voy a almorzar 3:00 de la tarde, 2:00 de la tarde dependiendo el trabajo que allá es la salida que nosotros tenemos, llego a la casa (...) me recuesto un rato y de ahí me levanto, y empiezo a sentir sensaciones en el cuerpo, sé que mi cuerpo

me está pidiendo y consumo, voy y me compro un par de pasta y me la fumo (...) Y si no viera no me dan ganas (...) empieza a dolerme el estómago, unos retorcijones en el estómago... que es como que el estómago (...) me pide” (Hombre 49 años, Huechuraba)

Considerando tanto los cambios físicos visibles como los no visibles, cabe decir que el deterioro biopsicosocial o consumo destructivo de los entrevistados —en tanto eje de sentido de las transformaciones sufridas y realidad material— llega al paroxismo cuando los malestares y la autodestrucción física dejan de ser una consecuencia no buscada del consumo de PBC, para empezar a ser algo buscado y deseado; una práctica explícita a través de cortes auto-inflingidos y relaciones interpersonales extremadamente violentas. Muchas veces estos cortes y la violencia que los acompañan no buscan directamente la propia muerte de los entrevistados, sino que constituyen una forma desesperada de pedir ayuda y/o manipular a los seres queridos con diversos fines.

“Y ahí opte con alguien tomar la decisión de venirme para acá y pedir ayuda a las chiquillas, que necesitaba ayuda y que estaba mal, porque una vez me fui al acogida de Estación Central porque me iba para allá a bañarme, me gustaba ir para allá a bañarme con agua calientita y recuerdo una vez llegue tomada, tomada y llego con un vidrio y me empiezo a cortar los brazos (...) y digo “¡que estoy haciendo!” y me pongo a llorar y se lo paso allá a la señorita, la que nos atiende a nosotros en la mañana y de ahí llegó la Pp., ahí llegaron y llamó por teléfono por lo que estábamos haciendo y yo necesitaba ayuda, estaba mal y no la iba a conseguir nunca así como estaba, no iba a salir adelante con la gente que me rodeaba, a dónde, si era el mismo círculo que me rodeaba; ¿qué sacaba con tener fuerza de voluntad? (...) empecé a ver unas cuchillas y lo veo me pongo nerviosa, cuando estoy tomando de repente agarro los cuchillos o cualquier cosa que tenga filo y empiezo a jugar con ellos. Yo sé que en cualquier momentos se van a enterrar y no los podre sacar más, tengo unas cosas con los cuchillos, y les tengo temor, pero es algo que no puedo evitar cuando estoy así y después con el tiempo fue mucho, mucho la droga, yo ya no podía ni vivir ni tranquila, salía con una amiga y allá me salía a buscar (ex-pareja que la golpeaba) y yo corría y me sacaba la miercale, una vez tuve que enterrarle dos cuchillas por que ya fue mucho pero le tengo terror, es como te amo un rato pero cuándo te veo ¡aaahhh!, era una cosa terrible no podía vivir en paz, me salía en todos lados, me daba jugo, me decía que me quería pegar, era terrible” (Mujer 36 años, Puente Alto)

“Por el miedo a lo que va a hacer ella. El maestro que trabaja conmigo me dice “puta Cc. no te podi hacer cargo de una cruz que no te corresponde” le digo “puta pero es que ya me la eche a hombro” ¿y sabi lo que me ha dicho? Me ha amenazado con matarse. Me ha ido a hacer show a la pega. Llama por teléfono cuando me voy pa donde mi mama (...) mi mama me dice “ohh la mujer psicótica weon” (...) Se me cortó... andaba con 100 lucas, y llega po, y yo llego me siento, como a los 5 minutos llega ella... “dame un cigarro”; “si po ahí en la chaqueta están po”; “ahh oye andai con plata?”; “si po si sabi que ando con plata”; “¿vamos pa abajo?”; “no, no quiero”; “¿voy yo?”; “no! Mas rato”; “ya po, que más rato es muy tarde”; “noo, sabi que no quiero volarme hoy día”; “¿préstame 10 lucas?”; “¿y cuando me las vai a devolver?”; “pa mi pago”; “shh falta como un mes pa tu pago, te volaste toa tu plata” y me dice “ya después te las doy si vo sabi que igual por aquí por allá igual hago plata” y yo le dije “¡menos te presto po weon!”; “pero puta la wea ¡jaaahh!”; “no si no voy a pasarte” guarde la plata, me dijo “puta que soy vaca” y empezó ¡pa! Y se cortó... estuvimos como una hora en el show... más encima se me corta y yo le digo “sabís que ahí menos te paso”, y me fui” (Hombre 37 años, Santiago)

Cabe destacar que dentro de la autopercepción de los entrevistados sobre estos cambios físicos, se vuelve fundamental la percepción del resto de la sociedad; principalmente de seres queridos

que dejaron de ver por un tiempo y que notan los cambios sufridos de inmediato —pidiéndoles de un modo u otro que regresen “a la normalidad” preexistente al consumo de sustancias—. El volver a ese estado de supuesto equilibrio físico pre-existente, se vuelve muchas veces en una motivación importante para los entrevistados para dejar de consumir, pues sienten que recuperando físicamente “lo que eran antes”, podrán también recuperar el cariño de sus seres queridos, y las relaciones de afecto que perdieron debido al consumo. En este sentido, se puede decir que recuperar la autoestima y la preocupación por sí mismos es un paso fundamental dentro de todo proceso de rehabilitación.

“Físicamente, como veinte kilos (...) fumando pasta no comís po, aparte que te chupai no comís, pasai días sin comer. Estoy más flaco, yo veo gente, a veces me encuentro con gente de diez, veinte años, “ohh, ¡¿qué te pasó que estai tan flaco?!” (Hombre 38 años, Santiago)

“y entro pa dentro, y había una señorita dada vuelta la espalda, mira... yo flaco, flaco, con camisa blanca me acuerdo... me tenía así el pantalón amarrado, pa que no se me caiga, y se da vuelta y me dice “buenas tardes”, y se da vuelta así, y era la Ale, mi ex pareja, cuando falleció mi mamá (...) y yo “oohh”, y yo flaco, chupao, flaco, se me notaban los huesos aquí, flaco po. Y así, y ¡pá!, se sacó la chucha detrás del mesón, y las compañeras “Ale, Ale, qué te pasa, caballero, ¿qué le hizo?”, “no”, oohh, y le decían “Ale, Ale”, oh, conchetumare, oohhh... Y despierta po, y me abraza, se pone a llorar, “no puede ser, ¿soy tú?... ¿por qué estay así?”, me dice, “¿qué te pasó?”, me retaba, “weón, pero mira cómo estay, no lo puedo creer” (...) Sí po, sí sabían, después mis vecinos me decían “oye, dame el dato”, “¿qué dato?”, “de la dieta que estay haciendo” (risas) si era gordo po... “supierai la dieta que tengo weón, jajá” (Hombre 32 años, Santiago)

“Igual hubo harta gente que me ayudó, pero igual asimismo si yo tenía dos lucas dejaba una luca pal pasaje y otra luca pa comprarle yerba mate pa llevarle al Rr. (marido preso...) y no me preocupaba de comer yo, y por eso me dio anemia, porque me despreocupé mucho de mí, y ahí bajé de peso, yo tenía una tremenda guata pero bajé de peso un montón. Y ahí llegó mi mamá, llegó a Pto. Montt, de repente veo bajar a una vieja, yo le digo vieja motoquera, porque ella venía con sus pantalones de cuero, una chaqueta de cuero y con su gorro de lado y sus crespos rojos, se veía hermosa, yo la veo y corriendo a abrazar a mi mamá, feliz, y lo único que me dice: “hija, tus ojeras, estai pálida”, porque yo tenía unas ojeras que me llegaban hasta la mitad de la cara, por la misma anemia, y yo lo único que hacía era dormir, dormir, dormir, pa no pasar hambre, me tomaba mis tazones con leche, porque decía “aunque sea la leche está alimentando al bebe”, yo tomaba los tazones con leche y me ponía dormir, a dormir, a dormir. Ahí llegó mi mamá y venía... ella llegó y me dijo “pero hija, ¿cómo podís estar viviendo así?” (...) Yo pesaba 115 kilos y llegué a pesar 68 kilos, de lo que yo consumía (...) siempre me preocupé si de mi imagen, me conseguía agua con los vecinos y lavaba la ropa, yo... cachai, siempre me preocupé del qué dirán, del cómo te ven te tratan, siempre me he preocupado de eso, y de mantenerme lo más digna posible, que podía estar flaca, en los huesos, pero que me vieran” (Mujer 28 años, Peunte Alto)

“Por decirte, se siente más, mira lo que ellos quieren, lo que quiere mi familia, quiere que sea la otra Oo. que era antes (...) Pero la otra Oo. que era antes, la Oo. que se preocupaba de su casa, la Oo. que se preocupaba de todo. Esa Oo. quieren. Mire, ahora le voy a mostrarle algo. De mirarlo me da cosa, a mí me da vergüenza verme, como estoy ahora y cómo sale acá, y no me va a creer... Acá está, no me va a creer (muestra su carnet de identidad, parecen dos mujeres diferentes) Así era la Oo. que era antes, pa que lo vea... así era, pa que se dé cuenta realmente lo que le estoy diciendo” (Mujer 43 años, Huechuraba)

“Claro po, si antes yo era... yo creo que me definiría, ¿a ver, cómo?... antes no me preocupaba de mi persona, de estar arregladita, pintadita, no po, durante esos años, cinco, tres años, me daba lo mismo andar sucia, andar limpia, no me preocupaba de repente de mi higiene personal, me daba lo mismo. Ahora no, ahora siempre ando preocupadita de andar limpiecita, de andar con mi cuerpo limpio, de tener mis pinturas, mi colonia, mis cositas personales, andar olorosa, pero antes no estaba ni ahí (...) Es que, me miré al espejo y me dije que no po, que yo no... que tengo que empezar queriéndome yo, primero yo, segundo yo, tercero yo, y después al resto, y si yo no me quiero, ¿quién me va a querer?, o sea, si yo no me quiero por mí misma, y no dejo de lado toda esta situación, lo que yo estoy pasando, o sea, nadie me va a querer, porque qué hombre va a querer estar con una mujer drogá, qué hombre va a querer estar con una pareja que se drogue, que se drogue, tome y fume todo el día, yo creo que ningún hombre se va a sentirse po, por último el hombre es más pasable, ya, el hombre es hombre, ya, no importa, igual no es bueno, pero en una mujer... en una mujer es más delicado po” (Mujer 47 años, Santiago)

4.4.2. Autopercepción y transformaciones psicológicas:

En general, las transformaciones psicológicas no son verbalizadas de manera tan explícita como las físicas en las narraciones biográficas de los entrevistados, en la medida en que no son percibidas claramente por ellos mismos como transformaciones debidas directamente al consumo de PBC. Luego, la identificación de dichas transformaciones corresponde más a un trabajo de interpretación posterior realizado por el equipo de investigación, a partir de aquellos ejes de sentido comunes a la mayoría de las historias de vida recolectadas. Dicho lo anterior, cabe señalar que dentro de los cambios psicológicos más importantes identificados en las narraciones biográficas de nuestros entrevistados —atribuibles al consumo de PBC— están la despreocupación generalizada por sí mismos y la baja autoestima, la desconfianza en los otros y la paranoia, la manipulación y la mentira, la irritabilidad y violencia exacerbada, los sentimientos de culpa y vergüenza por ser personas en consumo problemático, y los sentimientos de depresión y angustia —cuya expresión máxima son los intentos de suicidio—.

En lo que refiere la despreocupación generalizada por sí mismos y la baja autoestima, hay una correlación directa con las transformaciones físicas señaladas más arriba. En la medida en que comienza el consumo problemático de PBC, el único interés de vida de los entrevistados se vuelve el procurarse los recursos para seguir consumiendo y el consumir mismo, por lo que todos los otros aspectos de la vida como las necesidades físicas básicas, las relaciones de afecto con las personas cercanas, etc., dejan de tener importancia y son descuidados. Esta despreocupación tiene consecuencias concretas como el deterioro físico y la pérdida de vínculos sociales significativos, lo que lleva a una pérdida de la autoestima y a un desinterés generalizado por la propia vida y la de los demás.

“No, yo quería dejar la hueá, estaba chato. Y ahora también estoy chato (...) De la vida de mierda que tengo... sí. Es que yo me lanzo y me lanzo con cuática, mira como estoy po, cachai, me lanzo así con cuática y la hueá... me importa un pico la hueá que hagan los hueones, me abu... reviento y ahí... me voy a levantar. Me aburro de la hueá” (Hombre 38 años, Santiago)

“Sí po, si la pasta, ha achacao más po, porque por la pasta no sé... ahora no me dan ganas ni de ver a nadie... de repente no me da ánimo, ¡quiero mandar todo a la miercale!” (Hombre 49 años, Santiago)

En lo que refiere a la desconfianza en los otros y la paranoia, hay una relación importante con la pérdida de los vínculos sociales significativos, la construcción de relaciones circunstanciales e

interesadas en el consumo de PBC y la vida en el “mundo de la calle”. Como señalamos más arriba, una vez iniciado el consumo problemático de sustancias y la concomitante pérdida de las relaciones sociales significativas —debido a la expulsión del hogar o al propio abandono del mismo— los entrevistados se ven obligados a irse a vivir con otras personas en consumo —generalmente a la calle— con los que a pesar de que se pueden generar relaciones de afecto, nunca se generan lazos de confianza cabales, ya que el único interés de este nuevo círculo social es el consumo en sí mismo. Así, hay amigos mientras haya PBC, pero cuando ésta se acaba todos se vuelven en una potencial amenaza, en un otro desconocido cuyo único interés es satisfacer su propia necesidad individual de consumo, incluso a costa de los demás. Luego, por estar expuestos al “mundo de la calle” —ya sea por vivir ahí o por tener que frecuentarlo debido a la necesidad de adquirir PBC— los entrevistados se exponen a muchas y diversas situaciones de peligro —asaltos, violaciones, maltratos, etc.— incluso de personas consideradas cercanas, lo que va menoscabando su confianza en los otros. Esto transforma a las personas que consumen PBC de forma habitual en personas paranoicas, demasiado cautas y defensivas frente a los demás; en un estado permanente de alerta y resguardo frente a un mundo lleno de otros desconocidos y potenciales daños.

Además, el hecho de que el consumo de PBC sea una conducta ilegal y estigmatizada por la sociedad, también provoca que los entrevistados se sientan casi siempre intranquilos —paranoicos o “perseguidos”— cuando están comprando o consumiendo dicha sustancia, ya que si los ve la policía tendrán problemas judiciales, y si los ve otra persona serán juzgados y recriminados. Ello provoca un “vuelco sobre sí mismos” por parte de las personas que consumen, pues en ese contexto no hay nadie más en quien confiar. Es esta desconfianza generalizada en el mundo y en los otros el antecedente más radical de la soledad futura.

“No, habimo hartos. O sea bueno, que llegan a... habimos como seis pero siempre llega gente a dormir, pero tampoco nunca le cerramos la puerta (...) conocidos (...) nosotros compramos mercadería, o sea todo lo que hay para comer es para todos, no para uno solo. O sea, es como una familia. Por ejemplo, si tienen trago, qué se yo... claro que yo soy un poquito reacia sí, porque yo no consumo droga ni alcohol con cualquier persona, o sea yo con la gente que está al lado mío, que yo sé que es de confianza, tampoco no puedo llegar y hacerlo (...) pero es que de repente por el hecho de que a la mujer la ven como, que consume droga, no falta el hombre que (...) te ofrecen una pasta base a cambio de, de llevarse la mujer a la cama. Entonces yo por eso no consumo con cualquiera” (Mujer 47 años, Santiago)

“No, no, es que como que los dos que estaban allá estaban asaltándonos a nosotros dos que íbamos en la camioneta. Le dije “pero pa qué”, si se notó, el cabro bajo a hablar con ellos primero, después se subió y deja la puerta abierta, onda, y esperando que ellos se acercaran, onda de qué asalto estamos hablando. Y el cabro me dice “nos están asaltando”, “oye pero pa qué” le digo yo, “no seai así, si no porque yo ande hueiando en la calle o sea consumidora de droga ustedes pueden hacer esto” (...) no sé cómo cresta saqué el seguro, salí corriendo. Hasta el día de hoy yo pienso el miedo tan grande que yo tuve, que salté las barras de cemento de la carretera, yo digo cómo habrá sido el miedo... lo único que hacía era decir “señor, por favor ayúdame”, yo corría y corría, más encima miro pa atrás y los veo a los tres subiéndose a la camioneta y después vuelvo a mirar y la camioneta no estaba. Ahí quedé más mal (...) iba corriendo, pasaban los autos y me hacían el esquite. De no saber, 4:00 de la mañana, 5:00 de la mañana, de no saber por dónde va a aparecer la camioneta, que yo sabía que eran unos compadres con malas intenciones, de qué es lo que me van a hacer. Yo llegué corriendo hasta la bomba de bencina que hay frente al cementerio (...) me dio un ataque de llanto, yo no podía parar de llorar, yo vi al bombero y el bombero me dijo “¿qué le pasó?”, lo abracé y yo lloraba, lloraba, lloraba, lloraba y no podía parar de llorar. Y yo le dije “sabe que yo ando

haciendo esto en la calle y producto de esto, me pasó esto y esto”, me dijo “pero hija, tenís que cuidarte, son los peligros que corren ustedes por andar en la calle, por la droga” y la cuestión. Y en un colectivo, él mismo me mandó de vuelta, pero yo andaba mirando así en la calle pa todos lados. Asustada, súper asustada. Anduve harto tiempo que yo soñaba, yo no podía dormir en la noche, cerraba los ojos (...) Y ahora último me pasó una talla fea también, muy fea. Que pensé que no iba a volver a vivir eso” (Mujer 28 años, Puente Alto)

“Mal po (...) Siento... depresivo, siento voces, pasos... me persigo (...) Cuando estoy muy sola me pasa eso, cuando estoy con otra persona no, yo puedo conversar (...) ella igual, quiere también lo mismo, quiere salir de eso, a veces cuando estoy demasiado sola yo me persigo mucho, me pongo a mirar pa atrás, si viene alguien atrás mío, así” (Mujer 43 años, Huechuraba)

En lo que refiere a la manipulación y la mentira, dentro del mismo contexto de construcción de relaciones circunstanciales e interesadas que se generan en torno al consumo de PBC, algunos de los entrevistados declaran volverse muy “mentirosos y manipuladores”. Sin importar las consecuencias, estos mueven a las personas a su alrededor para conseguir su fin último que es adquirir y consumir PBC. Primero le mienten a sus familias y seres queridos, y finalmente terminan mintiéndose a sí mismos: la PBC manda, y la posibilidad de consumirla justifica todos los medios. Es esto lo que lleva a las personas consumen a cometer delitos para procurarse los recursos para el consumo —aunque no hayan crecido en contextos de riesgo social— o a auto-infringirse daño físico como último recurso de manipulación para obtener lo que están buscando, como se vio en un caso más arriba.

“Mi afán por conseguir droga, en un momento, como como deci tú, me hice el rey de la manipulación... al que fuera! De la forma que fuera lo manejaba pa poder conseguir algo, pa poder conseguir droga... Me metí con weones que nadie nunca se había metio (...) Robar, mentir, manipular, pero ahora no lo hago porque tengo mi trabajo” (Hombre 37 años, Santiago)

En lo que refiere a la irritabilidad y violencia exacerbada, se puede decir que éste es el cambio psicológico más notorio para los propios entrevistados. Estos señalan que antes de comenzar con su consumo problemático de sustancias, en general eran personas más tranquilas y emocionalmente templadas, y a que al irse incorporando progresivamente al “mundo de la calle” debido al mismo consumo, se volvieron personas más irritables, más violentas, y en general “más cuáticas”. Luego, una razón frecuente para considerar más deseable el consumir solo, tiene que ver precisamente con la percepción de los entrevistados de que las otras personas que consumen son violentas o muy irritables —o que se ponen “cuáticas” cuando están en consumo— por lo que es preferible consumir sólo y buscar compañía sólo en los momentos que lo ameriten.

Muchas veces también, dicha violencia es una consecuencia de estar insertos en el “mundo de la calle”, pues es sólo a través de ciertas demostraciones de fuerza que nuestros entrevistados pueden ganarse tanto un espacio en la misma “calle” como el respeto de los demás dentro de ese contexto social —para poder consumir o trabajar en determinado lugar, o simplemente para poder circular o dormir por ahí—. El problema, es que llega un punto en que dichas demostraciones de fuerza no son algo eventual, sino que se vuelven en el recurso cotidiano para relacionarse con los demás dentro y fuera del contexto de “el mundo de la calle”; generando reacciones de violencia desproporcionada ante hechos que no lo ameritan —afectando todas las relaciones sociales de los entrevistados, y no sólo aquellas que se dan dentro de dicho contexto social—. Luego, en este caso, la violencia puede ser considerada más como una consecuencia social del contexto en que se da el consumo, que como una consecuencia psicológica del consumo

mismo; consecuencia que de todas maneras se ve potenciada por el consumo de PBC y otras sustancias (alcohol principalmente).

“después estuve como un año chantao, y andaba idiota, pero idiota, idiota, mal genio, más que la con... No, y a mí me daba pe... Yo después pensaba, ponte un inválido, “no, si no puede, dese la vuelta” (con voz irritada), en serio, y yo después iba a la iglesia evangélica, cristiana, y cómo... pero sabís que yo era un idiota (...) no sé por qué, pero andai idiota, idiota. Maaal, yo después me, suponte después ya... fue como tan malo hueón. Una vieja, suponte, con bastón, “no, dese la vuelta” (irritado), cachai” (Hombre 38 años, Santiago)

“Siempre violenta (...) desde siempre, yo siempre he sido peliadora, pero con la pasta como que más, como que quiero ser la que la lleva (...) Con todo tipo de drogas” (Mujer 29 años, Huechuraba)

“No me gusta verla fumando, aparte que se pone idiota (...) Se enoja, todo le molesta, uno se sienta así... todo le molesta (...) Y hay personas que no le gusta que le hablen, les da rabia (...) Les gusta irse en la vola y después quieren guardarse... y yo no po, yo fumo y chicharreo y chicharreo y converso. Y por eso, hay distintas mentes” (Hombre 49 años, Santiago)

“Tengo hartos amigos que me protegen, que me ayudan. Pero eso sí, estoy súper mal, porque una persona me pateó, me pegaba... quedé con la rodilla mal. Pero yo tengo un amigo que está esperando a una de esas personas que me pegó, y le quiere pegar” (Mujer 47 años, Huechuraba)

“después ya perdí el miedo de todo, la misma calle me hizo perder el miedo de todo, yo antes era súper pollita, andar caminando en la calle muchos me pasaban a llevar, después ya no aguantaba, empecé a andar con cuchilla en la calle, que ni un hombre ni una mujer me pasaran a llevar. Para mí la diferencia entre un hombre y una mujer en estos momentos es lo que tienen entre medio de las piernas, a ese punto llegué, de yo ser capaz de pegarle a un hombre, de que yo llegué hasta a pegarle puñaladas en los cachetes a un hombre, porque me faltó el respeto. Entonces... eso, es la misma droga la que te va (...) Yo no tomaba, pero yo cuando empezaba a tomar era porque había algo que a mí no me había gustado. Y como que con el copete tomaba más fuerza y daba más jugo, y yo te puedo decir que tiré a cabras al suelo y les reventé la cara a puras patás; por cosas de que cometieron errores conmigo y que pasaron, esa vez incluso que le pegué a esa cabra pero tan fuerte, a mí unos traficantes por culpa de ella me pegaron (...) Por culpa de ella me sacaron la cresta. Pasó un año, en el cual ella pensó que ya había sido, pero yo no po, me tomé un copete y me pilló justo, y cobré lo mío, que yo gracias a ella me habían apaleado, pero que yo estuve una semana en cama, que yo estuve mal, a mí me apalearon con palos y con fierros. Entre tres mujeres me pegaron, yo lo único que hice fue cubrirme mi cara en un rincón de una pared, fue cubrirme mi cara no más y las piernas... yo recibí los golpes en la espalda y en todo este lado, en la cabeza yo tenía unos huevos gigantes. Y ahí empecé a esconder la Mm., esta tierna, esa niñita que andaba, y empezó a salir la más agresiva, la que no se dejaba pasar a llevar. También eso Rr. me lo enseñó, de que “tú no soy basura, a ti nadie te tiene que pisotear, nadie puede pasar a llevarte, porque independientemente de que seai drogadicta o seai lo que seai tú soy persona, y nadie te puede pasar a llevar” (habla con ímpetu...) Y eso me hizo, esas palabras y todo eso que fui aprendiendo con Rr., de verlo a él también, su forma de ser, me hizo aprender en la calle a reaccionar. De que ni un traficante después me pasaba a llevar, yo me paré hasta con traficantes, de que me decían “sabís qué rucia, ándate de aquí de la esquina porque voh andai sapiando”, “sabís qué, ni tú ni el papa ni un traficante como tú me van a sacar de aquí, porque yo tengo la mente y la guatita bien limpiecieta, de que yo camino bien por la calle, y yo jamás he sido sapa. Y si tengo que

quedarme aquí todo el día sacándome sin poder fumar por no darte el gusto a voh lo voy a hacer”, y así lo hacía, me quedaba todo el día parada ahí, por puro no darle el gusto no más de que yo me fuera. Y así ha sido. Entonces, hasta ese punto, de que ¡no po!, si una vez me trataron de doméstica, y dentro de una casa que no era la mía, era un techo ajeno. ¿Sabís que le dije?: “a mí nadie me trata de doméstica, porque yo tengo esta hueaita (señala sus genitales...) y otras cosas más con las que puedo conseguir plata. Ni siquiera yo mis cosas las ando vendiendo, no tengo por qué andar domesticando tampoco, y por respeto al techo no te hago nada aquí, pero la calle es grande, y cuidate”, y fue un hombre. Y justo pasó como dos horas y me pilló justo volándome, y me volé mirándolo a él, con el odio, con el odio en la mente, pasé todas mis cosas, “ya pos, aquí estoy, ¿Qué soy doméstica?”, un puro charchazo, “a mí no me volví a tratar de doméstica” y se me da vuelta y le pego otra puñalada en el cachete, “es pa que aprendai, que yo jamás en la vida he sido doméstica, y a mí no me vení a tratar de doméstica”, y de ahí nunca más. Muchas personas al verme así reaccionar ya no me pasaron a llevar ni nada, siendo que antes hasta cabros ahí entre medio me había levantado la mano, y yo plop... ahí no, hasta que ya... nah po, la misma droga, la misma calle me hizo llegar a vivir a un ruco, eso fue terrible, fue terrible” (Mujer 28 años, Puente Alto)

En lo que refiere a los sentimientos de culpa y vergüenza por ser personas en consumo problemático de PBC —“drogadictos”— estos están directamente asociados a la estigmatización social del consumo de esta sustancia. En la medida en que los entrevistados saben que el consumo de PBC es algo prohibido y sancionado socialmente, el uso de la misma siempre está asociado en las historias de vida a algún grado de culpa y vergüenza —lo que a la larga genera auto-recriminación y baja autoestima—. En general, las personas entrevistadas señalan que esta es una razón importante para “consumir escondidas” en algún lugar seguro y tranquilo, dónde pueden controlar quién los puede ver o no consumiendo. Luego, estos sentimientos de culpa y vergüenza se vuelven más fuertes en relación a la propia familia o el entorno social más cercano, llevándolos a esconder durante muchos años su situación de consumo problemático para no ser “una carga” o un motivo de vergüenza o deshonra para sus familias y seres queridos. Esta misma idea los lleva a esconder otras problemáticas asociadas al consumo de PBC a sus seres queridos, como ciertos problemas médicos o el vivir en situación de calle. Ahora bien, aquellos entrevistados que aún conservan lazos afectivos con sus familias, también esconden su consumo precisamente para no perder dichos lazos, por lo que la culpa y la vergüenza van asociadas en estos casos a un miedo muy grande al abandono.

“Porque he visto como se denigra al consumidor de pasta base y no quiero que me suceda. Y he visto el trato que le dan, de la forma que son mirados y tratados... no no quiero, que me anden diciendo angustiao (...) mi mama se enteró de un tiempo de mi vida que yo anduve muy arriba de la pelota y mi mama no quería na conmigo. No me dejaban entrar a la casa... yo era el el weon curao, el weon que jala, que se puede perder cualquier cosa de la casa (...) No, mi hijo llorando, mi señora recriminándome, su papá recriminándome, yo por otro lado castigándome... todo mal (...) Es que no me gustaría... que él tuviera... nooo. Él dice que su papa es Max Steel, cuando él era más chico decía que su papa era Max Steel, que su papa era un arreglador ¡El Ee. me adora! Y derribarle esa imagen que él tiene de mí, sería como pegarle o hacerle no sé qué cosa... sería como quitarle un pedacito del (corazón...) No, no... no lo hago pa no preocuparlos, y por protegerlos también po” (Hombre 37 años, Santiago)

“No es como que ya quiero decir: ¡no! Quiero decir no, ya me está aburriendo esta wea, porque a las finales estoy perdiéndome yo, es un gasto de plata, estoy perdiendo a mi familia, a mis hijos de repente les puede dar vergüenza, que sepan sus amigos que yo consumo (...) Porque no es bonito po, no es muy bonito andar fumando pasta y te miran por la calle que andai fumando. Menos yo fumaría delante de un cabro chico po, porque

pa mi es respeto, por eso siempre trato de fumar en partes encerrao estar lejos no sé, de irme a una parte donde no me vea nadie” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“hay 2 o 3 que saben que fumo... pero ellos no conversan conmigo (...) ¡No! No ojala que nadie sepan que... me da vergüenza (...) No quiero causarle problemas a mi hermanos, ni a mi familia ni a mi amigos. Si yo me metí solo tengo que salir solo, tratar de salir por otro lado, o salir solo! ¿Por qué si ellos no me inculcaron a esto porque tengo que estarle dando yo angustia a ellos? Si ellos están feliz y voy a ir yo con un problema, a lo mejor ellos tienen otro problema, le voy a meter mi problema...nooo (...) fumo siempre a escondidas. No voy a involucrar la fuente laboral pa perderla, echarme gente encima por un vicio, mejor prefiero irme lejos” (Hombre 49 años, Santiago)

“Si, si saben pero me da vergüenza, si saben pero no tengo porque arruinarles la vida a ellos tampoco” (Mujer 36 años, Puente Alto)

“Cuando yo antes, cuando yo no consumía, yo trabajaba, me preocupaba de mi casa, me preocupaba de mis hijos, me preocupaba de ver a mi marido cuando llegaba de su casa (sic), lo atendía como era antes, ahora no. No sé, yo, yo me siento mal, me siento... por mí, por mi parte yo fui como culpable de todo esto, dejar mi familia botada, pero (...) un solo hijo, un hijo de quince años me dijo “mamá, nunca te voy a dejarte sola, nunca te voy a dejarte sola mamá, y trata, tú mamá pide ayuda”; “Si hijo, voy a pedir ayuda, pero te lo voy a... Si yo voy a pedir ayuda va a ser por mí, y si usted quiere que yo siga así como era antes, la mamá que era antes -así como salía en esa foto-, yo en primer lugar -le dije- a los diecisiete y a los veintiún años, el día que yo esté así, yo no voy a volver más a su casa, no quiero seguir volviendo porque hay mucha droga, no me quiero seguirme echándome a perder como yo me estoy echando a perderme ahora, no quiero”, incluso le dije “ahora que si llega el día que yo voy a cambiar, algún día ustedes se van a acercarse al lado mío y me van a pedirme perdón ese mal, todo lo que hicieron conmigo, de echarme pa afuera de la casa” (Mujer 43 años, Huechuraba)

“No nadie, porque de hecho por eso los tengo a mi lado todavía, porque yo creo que si ellos hubiesen sabido, me habrían dejado pero... solo (...) Ahí sí que si me dejan solo, solo. Pero gracias a Dios todavía los tengo a mi lado. Ojala que no lo sepan” (Hombre 51 años, Puente Alto)

En lo que refiere a los sentimientos de depresión y angustia —cuya expresión máxima son los intentos de suicidio— estos están directamente asociados a la idea de la adicción como enfermedad crónica, al hecho de tener una condición de la cuál es muy difícil salir a pesar de tener toda la voluntad y las ganas (y algunas veces el apoyo de los seres queridos). La depresión y la angustia vienen en general luego de intentos frustrados por dejar el consumo (dentro de una institución o por cuenta propia), pues los entrevistados empiezan a sentirse atrapados en el círculo vicioso del consumo, que pareciera no tener fin. Estos sentimientos son más recurrentes en aquellos entrevistados que perdieron las relaciones de afecto con sus familias, pues además de sentirse atrapados de manera concreta en el círculo del consumo, no tienen ya una motivación para dejar de consumir PBC, pues sienten que no tienen a dónde llegar una vez que logren recuperarse del consumo.

“Al darse cuenta que uno tiene conciencia de su enfermedad pero uno no puede superarla y, eso es más triste todavía, a pesar de que hay un proceso, y hay otro intento, voluntad propia como para salir pero esto siempre te la gana, entonces es doloroso, te da pena, te recriminai, no sé, te descalificai, te cuestionai y ahí hay lapsus de depresión fuerte, que si no tenía la fuerza, yo he conocido gente que se ha ahorcado, que se ha matado, yo no sé porque lo han hecho, no es la idea en mí, a lo mejor yo creo que todavía tengo la esperanza como para poder decir un día: ya, y poder salir adelante” (Hombre 49 años, Huechurba)

“Una persona débil, débil psicológicamente, con depresión, depresiva, ehm... es que esto a mí me viene por temporada, por temporada me vienen estos bajones, o sea, no por temporadas, por tiempos” (Mujer 47 años, Santiago)

Ahora bien, es muy importante recalcar en lo que refiere a las problemáticas psicológicas identificadas en las distintas narraciones biográficas, el hecho de que estas no pueden ser claramente establecidas como efectos o como causas del consumo problemático de PBC. Si bien hay claridad con respecto a que es un hito de pérdida y abandono radical en algún punto de las biografías de los entrevistados el que desencadena el consumo problemático, no es posible decir que dicho consumo sea la causa principal desencadenante de todas las problemáticas psicológicas mencionadas —pues algunas de estas pueden ser antecedentes al mismo—. A pesar de lo anterior, en las diversas narraciones biográficas muchas de estas problemáticas psicológicas son atribuidas directamente al consumo de PBC, sino en su inicio, al menos en su profundización o permanencia en el tiempo —lo que tiene consecuencias claras en la autopercepción de los entrevistados—.

4.4.3. Autopercepción social y transformaciones en las rutinas y relaciones sociales:

El consumo de PBC también genera diversas transformaciones importantes en las rutinas cotidianas de los entrevistados, así como en sus relaciones sociales más cercanas y significativas —cambiando las formas y contenidos de las mismas—. Nuevamente, el hito que gatilla estas transformaciones es el inicio del consumo problemático de PBC; generando que los cambios de rutina de los entrevistados se vuelvan más o menos permanentes, y que las relaciones sociales de los mismos se deterioren paulatinamente hasta generar daños significativos en los lazos pre-existentes al consumo —obligando a los entrevistados a crear nuevos vínculos sociales asociados casi exclusivamente a la adquisición y consumo de esta sustancia—.

En lo que refiere particularmente a los cambios de rutina, las principales transformaciones producidas una vez iniciado el consumo problemático de PBC son el tener comidas y horas de sueño muy variables e inestables, el “vivir al día” —como forma de significación principal de la cotidianidad de una persona en consumo problemático de sustancias— y el abandono de responsabilidades sociales en general (descuido y pérdida trabajo, descuido de los hijos y el hogar).

Respecto al cambio de tener comidas y horas de sueño muy variables e inestables, éste se relaciona directamente con los efectos físicos de la PBC; precisamente con la disminución del hambre y del sueño que son parte de la etapa eufórica del consumo de esta sustancia (SENDA, 2014). Cuando los entrevistados se vuelven personas que consumen PBC de forma habitual, dichas sensaciones propias y circunscritas a la etapa eufórica del consumo comienzan a volverse en estados fenomenológicos permanentes, lo que genera una transformación radical de la cotidianidad de los mismos. Esto, porque al perder “la rutina normal” de nuestra cultura —comer a ciertas horas, ciertos alimentos y en ciertas cantidades, así como el dormir cierta cantidad de horas de forma continua durante la noche— las personas que consumen PBC habitualmente pierden los marcadores temporales que tradicionalmente estructuran y ordenan la vida social (fenómeno que se presenta de un modo radical en los entrevistados que viven en situación de calle). Así, la rutina pre-existente al consumo desaparece para dar paso a una “des-rutina”, basada en un marcador único que prácticamente no distingue temporalidad: el consumo de PBC. En el largo plazo, esto genera transformaciones biopsicosociales radicales como las descritas más arriba.

“(¿Dormir...?) Todavía no me he acostado... es verdad. No, como a las 4:00am, 5:00am, 6:00am (¿despertar...?) Depende de dónde esté durmiendo. De repente 2:00pm (...) me quedó hasta... a la 1:00pm, en la plaza a la 1:00pm, cuando estoy en la casa del loco que

te digo yo, ya, de repente estoy durmiendo y llega uno que quiere fumar, pasa pa'dentro a fumar, ah ya, cagaste. Hoy día no llegó nadie, dormí como hasta las 2:00-3:00pm" (Hombre 38 años, Santiago)

"Después ya me quedó gustando, ya no llegaba a las 6 de la mañana ni 7 de la mañana a la casa, llegaba a las 2 de la tarde, 4 de la tarde, al otro día. Llegaba el día lunes y empezaba a debilitarse mi relación con mi mujer po" (Hombre 37 años, Santiago)

"Desesperación, porque no he consumido pasta desde el fin de semana, cuando puedo (...) Si ahora yo me quedé dormido, por eso fui a esta hora (a la sede), y después en la noche no duermo. Ese es un día normal. Como le digo, y ahora me va a costar quedarme dormido, porque dormí toda la tarde (...) es variable" (Hombre 51 años, Puente Alto)

Esta forma atemporal de existir en el mundo que genera el consumo habitual de PBC —dónde el paso del tiempo se mide sólo en función del consumo (cuánto me falta para poder consumir, todos los días son sábados en consumo, ayer consumí y hoy no, etc.)— comienza a generar un eje de sentido particular dentro de la vivencia cotidiana de los entrevistados, y es el vivir al día. Esta pérdida de las rutinas aceptadas como "normales" dentro de nuestra cultura, afecta no solo la frecuencia de comidas y horas de sueño, sino que todos los ámbitos de la vida: el trabajo, las actividades recreativas, las relaciones sociales, etc. Luego, la experiencia fenomenológica del mundo se vuelve en una "del presente", que se estructura sobre el consumo de PBC y las estrategias para procurarse los recursos para la adquisición de la misma, las que en general son diarias —entendiendo que "un día" de una persona que consumen PBC habitualmente comienza procurándose el dinero para consumir y termina consumiendo todo lo que pudo adquirir, por lo que este "día" puede durar unas pocas horas si generó dinero para comprar dos pepelinas, o cinco días si le alcanzó para dos bolsas de PBC (por ej.)—. Esto permite entender también el que algunos entrevistados pierdan la noción del paso del tiempo, señalando que estuvieron semanas o meses en consumo continuo prácticamente sin darse cuenta.

"Por esa wea yo prefiero caminar, sí po (...) oye, si es en cosa de segundos esta wea, son cosas de segundos... yo vivo mi vida así, mi vida culiá es así, segundos, minutos, eso para mí es la vida mía, porque en cualquier momento pueden verme... ¿ve?, me vieron ellos, andan con teléfonos, un telefonazo "boom", vuelan las camionetas, y que se bajen aquí "wa, pá, pá, pá" (sonido disparos)" (Hombre 25 años, Santiago)

"Nooo, es que por eso te digo, noo, es que si yo tuviera plata, si tuviera 500 lucas me fumo las quinientas lucas, pero ahora como estoy, estoy mal, estoy en la calle, tirao, me fumo unas 20 yo creo (...) De repente, de repente es un pez gordo, puede subir la cuota, pero depende del movimiento. Pero yo por mí fumaría lo que más puedo (...) De repente hay días que está, está malo, pero el día más malo tomái diez hueás, días buenos te tomái (hace gesto de "muchas")" (Hombre 38 años, Santiago)

Esta pérdida de las rutinas "normales" y el vivir al día se relacionan íntimamente con el abandono de responsabilidades o "deberes sociales" por parte de los entrevistados. Al respecto, cabe destacar que los ejes de sentido en este caso muestran una diferenciación muy clara por sexo: mientras los entrevistados hombres se refieren casi siempre al abandono de sus deberes laborales —comienzan llegando tarde, luego faltando un par de días, hasta que se genera un completo abandono del trabajo "formal" (o el despido por parte del empleador)— las entrevistadas mujeres hacen énfasis en el descuido de las labores hogareñas —descuidando el aseo del hogar, la calidad y frecuencia de las comidas familiares, la crianza de los hijos, etc.—.

"Claro, ya no tenía eeheh, responsabilidades y como estaba anestesiado no quería hacerme cargo de nada, no me hice cargo de nada durante como 5 años, como 5 años"

que no me hice cargo de nada. Si yo no hubiese caído preso, quizás en qué andaría... porque yo caí preso y ahí como que paré un poco” (Hombre 37 años, Santiago)

“Un montón de cosas, trabajar responsablemente, tener un trabajo sólido, tengo las capacidades y el talento para hacerlo pero no lo hago, por el tema de la pasta base que limita mucho (...) Sabe, yo soy una persona bastante comunicativa, hablo bien, una persona bastante amena en la comunicación, normal pero (...) con menos fuerza, menos interés, menos responsabilidad, eso lo malo lo que me cambia el consumo, porque por mi parte yo soy responsable, puedo llevar mi vida pero con pasta base a duras penas salgo para arriba (...) porque hay días que ni siquiera voy a trabajar, entonces cuando estoy consumiendo full time pasan dos o tres días y no trabajo (...) Día de pago, mi jefe ya sabe que no me va a ver, “hasta el martes” me dice (risas)” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“Son iguales a mí, iguales, iguales los dos, es verlos a mí. Si mi mamá me dijo, cuando nació la Mm. y estaba más chiquitita, en su carita, la tomó, no tanto bebé recién nacido, me dijo “hija, soy tú, soy tú, verte cuando tú recién naciste”, mi mamá cuidó de la Mm. cuando tenía cuatro meses, era chiquitita. Del Aa., a los seis meses yo ya me distancié de mis hijos, entonces... Igual estuve viviendo con él cuando más grande, todo, estuve compartiendo así, el lazo de mamá, pero me duraba un tiempo, porque después volví a recaer de nuevo en la droga, y “mamá no puedo tener al niño, ni puedo tenerlo yo porque en droga yo no puedo ser madre”, yo por eso se lo entregué legalmente, se lo entregué a mi mamá porque imagínate que yo ande perdida cinco o seis días, y mis hijos ni Dios lo quiera, caen en el hospital, y ¿a quién tienen que andar buscando para sacarle la firma para que le hagan cualquier cosa? Es a mí, entonces “mamá, tome, ahí están mis hijos, yo no puedo ser responsable de mis hijos, no puedo, aunque quiera no puedo”” (Mujer 28 años, Puente Alto)

“Cuando yo antes, cuando yo no consumía, yo trabajaba, me preocupaba de mi casa, me preocupaba de mis hijos, me preocupaba de ver a mi marido cuando llegaba de su casa (sic), lo atendía como era antes, ahora no. No sé, yo, yo me siento mal, me siento... por mí, por mi parte yo fui como culpable de todo esto, dejar mi familia botada” (Mujer 47 años, Huechuraba)

Estas diferencias de sexo en el tipo de responsabilidades abandonadas por nuestros entrevistados nos hablan de los roles culturalmente asignados a hombres y mujeres en nuestra sociedad, pero precisamente su “descuido”, representa una señal clara respecto de los cambios sociales específicos producidos por el consumo problemático de PBC. Nuestros entrevistados, independientemente del rol que tuviesen asignado dentro de la sociedad —padres, obreras, hijos, estudiantes, esposas, etc.— una vez iniciada la etapa problemática de su consumo, dejan de cumplir las funciones que supone dicho rol social —entendido como posición o implicancia conductual de ocupar una cierta posición en la sociedad—. Este abandono de funciones implica una pérdida de orientación de la acción de los entrevistados respecto de los grupos sociales dónde se insertan —dejan de ser hijos o esposas en sus familias, dejan de ser trabajadores competentes en sus empleos— pero al mismo tiempo implica una pérdida de orientación de la acción por parte de los otros miembros de esos grupos para con los entrevistados. Sus familias, sus colegas y amigos ya no saben cómo actuar con ellos, cómo acogerlos dentro de estos grupos en la medida en que ya no ocupan una posición específica dentro del grupo ni responden a las conductas esperadas de la misma, pues todo su interés se vuelca hacia la satisfacción individual de la necesidad de consumo de PBC. Es esta razón precisamente la que genera el verdadero deterioro y/o rompimiento de los lazos afectivos y sociales de todo tipo alrededor de las personas en consumo problemático de PBC. Luego, no es que los grupos sociales a los que pertenecían los entrevistados les recriminen el estar en consumo realmente —en el sentido de la autodestrucción biológica y psicológica que esto implica— sino que el haber dejado de ser buenos trabajadores

(puntuales, cumplidores), buenas hijas (la casa perfecta, el cuidado de los menores) o buenos esposos (proveedores). Si bien esto no es tan evidente en la reflexión hecha por los entrevistados a través de las historias de vida recolectadas en esta etapa, era una idea bastante clara e importante para los centros de tratamiento participantes de la etapa formativa cualitativa.

“Las relaciones más problemáticas son con la familia (la pareja, la madre, los hijos), no por el consumo en sí, sino principalmente porque dejan de ser funcionales para la economía hogareña (no trabajan, no aportan dinero, no se levantan, roban cosas de la casa) y la vida familiar (no cuidan a los hijos, no comparten). El consumo es clandestino por lo mismo, para no “defraudar” a la familia, para no traicionar sus valores. Por eso, las personas llegan a pedir ayuda luego de un consumo de larga data y por presión de la familia, la que muchas veces espor vía judicial. También tienen problemas con los vecinos cuando roban, y en los trabajos son muy inestables” (Matriz de vaciado COSAM Estación Central, Etapa Formativa)

Considerando todo lo anterior, es que se comprende que los principales cambios sociales mencionados por los entrevistados dentro de sus relatos biográficos sean la pérdida del trabajo, la pérdida del pudor social, el abandono de actividades recreativas, la pérdida de amistades, la pérdida de confianza de la familia, el quiebre de la familia o con la pareja, y el abandono de los hijos —siendo estas últimas las más mencionadas y relevantes para los entrevistados—. Ahora bien, no sólo cambia la forma de las relaciones afectivas más cercanas de los entrevistados —que como vimos más arriba en general se pierden, y las nuevas relaciones creadas en contextos de consumo se estructuran sobre los ejes de sentido de la soledad y el interés fundado en el consumo de PBC— sino también su contenido: luego de iniciado su consumo problemático, los entrevistados señalan que sólo reciben desconfianza y recriminación por parte de los mismos.

“Si po un tiempo cuando yo te contaba que habían desconfianzas conmigo... ponte tu yo ahora me desaparezo un mes o un mes y medio, por causas de trabajo y llevo a la casa y se notal al tiro cuando mi mamá me mira diferente, yo siento cuando mi mamá me mira diferente” Hombre 37 años, Santiago)

“Pero lo malo fue eso, la pasta base me arrastró mucho, ya después mi familia no me quería, empecé a robar, mi hermana “oye, falta la batidora”, “ohh”, “Aa.” le decía a mi cuñado, “¿viste la batidora?”, “en la cocina po” “no, si no está po, a lo mejor se la pasaste a la Janet, voy a llamarla”, “Janet, ¿no te presté la batidora?”, “no”... “Pp.... ¿la batidora?”, “¿y qué sé yo?”, “Pp., la batidora”, “no, y qué me decis a mí, yo noooo, nooo a dónde”. Y mi cuñado en el patio “Bb., ¿me viste el serrucho eléctrico?”, ohhh... así. Después “Aa., yo tenía dos pocillos grandes aquí de greda, ¿no los viste?”, así... No me da vergüenza contarlo, porque lo hice (...) llegaron mis primos, mis tíos, todos me miraban “oh, weón... pero mira cómo andai”, “yaaa, váyanse a la chucha, qué...”, me daba rabia, porque más lo que me criticaban... “pero mira, mira cómo estay, y volviste de nuevo a la weá, y volviste weón, qué weá diría tu mamá, no te querís y por qué estay así, y para la weá, y termina...”, en vez de decirme “anda mañana pa la casa y conversamos”, o “espérame un poquito y conversamos, ¿qué necesitai, qué querís?”, pero no, era todo ipá, palo, palo! Entonces, enterramos a la abuela... no tenía paradero po... larga... ¿fome?” (Hombre 32 años, Santiago)

“Ahí empezamos a pololear, tuvimos como dos años pololeando y nos casamos, estuvo todo bien hasta que empecé el consumo de pasta base (...) No yo no le conté nunca, ella se enteró después por otras personas, me ayudo sí, me ayudo, siempre estuvo conmigo, nunca me echo de la casa. Fui yo el que pesco las maletas y me fui, yo ya tenía la escoba, así que dije voy a volver cuando supere esto, pero nunca lo he superado (...) Mis hijas chicas, hasta el día de hoy saben que yo soy una persona consumidora, que me fui de la casa y que nunca más las volví a ver, que estaba aquí en el vicio; es que nunca más tuve contacto con ellas y... hay momentos que me cuestiono, sobre el tema de nunca más

haber vuelto a la casa y de haber dejado abandonadas a mis hijas (...) no creo que por ejemplo con mi señora, se pueda formar una relación nuevamente, hubo mucho daño, ambos nos provocábamos mucho daño. Mi hija mayor ya está grande, ya tiene sus hijas la Aa. ya tiene 3 años, mi nieta. Ella tiene su pareja y las chiquillas crecieron sin mí, imagen paterna no tienen, entonces es medio complicado el tema” (Hombre 49 años, Huechuraba)

“Y yo le hablé de mi hijo, que yo lo dejé de 1 año y ahora tenía 4. Y de repente yo le pregunto: “¿y cuál es la sorpresa?” Y de repente veo a un cabro chico corriendo; “¿Y quién es?”; “el Aa. po” (llora muy emocionada), y ahí me mataron, ahí me mataron. “¡Aa, ven!”; “¿Y quién soy vos?”; “Aa. hijo, ¡ven!”; “¿Pero cómo que hijo? Si yo no soy tu hijo, mi mamá se llama Vv.”; y yo le decía: “pero hijo ven”. Era mi hijo, y como que yo quería contarle todo, lo abrazo y “¡wuaaaaa! (grita el niño)” y me da una cacheta, y “ándate si yo no te conozco, ¿quién es esta señora?”. Y yo como lo dejé no podía decirle nada... yo decía “igual me lo merezco” (...) No pude, no pude, no pude, no pude. Aparte que dijo, él tampoco quería venirse conmigo, ¿me entendis? Y yo pensé: “puta, él no sabe que yo soy su mamá, algún día lo va a saber? (...) Pero si él ya tiene un mundo, y yo sacarlo, o sea como va a sufrir al lado mío” (Mujer 29 años, Huechuraba)

Si bien las relaciones sociales de los entrevistados ya han sido lo suficientemente abordadas en este informe, cabe destacar que el cambio de forma y contenido de la mismas producido por el consumo problemático de sustancias, es uno de los principales factores de deterioro emocional y psicológico para las personas que consumen PBC de forma habitual. Por lo mismo, aquellos entrevistados que lograban mantener un contacto amoroso con sus seres queridos — similar al pre-existente al consumo, al menos en cierto grado— presentaban visiones más optimistas de futuro, y de sus propias posibilidades de rehabilitación del consumo de sustancias.

4.5. Discriminación y estigmatización social

La idea de discriminación y estigmatización social es un eje de sentido importante en varios de los relatos biográficos de nuestros entrevistados. Si bien la mayor parte de ellos desarrolla dicho eje a partir del consumo problemático de sustancias —considerado como hito principal— en algunos relatos dicho eje comienza desde antes, asociado a otros contextos de vulnerabilidad social vividos previamente por los entrevistados o por personas cercanas a ellos —principalmente la situación calle, la pobreza material y la violencia física o sexual—. Lo interesante de este eje, es que si bien la mayoría de los entrevistados se posiciona a sí mismo como receptor de la discriminación luego de concebirse como persona en consumo problemático de sustancias, algunos también profundizan en su condición de emisores de la discriminación, antes de “conocer el mundo de la calle” y el consumo de PBC en carne propia.

“Es que igual yo opte por separarme, porque él tomaba y yo no tomaba, era muy agresivo, cuando tomaba era muy agresivo y a mí ese tema me complica mucho, no me gusta esa parte de la agresividad, así que te toquen, te peguen y que tu no tengas la fuerza de defenderte, y agarrai temor y sabí que en cualquier momento te puede volver a pasar, no es una cosa que ocurre una vez, no que te lo juro, yo sé que es una cosa (...) que va a volver a pasar siempre, ya lo viví hace mucho y eso po, después conocí a esta persona (...como a los) 25 por ahí y ahí tuve a mi segunda hija y de ahí vino el li., y opte por la separación porque él estaba metido en las drogas, yo cache, las personas que están metidas en las drogas yo siempre los miraba sobre el hombro, para mí era lo peor, y cuando cacho que estaba metido en ese mundo con un compadre que tenía, y los vi y me puse a llorar, y yo soy una persona así cuando digo no, esta cuestión yo lo corto y no (...) se acabó, se me va todo, o sea puedo sufrir mucho pero después viene un este queeee...

Esto no puede ser y lo pille, y llegó un momento que le dije que me daba hasta asco, esto se acabó y me das asco y es lo que te pille y esto se terminó, le conté a sus papas y quedo la escoba, y me fui... me vine para acá en la parte donde estaba el Hogar de Cristo y empecé a quedarme acá para no tener... pero mis hijos se quedaron siempre con mi suegra para no tener que moverlos de un lado para otro, además no tenía el dinero suficiente” (Mujer 36 años, Puente Alto)

“Andar en la calle, que es cosa que nunca en mi vida se me había, ni siquiera se me había pasado por la mente que yo iba a dormir en la calle, en un grupo, conocer gente de la calle, que se le llama gente de la calle pero son personas igual como soy yo o como es usted, pero la diferencia es que como la gente ya conoce el sistema de la calle, por eso se le dice gente de la calle. Y en la calle uno se mete a hartas cosas (...) No, yo estuve con consumo ahí, ahí donde estábamos viviendo, pero no, tampoco no le hago en cualquier parte, porque no me gusta, como te digo, el consumo para una mujer el consumo de pasta base es muy mal mirado, porque, por lo mismo que te decía, porque cualquier hombre que te ve pegándose un pipazo a una mujer, lo primero que dicen es “ah, ya” (...) “aquí tenemos la mano”, porque se supone que la mujer que consume pasta base es porque anda en la calle, es que muchos no piensan que todas no somos iguales, entonces yo por eso no consumo, en la calle no, en la calle no” (Mujer 47 años, Santiago)

Esto nos permite observar que la estigmatización social que sufren las personas que consumen PBC también se constituye sobre otros elementos de vulnerabilidad social asociados al consumo de sustancias mismo, y que la discriminación no es un elemento externo a las personas en consumo problemático, sino que estos también contribuyen a las representaciones sociales estigmatizadoras en tanto parte del todo social. Ahora bien, si sumamos la estigmatización social radical que pesa sobre las personas que consumen sustancias con dichos otros factores de vulnerabilidad social que también son objeto de discriminación por parte de la sociedad, podríamos decir que efectivamente el “drogadicto” es uno de los sujetos más estigmatizados y rechazados en nuestra sociedad. Esto lleva a las personas que consumen PBC de forma habitual a generar prácticas específicas de consumo asociadas a la clandestinidad del mismo, pero también a ocultar sus prácticas generales de vida; invisibilizándose materialmente ante la sociedad.

“Ahora en estos momentos me da vergüenza, la gente me mira de otra manera. Hay gente que me... gente que a mí me conoció, me conoció así (...) Pero hay gente que por lo menos... hay gente que de repente, gente que me quiere. Yo les explicaba, les dije “yo no entiendo por qué una persona mira tan mal que yo nunca jamás, nunca he hecho daño a nadie”, jamás he hecho daño a nadie, nunca he matado, nunca he robado, nunca he robado otro lado y hacer un asalto, robar plata de otra gente, no, nunca he hecho eso, y eso le explicaba a la gente (...) Me miran como de otra manera, yo les digo “sabes qué, a mí no me interesa cómo me miras, a mí no me interesa el cariño de ustedes si no me quieren dar, pero la mayoría de la otra gente sí que me conoce”, pero hay unas ciertas personas que me, me dijo “Oo., Oo. tú puedes, tú puedes” (Mujer 43 años, Huechuraba)

“Porque desde ahí yo veía otras cosas, desde ahí yo veía eh... como se le trataba a los cabros que se volaban y todo esto, yo veía el trato que les daban y era denigrante “que si vo en la calle son puros angustiaos, hace las weas”. Menos mal que yo me manejo por el lado del centro cachai, no me voy a meter a las poblaciones nunca me he ido a volar a las poblaciones y cuando me vuelo me vuelo solo o con mi pareja (...) Por lo mismo, por el entorno porque siempre me ha preocupado mucho el entorno siempre que me vuelo, me vuelo casi (...) Escondido, porque encuentro, sé que es malo, sé que es fome, no es algo legal, sé que no es algo normal, pero no po (...) he visto cómo se denigra al consumidor de pasta base y no quiero que me suceda. Y he visto el trato que le dan, de la forma que son mirados y tratados. No, no quiero, que me anden diciendo angustiaos” (Hombre 37 años, Santiago)

Por lo mismo, la condición de “población oculta” de las personas que tienen un consumo problemático de sustancias no refiere solo a la dificultad investigativa de muestrearlos ni a las prácticas clandestinas asociadas al consumo mismo, sino que a toda su existencia como personas individuales y como miembros de la sociedad. A la larga, la estigmatización y discriminación social se vuelven en herramientas de invisibilización y olvido por parte del todo social, pues si no vemos el problema, este no existe.

4.6. Relación con instituciones

La relación con instituciones es bastante variable dentro de las trayectorias de vida de nuestros entrevistados, desde aquellos que no han tenido ningún tipo relación con ninguna de ellas, hasta los que han pasado prácticamente toda su vida dentro de alguna institución; por lo que este apartado lo desarrollaremos desde las instituciones tratadas en la pauta de entrevista original —la cárcel y los centros de tratamiento y rehabilitación de consumo de sustancias— y aquellas que salieron de forma espontánea e importante dentro de los relatos —principalmente instituciones de menores y centros de acogida a personas en situación de calle—.

4.6.1. Instituciones de menores

De nuestros entrevistados, cuatro (4/13) tuvieron relación directa con instituciones de menores. Uno de ellos estuvo detenido un tiempo por robo y por ser menor de edad, y otra fue ingresada un tiempo debido a su adicción adolescente a la PBC; y los otros dos fueron prácticamente criados en una institución, uno debido a la mala situación económica de su familia y la otra como medida de protección ante una situación de abuso sexual intra-familiar.

En el primer caso —detención por robo como menor de edad— el paso por la institución de menores es significado como una cárcel inútil, ya que el entrevistado siente que se le privó de su libertad sin una utilidad real o permanente para su vida. Este no sólo siguió delinquiendo y consumiendo sustancias psicoactivas estando dentro de la institución, sino que se integró aún más al mundo delictual del que se lo pretendía alejar con dicha internación.

“Al COP de Pudahuel (...) Como siete meses (...) Noo, ¿de qué me va a servir? Mira, ¿de qué te sirve a ti caer preso?... de nada, si voy a volver, voy a salir más malo, mira, ¿sabís qué?, yo encuentro que toda esa wea que te dicen “no, que los weones... que es como un centro”, que aquí, que allá, callampa, la wea es lo mismo, te ponís más malo de lo que entrái, porque aprendís weás que otros weones son más grandes que tú y las aprendís po weón, y la vista es rápida, y la mente también es rápida, o sea, las dos weas que tenemos más en mente nosotros es la vista y la mente po weón, yo miro y aprendo, miro y aprendo (...) Más, más cosas, más palabras, más mala educación, ehh, me arrancaba... Fugahuel (sic) le decíamos nosotros, los fin de semana, Fugahuel, y puta, ¿eso pa ti es un agrado?, ni cagando po, si por algo te toman detenido, ¿para qué?, para que te puedan controlar, te puedan ver y te puedan cuidar, yo creo” (Hombre 25 años, Santiago)

En el segundo caso —internamiento por consumo problemático como menor de edad— la institución es apenas nombrada, y a pesar de que dicha internación sirvió en el corto plazo ya que la entrevistada dejó de consumir PBC por 5 años, en el largo plazo esta también es significada como inútil, pues sus condiciones de vida la obligan a seguir prostituyéndose —y en ese contexto, a seguir consumiendo esta sustancia, a pesar de sus esfuerzos por dejarla—.

“No, me mandaron a mis abuelos. Porque a todo esto, antes de que pasaran todas estas cosas, que yo me fuera pa allá (al centro de menores), me drogaba, fumaba pasta y todas esas cosas ¿me entendís? Hasta que estuve un año y medio y deje la pasta (...) Porque

empecé a trabajar en la noche y... había gente que me pagaba por fumar. Y yo inventaba que fumaba, pero no sentía, y un día cura, la aspiré... y ya, tu sabes que las recaídas son las peores, te empieza a doler la guata y... De a poco empecé, era una vez al mes, después cada 15 días, después: dos veces a la semana. Y después ya chao, deje a todo” (Mujer 29 años, Huechuraba)

En el tercer caso —internamiento por problemas económicos de la familia— se produce algo diferente, pues en un inicio se explicita el éxito de la institución de menores como espacio de seguridad y protección, llegando incluso a generarse relaciones de afecto con los compañeros y funcionarios de la misma, significándola como familia; para luego producirse un cambio administrativo que implicó un cambio de institución, que deriva finalmente en el inicio del consumo de drogas y alcohol en torno a las redes sociales generadas por la misma institución, y el primer acercamiento del entrevistado al mundo delictual. Nuevamente, la institución de menores fracasa en su cometido de protección, incluso facilitando el acceso del entrevistado a todo aquello de lo que se lo quería alejar.

“de ahí en adelante más de familia no supe, pa mi de ahí en adelante mi familia eran 60 cabros chicos más de mi edad con los cuales yo hacía de todo po... o sea... con los 60 weones tomaba desayuno a la misma hora, comíamos a la misma hora, nos íbamos del delantal al colegio a la misma hora... de ahí en adelante... pa mí la familia eran ellos (...) cuando asume el gobierno de Aylwin queda como ministra a cargo del... del SENAME, que se creó en ese momento, la Soledad Alvear y quitó todas las subvenciones po. El hogar se desfinancio, así que nos empezaron a repartir a diferentes hogares más chiquititos. Me mandaron pa allá pal lado de ehh de Gabriela, pal lado del Castillo... una fundación... de ahí empezó todo lo fome en mi vida, tenía como 14 años, empecé a tomar a fumar... ya el hogar de allá era más abierto podíais andar en la calle, te quedabais afuera, te vinculabais con otro tipo de gente... y entré en todo este círculo (...) El trago, el alcohol (...) lo empecé a probar como a los 14 años (...) Con los mismo compañeros. No, es que como te digo, como era un hogar más abierto, tanto nosotros podíamos salir a la calle como, gente de la calle podía ingresar pa donde nosotros ¿cachai?” (Hombre 37 años, Santiago)

El último caso de internamiento por abuso sexual intra-familiar es el más dramático, ya que la entrevistada no sólo no logra ser protegida de la situación de abuso sexual que había en su casa —pues su padre la sigue violando mientras está en la institución— sino que no recibe educación formal completa —sólo le enseñan a leer y escribir— y es obligada por la directora del centro a casarse con alguien que apenas conocía, como nueva medida “de protección” —celópata que la agrede físicamente y la echa de su casa, lo que la lleva al consumo de PBC—. Este es un caso paradigmático de fracaso de una institución de menores, pues no logran separarla definitivamente de la realidad de abuso sexual y vulnerabilidad social que vivía, ni tampoco darle las herramientas educativas y emocionales necesarias para valerse por sí misma con posterioridad.

“A los 17, porque incluso, porque la directora, la directora le dijo incluso, se la dejó encargada con otra tía, y en el hogar de nosotras habíamos puras mujeres. Y, y en el hogar, tenían como salida a las niñas, las sacaban, salían a pasar o a su casa, con sus familias. Yo nunca tenía salida porque nunca salía, yo siempre me quedaba ahí. Yo cuando salía, solamente yo iba, yo iba con la directora del hogar, la Mm. se llamaba, con la Mm. ella me sacaba siempre y me llevaba pa su casa. Me llevaba ahí. La directora se la dejó encargada a, con una tía, le dijo: “Por favor, se la encargo” le dijo, como ella estaba tan enferma que estaba, que ella se tuvo que quedarse en su casa, entonces le encargo que: “Por favor, que si llegara el papá (...) no la dejes, no dejes que su papá la saque, que la saque el papá”. Mi papá le dio la lesera en el hogar y por la fuerza, hizo los medios escándalo, y me sacó. No sé a dónde me llevó, no sé. Y me violó. Y quedé súper mal. Incluso ahí fue cuando... y la directora, el deseo que ella quería, era de salir casada a los 21 años; salir casada del hogar” (Mujer 43 años, Huechuraba)

Desde los relatos de nuestros entrevistados, se podría decir que las instituciones de menores no son sólo incompetentes en su objetivo principal que es proteger a los niños y darles un futuro mejor, sino que muchas veces facilitan el contacto de estos con “el mundo de la calle”, aumentando su vulnerabilidad social. Estas instituciones en general son significadas en las narraciones como espacios de contención sin una utilidad duradera, ya que mantienen a los entrevistados alejados temporalmente de los problemas socio-familiares que los hacen ingresar ahí, pero no les entregan las herramientas necesarias para desenvolverse por sí mismos en la sociedad, ni un acompañamiento apropiado —ni siquiera un seguimiento— una vez cumplida la mayoría de edad y luego la desvinculación obligada de la institución.

4.6.2. Cárcel

Casi todos los entrevistados han sido detenidos en algún momento de sus vidas —por consumo de alcohol o pasta base en la vía pública, venta ambulante, hurto, lesiones graves (dinero para fianza), robo en lugar no habitado (menor de edad) y micro tráfico (buen abogado)— pero sólo cuatro (4/13) de ellos hicieron condenas largas en la cárcel —por robo con intimidación, robo en lugar no habitado, robo en lugar habitado y tráfico de PBC—. Llama la atención que en estos últimos cuatro casos, el paso por la cárcel es tan significativo dentro de las historias de vida de los entrevistados, que la temática es mencionada mucho antes de que aparezca como pregunta en la pauta de entrevista: independientemente de la significación que le den a su paso por esta institución, este se constituye en un hito relevante dentro de sus biografías personales.

El hito de la cárcel genera trayectorias de consumo particular, pues para algunos constituye un período de alejamiento “voluntario” del consumo de todo tipo de sustancias, y para otros en un período de aumento radical del mismo, vinculado a la generación de un “status delictual” dentro de la institución —constituyéndose así dos grupos dentro de nuestros entrevistados que pasaron por el sistema penal—.

En el primer grupo se encuentran aquellos entrevistados que continúan consumiendo o traficando dentro del espacio carcelario gracias al mismo movimiento interno propiciado por gendarmería; consumo y tráfico asociado en las narraciones biográficas al mantenimiento de un cierto status delictual fuera de las calles. Luego, el eje de sentido que surge en estos relatos a partir del hito carcelario, es el de la cárcel como escuela del crimen: no es sólo que la privación de libertad no sirve realmente para reformar la conducta, sino que se aprenden más conductas delictivas y se profundizan las relaciones sociales dentro del mundo delictual.

“Salí con más ganas de robar, si esa weá de la cárcel es... después te creís más el cuento, es que estoy con bandidos po, con bandidos más viejos po, estoy con gente que sabe más que ti po, ¿cachai o no?, y aprendís más, aprendís a pelear a tajos, a... a verme mi espacio, que yo tenía la tremenda casa pa mí solo, y tener mis perkines, y pescarme a tajos con mis perkines, y que me entraran mi droga, ¡MI DROGA! (énfasis) weones que ¿ah?, ¿cachai? (...) la cana culiá está todo basado en puro dinero, dinero, droga, teléfonos, chip, pastillas, tá basado en toda esa wea... a la mierda sí, me da lo mismo, si ya pasó esa weá, ya no me acuerdo de esa wea, ya viví mi momento, ahora vivo la calle, vivo lo que estoy viviendo” (Hombre 25 años, Santiago)

“yo vivía en el Santiago 1, y como siempre he sido bien giro sin tornillo estaban con problemas porque habían instalado unas antenas que les bloqueaban los teléfonos y no se podía llamar pa fuera... y un día me ofrezco pa limpiar los pisos y pa cachar adonde estaban las antenas y que tal eran las antenas... ya cacho qué onda con las antenas... ya po me subo a los pisos me pongo a limpiar y cacho las antenas... cuando fuimos a enfermería me conseguí una jeringa y moje los transformadores de las antenas y las desconectaba po... ahí todos supieron que fui yo po... “compadre lo que quiera, lo que quiera, usted pida lo que

quiera no más... ¿tiene pa comer hoy día en la pieza?, ¿tiene cigarros?" (...) Me decían McGiver (...) Hasta que un paco se enteró que había sido yo. Me cambiaron de torre, fue peor, porque modulo que me mandaban yo iba diciendo lo que había que hacer y en todas partes lo hacían, porque las antenas eran individuales por modulo y al final quedo todo Santiago 1 sin antena. Me mandaron a San Miguel (...) ¡y también po!! Un día se quemó un tubo de la escala y hablo con el suboficial Mm. y le digo, mi suboficial deje arreglar el tubo que no tenemos como bajarnos, no veímos nada y hay viejos que apenas se mueven po "ya" me dijo "hacete un escrito, manda a comprar los materiales y arreglai la wea". Hicimos la plata entre nosotros mandamos a comprar todo nosotros, entraron los materiales y hice la instalación "ahh le pegai a la cosita. Sabi que hay un cupo en el taller de mantención ¿querí irte pa allá? (...) Me mandan a trabajar a mantención y ahí yo tenía acceso a toa la cana de nuevo, todos los pasillos todas las torres, línea de fuego, guardia interna, todo todo, yo podía andar por donde quisiera, andaba con mi delantal y maleta con herramientas y me manejaba por toa la cana también po. Llevaba el cable, cortaba, no sé po el metro costaba una luca po, como no tenía visitas tenía que hacerla porque tenía que sobrevivir po me decían "puta Cc. necesito que entre una tele, porque no te haci un escrito pa que entre una tele", "ya listo ni un problema", "¿cuánto es?", "20 lucas", "ahí está el escrito", entraba la tele y así me meneaba (...) y de repente por mis manos pasaba droga también en la cárcel, de repente chaa llegaba una encomienda, una radio, la radio pasaba por mantención tenía que destaparla revisarla, ver que no trajera nada turbio por decirlo así, sellarla y mandarla pa fuera, a guardia interna y guardia interna se lo entregaba a los internos... ya po me decían "Cc. sabi que va a llegar una radio así así así tal día llega, vienen pastillas, viene marihuana, viene de todo adentro de la radio, pero está funcionando sí" (...) sacaba las cosas la echaba a la maleta, ponte tu tenía una extensión con una caja con una zapatilla de esas con enchufe que por dentro, bueno era la pantalla de la caja, porque adentro era pa guardar el teléfono, pa guardar lo que fuera , yo andaba con mi teléfono pa todo lados y nadie sabía, yo andaba con la extensión de la máquina, nadie sabía que adentro de la extensión había un teléfono y... así me manejaba también po y como con harta droga, con harta droga" (Hombre 37 años, Santiago)

En el segundo grupo se encuentran aquellos entrevistados que luego de un ejercicio de reflexión personal sin mediar un proceso de rehabilitación formal —asociado a la generación de ingresos para enviar a los hijos— o de un hecho traumático vivido muy de cerca —el incendio de la cárcel de San Miguel y la muerte de los 81— deciden dejar de consumir sustancias psicoactivas dentro de la cárcel. En estos relatos la decisión de dejar el consumo está directamente asociada a la dificultad de acceder a dichas sustancias dentro del sistema penitenciario y a la necesidad de seguir manteniendo a la familia afuera. Luego, el eje de sentido que surge en estos relatos a partir del hito carcelario, es el de la cárcel como espacio reformador, eje de sentido que en la mayoría de los relatos —exceptuando el último— se diluye una vez terminado el encierro, pues nuestros entrevistados vuelven casi inmediatamente a consumir y delinquir una vez en libertad.

"llegan ese día martes las visitas y viene así mi hija, yo estaba así mirando las puertas porque te traen un papelito, y grita la moza "Bb., tiene visita", y ¡¡fiuuuum!! Una baja corriendo pa abajo, terrible desesperada porque uno se baña recién a las 11:00hrs., empezai a arreglarte, a bañarte, a arreglar el canasto: que el tecito, el azúcar, el agua caliente; y queri bajar lo más linda posible pa que tu familia te vea. Engordai, te ponis linda, te cambia tu cara, todo ¿me entendis? es otra cosa. Yo baje corriendo, y de repente voy bajando, y me abraza mi hija, y la paca le dice: "Oye Kk. ven, no podis entrar pa dentro"; "Ay perdón" decía ella, y me abrazo y la tomo en brazos —como es ella tan flaquita— y me dice: "te tengo una sorpresa mamita", y ella nunca me dijo mama, ella tenía 9 años y me decía Bb., bien patua, y me dice: "mamita te tengo una sorpresa" (...) Y había una paca que me tenía súper buena a mi po, como que las gendarmes de repente como que se sacan el uniforme y son personas ¿me entendis? Porque ellas no pueden hablar con las internas, pero ella era como muy de

piel, y sabía toda mi vida, todos los días, estuve un mes contándole todo, lo que me pasaba a mí, toda mi vida. Y todo lo escribió en un libro, después me lo pasó a mí y me sacó unas fotos y me dijo: "Léelo: Bb. mira todo lo que hay pasao, entiende, ya vai a salir, ¿Qué es lo que pensai?" ¿me entendis? Y yo le hablé de mi hijo, que yo lo dejé de 1 año y ahora tenía 4. Y de repente yo le pregunto: "¿y cuál es la sorpresa?" Y de repente veo a un cabro chico corriendo; "¿Y quién es?"; "el Aa. po", y ahí me mataron, ahí me mataron (llora muy emocionada). "¡Aa ven!"; "¿Y quién soy vos?"; "Aa. hijo, ¡ven!"; "¿Pero cómo que hijo? Si yo no soy tu hijo, mi mamá se llama Vv."; y yo le decía: "pero hijo ven". Era mi hijo, y como que yo quería contarle todo, lo abrazo y "¡wuaaaaaa! (grita el niño)" y me da una cacheta, y "ándate si yo no te conozco, ¿quién es esta señora?". Y yo como lo dejé no podía decirle nada... yo decía "igual me lo merezco" (...) lo que pasa es que yo decía, imagínate tu si yo soy viciosa, o sea, imagínate ¡cómo me voy a sentir! Yo pensaba, me pego un mono, y si los monos son tan chicos, más chicos en la cárcel todavía ¿me entendis? ¿cómo voy a quedar? Voy a quedar en pelota, toda la plata, toda la plata que he juntado, pa dársela a esta weona (la traficante interna), pa gastársela en esta wea, no. Así que yapo, filo. Nunca fume, no le daba importancia, para mí era otro objetivo. Es que cuando uno está preso uno quiere tantas cosas, ¿me entendis? Pero la realidad está en la calle, así que al otro día (de salir) me lancé, y media copetia y media vola fui a ver a mi hijo, al Aa." (Mujer 29 años, Huechuraba)

"Es que yo apenas pisé el patio dije "no me embarré en la calle, menos me voy a embarrame aquí adentro", y yo tengo mucha manualidad con mis manos, y empecé a caminar por el patio, de repente vi que habían unos palos de maqueta botados, y hablé de quién eran los palos y al final me los regalaron, caminé por cola fría y empecé a hacer marquitos para las fotos, porque iban hermanas cristianas, no, católicas mejor dicho, a regalar estas del Padre Hurtado, de la Virgen María, entonces yo a esas mismas imágenes les hacía marquitos de madera. Me empecé a hacer plata, compré globos, mandé a comprar en la calle globos y hacía figuritas de globos (...) hacía las flores de papel crepé, las vendía a las visitas, entonces igual... más fue como un dónde estar, un donde estar porque no fue tanto aprendizaje de otro tipo de vida, otro tipo de experiencia, sino que es la experiencia de estar encerrada, porque ya todo lo otro (...) los dos primeros meses consumía falopa, falopa y pastillas, las clona, yo me tiraba una clona y me tiraba falopa, hasta que un día estaba en un camarote, me estaba fumando un pito, de repente yo pagaba, y yo no tenía visitas y pagaba las visitas veinte mil pesos, treinta mil pesos, y las visitas eran dos veces por semana, yo decía "por qué tengo que andarle dando plata a estas hueonas", de repente como que reaccioné, "qué tanto tengo que andarle dando plata a estas hueonas, mis hijos están en la calle, están pa la cagada, mi mamá no tiene ni siquiera para mandarme algo a mí, no po". Y ahí empecé yo a juntar plata, a comprarme mis cosas, igual me compraba yo mis cosas, todo, empecé ya (...) Dejé de consumir, dejé de consumir marihuana, puro cigarro, puro cigarro, pero ahí empecé a subir de peso, empecé a engordar, engordar, engordar, yo salí pesando 103 kilos de la cárcel, porque yo comía y comía como loca (...) Igual te digo que me fumé cinco papelinas de pasta base en la cárcel y que fue mi peor error (...) fue la única vez, no lo volvía a hacer y no lo volvería a hacer tampoco, y ya después tuve problemas adentro porque me pillaron con drogas, y pase por tráfico interno, incluso ahora tengo problemas judiciales por eso" (Mujer 28 años, Puente Alto)

"Claro, ya no tenía ehh, responsabilidades y como estaba anestesiado no quería hacerme cargo de nada, no me hice cargo de nada durante como 5 años, como 5 años que no me hice cargo de nada. Si yo no hubiese caído preso, quizás en qué andaría ... porque yo caí preso y ahí como que paré un poco (...) Me mandaron a San Miguel en el tiempo que fue el incendio cuando murieron los 81 (...) Estaba en el tercero... estaba en el tercer piso. Había vivido con los chiquillos del cuarto, con los que murieron quemados, había vivido como cuatro meses (...) más lo del accidente, eso me hizo detenerme... eso me movió mucho el piso a mí (...) Cuando murieron... El incendio, eso fue lo que me... bajar a un amigo sin cejas sin pestañas y la cara así gorda, too colorao por el calor oohh, me dejo mal... le di gracias a dios no sé

cuántas veces por haberme sacado de ese piso tiempo antes... eso me hizo frenarme y... y decir "puta weon en que estai ocupando el tiempo", ahora trabajo" (Hombre 37 años, Santiago).

La cárcel significada como espacio reformador, aparece con mayor claridad y efectividad en los relatos de los entrevistados que estuvieron detenidos por periodos cortos —de un día a dos semanas— pues no es el espacio en sí mismo, sino la imagen o amenaza de la cárcel, la que motiva a estos entrevistados a dejar de delinquir. Ahora bien, es necesario destacar que en aquellas biografías dónde la amenaza de la cárcel es suficiente para alejar a los entrevistados del mundo delictual, no existía ninguna vinculación de los mismos con dicho mundo antes de comenzar su consumo problemático de PBC. Luego, no se pueden establecer relaciones causales claras sobre este punto.

4.6.3. Centros de acogida a personas en situación de calle

La aparición de diversos albergues y centros de acogida para personas en situación de calle como instituciones relevantes dentro del relato de nuestros entrevistados, se entiende porque diez de ellos (10/13) han vivido en situación de calle durante largos periodos de su vida, y siete de ellos (7/13) vivían en situación de calle al momento de realizarse la entrevista. Entre las instituciones mencionadas, destacan aquellas pertenecientes a fundaciones privadas —EDUCERE, Hogar de Cristo— que además del trabajo específico de acogida de calle (comedores y dormitorios principalmente) tienen espacios asociados de rehabilitación del consumo de sustancias.

En los relatos de nuestros entrevistados, dichos espacios son significados como lugares dicotómicos, porque son de acogida a la situación calle a la vez que de rechazo al consumo problemático, y porque tratan de entregar un poco más de dignidad a los habitantes de la calle al mismo tiempo que la niegan. En general los entrevistados agradecen a estas instituciones, pero las significan dentro de sus historias de vida más como espacios temporalmente funcionales a la situación calle, que como lugares relevantes de contención emocional o generación de vínculos sociales de carácter más permanente.

"Es que en el Hogar de Cristo me cerraron el ingreso, porque no me quise... no quise seguir con el tratamiento de las pastillas, entonces yo no quise y me fui, y no volví más, y me cerraron el alojamiento (...) Es que la Francisca Romana es como períodos cortitos, de tres meses, quince días, depende, depende de la situación. Y ahora estuve en La Florida, pero me vine, yo me fui, no me echaron (...) Porque me quedé volándome, o sea, me quedé volándome y no volví más, estoy más arrepentida, pero... estaba a punto de ir a ver, porque puedo postular de nuevo, a un reingreso" (Mujer 47 años, Santiago)

"Buena y mala (...) Buena, porque te dan una cama, un techo, un té caliente, te aconsejan, conocís otras experiencias más fuertes que las tuyas, y uno piensa que uno no más tiene esas vidas marcadas, ¿cachai?, yo nunca pensé, nunca, en mi perra vida, que iba a vivir en la calle, con la vida que me dio mi mamá po, buenas zapatillas, buenos bluyines, buena camisa, siempre (... mala) Porque no tenís privacidad po, tenís que andar con las cosas, ehh, si colgai ropa, tenís que estar ahí, debajo de la ropa, si dejai el teléfono ahí, tenís que estar ahí... si vay a dormir, tenís que pescar toda la ropa y ponerla debajo del colchón, aguantar olor a pata, a peo, gente hedionda, gente cochina, malas mañas, yo también las tuve... gracias a Dios, las manos, te podría decir ahora que no"

4.6.4. Centros de tratamiento y rehabilitación del consumo de sustancias

De nuestros entrevistados siete (7/13) han realizado procesos de rehabilitación de consumo de alcohol y/o drogas, de los cuáles sólo tres (3/13) han logrado terminar alguno de los procesos iniciados. En general, estas instituciones se vuelven relevantes dentro de las narraciones

biográficas de los entrevistados, cuando han logrado pasar un periodo significativo dentro de las mismas (al menos 3 meses); pero a diferencia del paso por la cárcel, no podemos decir que en todas las historias de vida recabadas el paso por un proceso de rehabilitación constituya un hito relevante —en tanto experiencia marcadora que genera un antes y un después en el sentido de los relatos biográficos—.

Las principales razones para ingresar a una institución de rehabilitación son la voluntad personal de dejar el consumo y la presión de los familiares o el círculo más íntimo de amigos; pero más interesantes resultan las razones mencionadas para abandonar el proceso, o para recaer en el consumo al poco tiempo después: el realizar un proceso ambulatorio sin tener un lugar libre de consumo dónde irse después (situación calle), las dudas sobre la efectividad real del tratamiento, un exceso o falta de medicación, la falta de apoyo familiar, la falta de dinero para tener un proceso de rehabilitación de calidad, la falta de seguimiento y acompañamiento una vez terminado el tratamiento, la falta de un sentido profundo del tratamiento, la lejanía del centro de tratamiento, la lentitud del proceso en general, la poca capacitación o manejo inadecuado de los monitores/educadores, la no aceptación de críticas al proceso otorgado por la institución, la no voluntad de dejar el consumo y el que la adicción es más fuerte que la voluntad, la separación obligada de la pareja/familia en caso de internación, y el regreso a redes sociales de consumo problemático una vez acabado el proceso. Por un tema de extensión, nos concentraremos en aquellas razones más transversales a todas las historias de vida recogidas.

Dos de las razones de abandono de tratamiento más relevantes mencionadas por los entrevistados, son la falta de apoyo familiar, y el que las únicas redes sociales que estos tienen son sus redes de consumo. En general, cuando los entrevistados llegan a un cierto punto de deterioro cortan toda relación con sus familias o ex-parejas, y se van a vivir a la calle con otras personas que consumen. Luego, cuando sienten la necesidad de pedir ayuda a una institución para dejar el consumo, los tratamientos no logran ser realmente efectivos porque no hay una contención emocional externa a la institución para sobrellevar el tratamiento y sus consecuencias en el largo plazo. Así, si los entrevistados logran llevar el proceso a término, en general tampoco hay una red social o un lugar “sano y libre de sustancias” al que regresar para iniciar una nueva vida.

“Por lo que te estoy diciendo po, porque no sé po, la vida es así, la vida, la gente normal se toma su cerveza, comparte, si tú soy un hueón rehabilitado no podís tomar, tenís que cambiar tus juntas, si podís tenís que cambiar de ambiente... Yo hice toda esa hueá. Sabís que me, ¿sabís por qué? Me faltó una mujer y familia, yo pienso, porque no sé po, de aburrido... Yo iba a la casa, tenía así un turro de películas, la única hueá que hacía era ver películas, películas, películas (...) yo no le echo la culpa al proceso, si la culpa es de uno, integrar a la familia. Bueno, yo no podría criticar la hueá, porque yo me sé de memoria el proceso, por lo menos en la comunidad en que yo estoy. Claro, igual de repente falta, no sé, falta gente de repente, monitores, pero es que es una comunidad humilde. Pero yo creo que lo más importante, claro, si tú te mamai todo el proceso, yo he conocido hombres que estuvieron los nueve meses, salieron y al otro día se ponen a consumir, así po. Claro, yo por lo menos duré algo, cachai, tiene que haber una red de apoyo, cachai, y que la familia también po, le enseñen, que aprendan. Eso, como la reunión de apoderados, es re importante que le enseñen la hueá, la maña, que aquí, que allá, que pá. Esa hueá yo creo que es importante, la red de apoyo afuera, porque adentro, estar adentro es fácil, no es difícil chantarse dentro de una comunidad, que tú te levantai, desayuno, hacís aseo, vai a terapia, después almuerzo, cocinai, el baño y la hueá, terapia, psicólogo y la hueá” (Hombre 38 años, Santiago)

“Está muy distante el amor de mis hijas cuesta mucho llegar ahí, están muy grandes, crecieron sin mí y hoy como no tengo fuerzas para llegar, la verdad es que la mayoría de las

veces que yo consumo es para no sentirme solo, evado la soledad pero siempre la soledad me lleva al vicio... es triste (...) De seis hermanos soy el único, mis hermanos están todos bien trabajan, tienen su casa, su vehículos y desarrollaron sus talentos y el único estancado soy yo, pero ni siquiera preguntan cómo estoy, esas como indiferencias que veo cuando los veo cuando me pongo a conversar con ellos, esa indiferencia me duele más todavía, por eso no hablo con ellos, lo sentí y lo siento ahora” (Hombre 49 años, Huechuraba)

Considerando que muchos de los entrevistados caen en el consumo problemático de sustancias por la carencia de herramientas emocionales para enfrentar las diversas problemáticas a que se enfrentan en la vida, si estas herramientas no son desarrolladas durante el proceso de rehabilitación —y reforzadas con posterioridad al mismo— las posibilidades de éxito sin el apoyo de una red familiar sólida son muy bajas. Esto se relaciona directamente con la siguiente razón de abandono por parte de los entrevistados, y es la falta de acompañamiento y seguimiento por parte de las instituciones de rehabilitación una vez acabado el proceso. Muchas veces dicho seguimiento es sólo una reunión ambulatoria mensual a la que los entrevistados dejan de ir una vez reinsertos en su medio social, lo cual implica muchas veces una recaída.

“Yo creo que, bueno algo que yo no hice, la... cómo se llama esta hueá, el seguimiento. Al principio, cumplí los nueve meses y chao, nos vemos, te vai... bueno, el último proceso había un seguimiento, cachai (...) Yo nunca fui, pero al principio no era así, cachai, porque es importante po, porque tú te vai y ya (...) No y que te sigan ya, una vez a la semana, que después de... De partida la hueá ambulatoria no existe, no sirve esa hueá. Te internai y toda la hueá, te salís de a poco, claro, el último mes, en tu casa cachai, el último mes trabajai, vivís en la comunidad, en el centro terapéutico, pero después de eso tiene que haber un, tiene que haber un seguimiento cachai, porque si no la cagai (...) La hueá es cuando salís, ahí es la hueá, cachai. Estai en una burbuja, pero cuando estai afuera” (Hombre 38 años, Santiago)

Ahora bien, la razón más relevante y que en general no es explícita en todas las historias de vida, es que no existe una voluntad real de parte de los entrevistados de dejar definitivamente el consumo de PBC, al momento de ingresar al proceso de rehabilitación. Esto sucede muy claramente en aquellas personas que iniciaron un tratamiento por presión familiar o por vía judicial, en dónde los entrevistados no logran encontrarle un sentido profundo y propio al proceso de rehabilitación que están realizando.

“Porque me dolió la guata, porque me gusta la pasta (...) porque yo siento una sensación que me gusta, o quizás... no sé, yo quiero y... y yo salgo pa afuera, aparte que él es igual, los dos somos drogadictos (su actual pareja). De repente no tenemos y él se encierra todo el día en el baño a cagar, y uno no es tonta, y uno empieza a pensar ¿Qué está haciendo en el baño? Y ahora no se aguanta, llega y me dice: “sabis que, me voy a comprar un mono” corta (...) Quizás me gusta estar vola, me gusta andar así de chora, y con mi copete, y hacer lo que yo quiera ¿me entendis? (...) El tratamiento perfecto pa mí, pa yo dejar la droga, es que yo lo quiera de verdad; ese es el único tratamiento... porque todos los tratamientos no me han servido” (Mujer 29 años, Huechuraba)

“Sí, si saben pero me da vergüenza, si saben pero no tengo porque arruinarles la vida a ellos (...) Me venían a buscar aquí a Santiago y le pagaban a cualquier gente, y decían “sí ahí está”, “ahí estay” y me sacaban a la fuerza de ahí, y me llevaban, y yo el medio escándalo, y yo: “no quiero irme, quiero fumar, quiero drogarme ¡déjenme en paz!”. A la semana estaba de vuelta, me llevaban y a la semana estaba de vuelta hasta que se aburrieron” (Mujer 36 años, Puente Alto)

La última razón de relevancia que vale mencionar, es que muchos centros de tratamiento no tienen un programa adecuado, o que las personas que trabajan como monitores de rehabilitación

y educadores no tienen la calidad profesional y humana suficiente para conducir un buen proceso. Este elemento se repite en diversas historias de vida, y da cuenta también de que los procesos de rehabilitación son en general sistemas cerrados, que no consideran la opinión ni las críticas que los beneficiarios pudiesen tener para mejorar el propio proceso. Esto nos parece muy relevante de enfatizar, porque el que una persona tenga una adicción no quiere decir que pierda su condición de persona, de ser pensante con capacidad de percibir y transformar su realidad. Si dentro de las instituciones no hay cabida para las “críticas y sugerencias” de los beneficiarios, es aún más difícil que estos logren apropiarse del proceso.

“Y al otro día a Paréntesis, pero lo que no nos gustó a nosotros es que nos tenían todo el día viendo tele, no había una terapia, no había un comunicar (sic) con psicólogo, ellos estaban encerrados en una oficina, entonces a nosotros no nos gustó. Y Rr. empezó en Padre Lavín a ver qué es lo que podía hacer, y consiguió al Talita Kum de Zapadores, y consiguió una entrevista pal Talita Kum. Nosotros igual seguimos yendo a Paréntesis, y ahí entre que íbamos yendo a Paréntesis Rr. habló con la asistente social del Hogar de Cristo, que estaba en plena, que era como la directora de Paréntesis, y le dijo todo lo que estaba pasando, y gracias a eso ahora los chiquillos tienen microondas, tienen cocina, tienen refrigerador, creo que tienen Playstation, tienen terapias grupales como corresponde, tienen paseos, no sé, ahora tienen un sinfín de cosas que en ese momento no lo tenían y no hacían, y fue por puro que Rr. habló todo lo que pasaba con la asistente. Y yo del hogar recibí mucho apoyo, mucho apoyo, las tías, de repente “tía, sabe que tengo que ir a...” no sé pos, en Paréntesis de repente decían “chiquillos, mañana vamos a llegar a las diez” pero ellos se van de la hospedería a las ocho, y ahí dos horas esperando; de repente eran las diez, “chiquillos, saben que nos salió una reunión” y era a las doce del día, “nos salió una reunión y nos tenemos que ir”, ¿y a las doce del día qué es lo que hacíamos nosotros? Y ahí las tías de la hospedería me entendieron, igual que a Rr., que repente no teníamos donde estar y me dejaban a mí estar ahí adentro, siendo que era sólo para quedarse, sólo para pernoctar, y... “tía, sabe que tengo ganas de consumir, por favor déjeme aquí adentro”, “si hija, quédate no más, quédate”, y me dejaban estar adentro” (Mujer 28 años, Puente Alto).

Durante todo el trabajo en terreno, nos dimos cuenta de serias deficiencias en muchos centros de tratamiento que actualmente tienen convenio con SENDA. Luego, si realmente existe voluntad política de mejorar los programas de prevención y rehabilitación, es fundamental que se haga una revisión exhaustiva de los mismos, para poder mejorar las condiciones de vida de las personas con consumo problemático de sustancias, así como la efectividad real de los tratamientos actuales.

V. SOBRE LA PERTINENCIA DE ESTE ESTUDIO PARA LA ESTIMACIÓN INDIRECTA DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN EL ÁREA METROPOLITANA DE SANTIAGO QUE PRESENTA UN CONSUMO HABITUAL DE PASTA BASE.

El estudio de caracterización de consumidores habituales de PBC no fue diseñado para la estimación de la población en el área metropolitana que presentaba consumo habitual de PBC. Sin embargo, existen métodos para el cálculo del tamaño de poblaciones ocultas para los cuales algunos datos aquí recolectados pueden ser útiles.

La OMS sugiere una serie de métodos para la estimación del tamaño de población oculta, específicamente personas en riesgo de contraer VIH (World Health Organization, 2010; Estrada & Vargas, 2010). Algunas de estos métodos requieren levantamientos de información específicos, tales como censos, enumeración o el método de captura o recaptura. Sin embargo, también existen métodos indirectos que permiten calcular el tamaño de la población con en análisis de dos fuentes de datos independientes. Es en este tipo de métodos que los datos recolectados por RDS son particularmente útiles.

A continuación se definirá el método multiplicativo (más adecuado en este caso considerando las recomendaciones de la OMS) y otros métodos en población similar encontrados en la literatura. Además en los apartados se analizará la factibilidad de realizar las estimaciones y se establecerán sugerencias para el cálculo.

1. El método multiplicativo.

Según la OMS, este tipo de método es preferible a los censos y a métodos de enumeración cuando no existen marcos muestrales o cuando la población en cuestión es difícil de llegar. Se debe tomar en cuenta, que este método que depende altamente de la calidad de los datos de las fuentes a utilizar (World Health Organization, 2010; Estrada & Vargas, 2010).

Como se mencionó previamente, para emplear esta metodología se necesitan dos fuentes de información independientes. En primer lugar se requiere (1) información que provenga de alguna institución con la que la población tiene contacto. Esto es, el registro del número de asistentes de la población objetivo a alguna institución durante cierto periodo. Ejemplos de instituciones pueden ser entidades de tratamiento de drogas, cárceles, detenidos por carabineros, entre otros. La segunda fuente de información debe ser una (2) encuesta representativa de la población cuyo tamaño se está estimando. En esta encuesta se debe preguntar por la recepción de determinados servicios o contacto con determinadas instituciones⁵³. Con esta información, el cálculo poblacional se realiza de la siguiente manera:

$$N = \frac{x}{X}$$

⁵³ Al igual que en la primera fuente de información, puede ser contacto con entidades de tratamiento de drogas, cárceles, detenidos por carabineros, entre otros.

Donde N= tamaño de la población estimada, x= tamaño del subgrupo del que se tiene información (ej n° de personas con consumo problemático que accedieron a tratamiento durante un periodo) y X= proporción de la muestra, en este caso obtenida por RDS, que tuvo contacto con determinada institución.

Se considera que la muestra obtenida en este estudio cumple con las características para ser utilizada como una fuente de datos representativa de la población que consume PBC en la RM, en la medida que los supuestos de RDS permiten la obtención de parámetros que representan a la población objetivo. Sin embargo, para calcular el tamaño poblacional de los consumidores habituales de PBC se debe llevar a cabo distintos pasos y tener en cuenta determinadas exigencias:

1.1 Primera fuente: Definir posibles X (% de la población que se ha registrado en alguna institución):

Se debe definir de la encuesta de “Caracterización de personas que consumen habitualmente Pasta Base” el parámetro o los parámetros que se emplearán para el cálculo de N. Idealmente, se sugiere seleccionar más de un estimador, de manera de poder comparar resultados o establecer un rango. Se debe seleccionar un parámetro que:

- Tenga un correlato con alguna fuente de datos que permita enumerar a la población objetivo.
- Sea específico, es decir pregunte por la asistencia a un tipo de institución específica en un período de tiempo.

Considerando estas exigencias, se considera un parámetro adecuado la proporción de personas que durante los últimos 12 meses estuvieron en tratamiento residencial en la RM. Este tipo de tratamiento debiera ser más fácil de recordar por las personas encuestadas, por lo tanto constituiría un indicador más confiable. Por otro lado, se considera factible que SENDA tenga acceso a bases de datos sobre personas con consumo problemático de PBC que haya asistido durante el último año a tratamiento residencial. El porcentaje de la población consumidora de PBC que estuvo durante los últimos 12 meses antes de la entrevista en tratamiento residencial es de 4,67%⁵⁴.

Otro parámetro podría ser el número de personas que consumen habitualmente PBC que estuvieron en la cárcel durante los últimos 12 meses. Sin embargo, la factibilidad de obtener bases de datos del total de personas con consumo problemático de PBC que han pasado por la cárcel en ese periodo es más dudosa.

1.2 Segunda fuente: Obtener x (# de la población objetivo presente en registros oficiales) :

Una dificultad importante que puede tener este método de cálculo es conseguir bases de datos confiables respecto del número de personas de la población objetivo que accedieron a determinado tratamiento o tuvieron contacto con alguna institución. Se debe considerar para la obtención de estas bases de datos que:

⁵⁴ Sintaxis para la obtención de la cifra:

```
gen trat_residencial = TRAT4  
recode trat_residencial (1=1)(2/1000=0)(.=0)  
svy: tab trat_residencial
```

La población de esta fuente debe estar definida de la misma manera que la población que se incluyó en el estudio con RDS. Es decir, deben ser personas que consumían habitualmente PBC (2 o más veces por semana).

Los períodos de tiempo de ambas fuentes deben estar alineados. La encuesta de caracterización fue realizada durante los meses de marzo y junio de 2014, y las preguntas en general indagan en el contacto con instituciones durante los últimos 12 meses. Esto puede suponer una dificultad para una estimación precisa, ya que es necesario definir la ventana temporal en que se considerarán las personas de la segunda fuente de información.

El espacio geográfico de ambas fuentes debe ser el mismo. Se debe determinar que establecimientos serán considerados. La población encuestada de la primera fuente corresponde a la región metropolitana, por lo que el marco para la segunda fuente debiera ser el mismo.

2. Otros métodos

Suárez & Ramírez (2014), utilizaron un método similar al método multiplicativo para obtener el tamaño poblacional de los consumidores de PBC en Montevideo. En método utilizado es llamado método de solapamiento y consiste en una forma indirecta de estimación que se basa en contrastar dos muestras independientes (al igual que en el método multiplicativo) e identificar aquellos casos solapados (Suárez & Ramírez, 2014). Lamentablemente, los protocolos empleados en este estudio no contemplaron el respaldo de los RUT de los participantes, principalmente para evitar que hubiera riesgos en el resguardo de la confidencialidad de los datos y evitar resistencia de los encuestados a contestar sinceramente preguntas delicadas de comisión de delitos, prácticas sexuales de riesgo y otras preguntas sensibles. De esta manera, este método que es el único que se tiene como antecedente de una población similar en la Región, no podrá ser empleado.

3. Recomendaciones

Los datos obtenidos de la encuesta de “Caracterización de personas que consumen habitualmente PBC en la región metropolitana” pueden servir para realizar algún tipo de cálculo de la población total de personas que consumen habitualmente PBC mediante el método multiplicativo. Sin embargo, se debe considerar que este tipo de método requiere de una segunda fuente de información con determinadas características. De esta manera, la factibilidad de realizar el cálculo no depende sólo de la encuesta RDS, sino también de la capacidad de contar con una segunda fuente independiente de información. En lo que concierne al estudio de RDS, cumple con las características de ser representativo de la población y se asemeja a un muestreo aleatorio en su nivel de saturación. De esta manera cumple con los requisitos de la primera fuente, necesarios para el método multiplicativo (Estrada & Vargas, 2010; Rossal & Suarez, 2014). Respecto al parámetro a analizar (x), se establecen sugerencias en este apartado (utilizar el porcentaje de personas que asistieron a tratamiento residencial), pero se debe realizar un análisis más acabado para establecer el mejor parámetro. Aunque se lograra obtener la segunda fuente de datos, es necesario considerar que los datos recolectados de ambas fuentes pueden ser poco precisos, de manera que cualquier estimación que se realice debe ser tratada como tal y no como un número exacto.

VI. COMENTARIOS FINALES/DISCUSIÓN

Como se pudo observar a lo largo de este informe, en el que expuso los principales resultados del estudio “Caracterización cuantitativa de personas que consumen pasta base de cocaína de forma habitual en la Región Metropolitana”, existen bastantes elementos comunes dentro de la información cuantitativa recogida con la encuesta —principal foco metodológico y fuente de información de dicho estudio— y la información cualitativa complementaria recogida con las historias de vida. Dichos elementos comunes apuntan hacia una caracterización íntegra de la población de personas que consume PBC de forma habitual en la Región Metropolitana, la que se estructura sobre tres ejes principales: una condición generalizada de exclusión social, carencias afectivas y psicológicas basales, y la soledad —como eje de sentido y como síntoma de las condiciones anteriores—.

En lo que refiere a la exclusión social, tanto en las cifras de caracterización demográfica y de relación con instituciones así como en los relatos biográficos recogidos, se observa que las personas que consumen PBC de forma habitual se caracterizan por una imposibilidad estructural para lograr condiciones de vida aptas para el ejercicio pleno de sus derechos humanos. La mayor parte de los entrevistados desarrolla su vida en contextos de carencia material y afectiva, cuyo denominador común son diversos factores estructurales de vulnerabilidad social; principalmente familias poco cohesionadas, baja escolaridad —con un 44% con menos de 8 años de escolaridad formal— trabajo informal, ilegal o formal precario —con un 67% con empleo de los cuáles un 51% trabaja por cuenta propia, y un 35% como empleado u obrero con ingresos mensuales por debajo del mínimo nacional, que no permiten sustentar condiciones de vida dignas —con un promedio de \$225.038 pesos en actividades formales legales y de \$174.553 pesos en actividades no convencionales (informales, ilegales, préstamos, mendicidad, etc.)—. Todas estas situaciones, generan una insuficiencia de herramientas socioeconómicas y psicológicas mínimas para salir de la situación basal de deterioro y menoscabo social en que se encuentran, lo que los lleva a transformarse en “personas que consumen PBC de forma habitual”: en la parte cualitativa se observó que es común luego de un hecho fortuito de abandono o pérdida personal, éstos no logran recuperarse de esta situación por sí mismos o con ayuda de sus seres queridos, cayendo en el consumo problemático de PBC como una forma barata y muy accesible —omnipresente, visible y cotidiana en los lugares dónde éstos habitan— de olvidar dicha pérdida y evadirse del dolor que causa enfrentarla. El principal problema es que dicha condición de consumo problemático no hace más que profundizar la exclusión social de las personas que consumen PBC de forma habitual, agregando elementos de estigmatización y discriminación que los llevan a estar completamente al margen de la sociedad, incluso dentro de los mismos excluidos.

Ahora bien, se puede decir que el manejo problemático de los problemas emocionales que implica la adicción a la PBC, se debe principalmente a diversas condiciones estructurales de vulnerabilidad social, precisamente porque la edad de inicio del consumo de dicha sustancia es muy temprana: el 88% de los entrevistados se ha iniciado en el consumo de PBC antes de los 28 años de edad. En general, esta precoz iniciación en sustancias tan nocivas como la PBC puede explicarse no sólo la situación de pérdida y abandono que fue relevada por las historias de vida, sino también un

contexto social y familiar que dificulta el establecimiento de otras posibilidades; de otras formas menos dañinas y auto-flagelantes de enfrentarse a las diversas situaciones y problemáticas de la vida. Esto se relaciona directamente con las carencias afectivas y psicológicas, expresadas como una falta de contención y apoyo basal en el núcleo familiar, así como una falta de desarrollo de las mismas por otros medios complementarios —como la educación formal, el establecimiento de lazos sociales significativos en el trabajo o con la pareja, etc.—. A la larga, este deterioro se ve reflejado en una serie de problemas psicológicos más o menos permanentes, que pueden ser parte de las causas del consumo problemático, como una de sus consecuencias más graves y menos visibles.

Como se vio en los resultados de la encuesta, más del 26% de las personas que consumen PBC habitualmente considera que tienen una mala o muy mala salud mental, y un 34% que tiene una salud mental regular; y cerca del 79% de los mismos padece un trastorno depresivo mayor, seguido en prevalencia por los trastornos de angustia —14% de trastorno de ansiedad generalizada, 16% de trastorno de estrés post-traumático y un 10% con trastorno de ansiedad generalizada— y la psicosis, con un 11% de los entrevistados según el test aplicado. Estas cifras superan con creces las prevalencias nacionales para estos trastornos (MINSAL, 2013) por lo que si bien los datos recolectados no permiten establecer con claridad si dichos problemas son anteriores o posteriores al consumo problemático de PBC, es fundamental que las políticas públicas de prevención y rehabilitación hagan hincapié no sólo en el tratamiento de las mismas, sino en el desarrollo psicológico y la entrega de herramientas emocionales a los sectores más vulnerables de la población —a través de la renovación del sistema público de salud mental, de la inclusión de estas temáticas en la educación pública, de campañas nacionales informativas, etc.—.

Estos trastornos psicológicos, así como las diversas situaciones de discriminación y estigmatización social que derivan del consumo problemático de sustancias, tienen una consecuencia práctica en la vida cotidiana de las personas que consumen PBC de forma habitual —la que representa la consecuencia más lamentable de dicho consumo para los propios entrevistados— y es la pérdida de los lazos sociales significativos pre-existentes al consumo de PBC y la subsecuente soledad. Las personas que consumen PBC habitualmente, en la mayoría de los casos lo hacen solas —un 52% del total de entrevistados, y un 57% de los hombres— viven solas y se sienten solas —un 54% de los entrevistados no ha vivido con ningún familiar en el último año, de los cuáles un 17% no ha tenido contacto con ningún familiar y un 28% sólo con un familiar en el último año—. Este elemento es un eje fundamental en la apreciación del consumo habitual de PBC, en la medida en que nos permite un foco de observación hacia el universo de sentido de esta población, el que fundamenta emocional y culturalmente el círculo vicioso en el que se encuentran insertos la mayor parte de los entrevistados, así como las significaciones que se le da al consumo de la misma “la droga del cagao”.

Finalmente cabe relevar, que el problema de la adicción a la PBC no es sólo un problema de seguridad y salud pública, sino un problema social estructural. Por lo mismo, las políticas públicas a diseñar a partir de la información recolectada no sólo tienen que apuntar a la reforma de la prevención y rehabilitación del consumo de drogas, sino que a un mejoramiento cabal de las

condiciones de vida de los sectores más vulnerables de la sociedad —con una mejor educación pública, un mejor sistema público de salud mental en atención primaria y secundaria, un mejor sistema de protección de menores, etc.—. Es este enfoque global, el que nos permitirá salir como sociedad de la estigmatización y discriminación al consumo problemático de sustancias, para pasar a resolver los problemas sociales de fondo que lo sustentan, y menoscaban la vida y el ejercicio pleno de derechos de miles de personas en el país.

Bibliografía

- Estrada, J. H., & Vargas, L. (2010). El muestreo dirigido por entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , 266-281.
- Golstein, P. J. (1985). The drug violence nexus. *Journal of Drug Issues* , 493-506.
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems* , 174 - 199.
- Márquez, F. (1999). Relatos de vida entrecruzados: Trayectorias sociales de familia. *Proposiciones Vol. 9* .
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Informe de Política Social*. Santiago.
- MINSAL. (2013). <http://web.minsal.cl/>. Retrieved 09 01, 2014, from [http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf](http://web.minsal.cl/http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf)
- Osorio, P. (2008). Apuntes de Cátedra de Metodología Cualitativa I. Santiago, Chile: Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Pernanen, K., Brochu, S., Cousineau, M.-M., Cournoyer, L.-G., & Sun, F. (2000). Attributable fractions for alcohol and illicit drugs in relation to crime in Canada: conceptualization, methods and internal consistency of estimates. *Bulletin on narcotics* , 53-67.
- Rossal, M., & Suarez, H. e. (2014). Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Montevideo, Uruguay: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República de Uruguay.
- Salvo, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual (ITS) en Chile. *Revista médica clínica las condes* , 813-824.
- Schonlau, M., & Liebau, E. (2012). Respondent-driven sampling. *The Stata Journal* , 72–93.
- SENDA. (2014). *Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol*. Retrieved Agosto 08, 2014, from <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/pasta-base/>
- Suárez, H., & Ramírez, J. (2014). Los desposeídos. In *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en Uruguay* (pp. 23-59). Montevideo.

Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T., & Buéla-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Revista médica de Chile* , 50-58.

World Health Organization. (2010). *Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Anexo: CARTA DE COMITÉ DE ÉTICA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES / INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA

DECLARACION

Quienes suscriben, en su calidad de miembros del Comité de Ética de Investigación del Instituto de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, declaran conocer el proyecto de investigación **"Caracterización de personas que consumen pasta base de forma habitual en la Región Metropolitana"** solicitado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), cuyo investigador principal es el profesor Eduardo Valenzuela Carvallo.

El Comité suscribe los protocolos de aplicación y de consentimiento informado que forman parte del proyecto. En éste, se cumple con las normas éticas vigentes en la institución y considera aspectos específicos del protocolo que deben seguir los sujetos que participan en el mismo; resguarda la confidencialidad en el uso de la información, no vulnera la dignidad de los sujetos, no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia, ni causa daño emocional o moral a las personas que participen de la investigación. Proporciona información clara acerca de los objetivos, asegurando la confidencialidad en el uso de la información.

Con respecto a la entrega de incentivos necesarios para la aplicación de la metodología solicitada por SENDA, se certifica que los protocolos aseguran que la entrega de éstos no afecte la capacidad de los individuos de evaluar los riesgos y beneficios que existen de participar en el estudio y no implican un riesgo adicional a las personas que participan en el estudio. Esto debido a que se han tomado las precauciones sugeridas por expertos para la entrega de incentivos a este tipo de población, como son la entrega de incentivos no monetarios (lo que implica que no son intercambiables por drogas y/o alcohol), el no permitir que participen en el estudio y/o entregar incentivos a personas que presenten síntomas de intoxicación o de abstinencia de consumo y la entrega de incentivos razonables que no impiden la libre decisión de los individuos de participar¹ (Fry, Hall, Ritter & Jenkinson 2006).

Finalmente, el estudio presenta protocolos de entrega de consejería voluntaria, lo que permite dirigir a los participantes que lo requieran a las instancias de ayuda establecidas para tratar problemas relacionados con el abuso de sustancias.

¹ Ver Fry CL, Hall W, Ritter A, Jenkinson R, "The ethics of paying drug users who participate in research: a review and practical recommendations" *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*: December 2006;1(4):21-36 & Jocelyn DeJong, Ziyad Mahfoud, Danielle Khoury, Farah Barbir, and Rema Adel Afifi. "Ethical Considerations in HIV/AIDS Biobehavioral Surveys That Use Respondent-Driven Sampling: Illustrations From Lebanon" *American Journal of Public Health*: September 2009, Vol. 99, No. 9, pp. 1562-1567.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES / INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA

De esta manera, los protocolos resguardan los principios de autonomía de la participación de los encuestados, quienes lo harán a voluntad y podrán desistir en cualquier momento mientras se lleve a cabo la encuesta y vela por la confidencialidad y el respeto de la privacidad de los participantes.

El Comité de Ética de Investigación del Instituto de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, conformado por los profesores Pedro Morandé C., René Ríos F. y Guillermo Wormald D., es la entidad responsable de velar por los derechos de los sujetos involucrados en este proyecto.

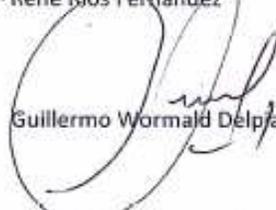
Profesor Titular Instituto de Sociología


Pedro Morandé Court

Profesor Asociado Instituto de Sociología


René Ríos Fernández

Profesor Titular Instituto de Sociología


Guillermo Wormald Delpiano

Dada en Santiago de Chile, 27 de marzo de 2014



Anexo: PROTOCOLOS DE TRABAJO DE CAMPO

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DE LAS SEDES.

I.- Condiciones de posibilidad de operación de la sede.

El recurso humano mínimo para cumplir con las operaciones de la sede son dos encuestadores (Encuestador 1 asistente social o técnico en rehabilitación; Encuestador 2 psicólogo). Cuando no se cumpla este mínimo el equipo de investigación deberá suplir el recurso humano faltante con un encuestador de reemplazo. En caso de no conseguir dicho reemplazo la sede no puede operar.

Del mismo modo, la disponibilidad de: 1. Recursos sanitarios (baño, agua, jabón) para la aplicación del test biológico y 2. Botiquín de primeros auxilios; son requisitos mínimos para la operación de la sede. Cuando los recursos sanitarios y de emergencia no se encuentren disponibles, la operación de la sede se debe detener hasta su reposición, a cargo del Coordinador de Terreno. Si por cualquier motivo su reposición no es posible, la sede no puede funcionar.

II.- Horario y contacto.

Las tres sedes funcionarán entre las 10:00-18:30hrs., de Lunes a Viernes en un horario continuado, y pausarán su funcionamiento de 13:30-14:30hrs. por la hora de almuerzo para los encuestadores. Durante el primer mes de funcionamiento de la sede, de no existir mayor flujo de sujetos de 10:00-11:00hrs., se evaluará la posibilidad de correr el horario de funcionamiento de 11:00-19:30hrs. en los siguientes meses, manteniendo el horario de almuerzo en el mismo horario en cualquier caso.

En la sede trabajarán dos encuestadores. El Encuestador 1 será el encargado de la apertura y cierre de la sede, así como de la comunicación con el Coordinador de Terreno —respecto al funcionamiento continuo de la sede y a cualquier problema que pueda surgir durante la aplicación de las encuestas— para lo cual mantendrá comunicación continua por teléfono/e-mail con el mismo. El Encuestador 2 será el encargado de los materiales, para lo cual chequeará todos los días los materiales disponibles y los materiales faltantes, indicando al Coordinador de Terreno su reposición inmediata, **cuando queden materiales para atender sólo a 5 encuestados.**

III.- Operaciones de la sede.

A.- Ordenar materiales y elaborar carpetas por cada encuestado

La primera operación a realizar por la sede es el ordenamiento de materiales. Luego de recibir su dotación semanal de materiales, el Encuestador 2 debe elaborar 15 carpetas con toda la papelería necesaria para atender individualmente a los 15 encuestados de esa semana, a saber:

1. Dos copias del consentimiento informado.
2. Un Cuestionario ISUC PBC.
3. Un Test MINI.
4. Folletería para consejería (Instrucciones de derivación territorial y daños PBC).
5. Dos copias documento comprobación entrega incentivo primario.

6. Los 3 Cupones correspondientes a ese encuestado.

7. Gift-card incentivo primario.

Luego de elaborar las carpetas, debe guardar el notebook y los materiales que no se usaran en el día en un lugar seguro (mueble con llave), y disponer los test biológicos, las colaciones individuales y los cigarrillos en un lugar accesible pero fuera de la vista de los informantes dentro de la oficina de atención (por ej. En una caja debajo de la mesa). El celular debe ser reguardado por el Encuestador 1 en todo momento, sobre su cuerpo.

B.- Disposición de los espacios de la SEDE

La segunda operación a realizar por la sede es la disposición de los espacios dentro de la misma, como se detalla a continuación. Dicha disposición está a cargo del Encuestador 2 (encargado de materiales), pero puede ser ayudado por el Encuestador 1.

1. BAÑO: Por el protocolo de aplicación del test de orina, es necesario cerrar todas las llaves de agua, echar el líquido azul en el agua, ver que no falte jabón y que todo funcione correctamente. A su vez, hay que revisar que los Dip Test y los frascos estériles estén en un lugar accesible pero fuera de la vista de los informantes dentro de la oficina de atención (por ej. En una caja debajo de la mesa), no en el baño.
2. SALA DE ESPERA: Es necesario acondicionar el lugar de espera, poniendo los implementos (mesa, sillas, vasos, cucharas, servilletas, termo, jarro) y alimentos (termo con agua caliente, jarro con jugo, té, café) suficientes para atender a **10 personas** (en caso de que llegue más gente de la que se puede atender en un día, o de que alguien llegue acompañado).
3. OFICINA DE ATENCIÓN: Es necesario que en la oficina estén listas las carpetas para atender a las personas de ese día (5 carpetas), pero sobre la mesa lo necesario para atender a una persona solamente (1 carpeta, 1 lápiz, un pack de tarjetas de respuesta); el notebook bajo la mesa o en un lugar seguro guardado, la caja con las colaciones individuales (5) y los cigarrillos de ese día (25) en un lugar accesible pero fuera de la vista de los informantes (por ej. Una caja debajo de la mesa).

C.- Registro del informante

La tercera operación a realizar por la sede es el registro del informante, lo cual será realizado por el Encuestador 1. Éste debe registrar la información solicitada por el Sistema de Registro Interno, identificando la rama y ola a la que pertenece el informante, su nombre, sexo, fecha de nacimiento y edad, y otros, lo que permitirá el ingreso de la persona como “posible encuestado” a la investigación (Aplicar Módulo 0 y Modulo 1 del cuestionario).

D.- Explicación de participación y consentimiento informado

La cuarta operación a realizar por la sede es la explicación al informante sobre su participación en el estudio a través de la lectura del consentimiento informado, lo cual será realizado por el Encuestador 1. Este debe explicar al informante todas las etapas de participación del estudio, los criterios de admisibilidad y los momentos de entrega de los incentivos; así cómo contestar las dudas del informante en caso de que las hubiese. Luego se deben firmar dos copias del documento, una queda en poder de la sede y otra en el del informante.

E.- Chequeo de criterios admisibilidad del informante

La quinta operación a realizar por la sede es el chequeo de admisibilidad del informante. El Encuestador 1 chequeará los criterios de admisibilidad del estudio, a saber:

1. Ser mayor de edad (Aplicar Módulo 1 de Cuestionario, admisible sólo si edad coincide con fecha de nacimiento y es > 18).
2. Estar en un estado favorable para contestar Módulo 0 de Cuestionario ya aplicado, admisible sólo si está calmado y no intoxicado).
3. Ser una persona que consume pasta base de forma habitual (Aplicar Módulo 1 de Cuestionario, Aplicar test de orina, admisible sólo test de orina positivo)

F.- Aplicación de la encuesta

La sexta operación a realizar por la sede es la aplicación de la 1° y 2° etapa de encuesta, la cual tiene una duración total de 90 min. (1:30hrs), con una pausa intermedia de 10min. luego de los primeros 50 min. La 1° etapa de la encuesta (pasos 1 a 2) está a cargo del Encuestador 1, y la 2° etapa de la encuesta está a cargo del Encuestador 2 (pasos 3 a 4). Las 4 etapas de encuesta consisten en lo siguiente:

1. Aplicación cuestionario ISUC PBC
2. Pausa 10 min. (ofrecimiento de cigarrillos, bebida y comida)
3. Aplicación test MINI
4. Ofrecimiento y aplicación de consejería (motivación y derivación inmediata en caso de que encuestado manifieste deseo de rehabilitarse).

La idea de esta división de la encuesta en dos etapas y funciones diferenciadas para los dos encuestadores, es que si hay un segundo sujeto esperando a ser encuestado, se hace posible que mientras el Encuestador 2 termina la 2° etapa con el primer sujeto, el Encuestador 1 pueda conversar con este segundo sujeto funcionando como anfitrión, y evitando así perder el caso debido a la espera.

G.- Entrega de incentivo primario e inducción sobre reclutamiento e incentivos secundarios

La séptima operación a realizar por la sede es la entrega del incentivo primario y la explicación del sistema de reclutamiento vía cupones a los encuestados, así como las condiciones de cobro de los incentivos secundarios. Esta operación está a cargo del Encuestador 2, la que será ejecutada inmediatamente después de la consejería, a través de los siguientes pasos:

1. Entrega de incentivo primario (gift-card al portador de \$7.000 pesos)
2. Entrega de cupones y explicación del reclutamiento, haciendo énfasis en su participación junto con el sistema de incentivos secundarios.

El incentivo primario será entregado a todos los encuestados que pasen los criterios de admisibilidad y firmen el consentimiento informado, pero será entregado al final de ambas etapas, luego de la consejería. Si alguien se retirase del estudio antes de terminar de contestar ambas etapas, hay que entregarle el incentivo de todas maneras en ese momento.

H.- Archivo de encuesta

La octava operación a realizar por la sede es el archivo de la encuesta, que implicará rellenar toda la información en el Sistema de Registro RDS, y los datos faltantes en el Sistema de Registro Interno y la encuesta (por ej. Folio/n° cupón en todas las hojas de la encuesta en caso de que no se

hubieses completado en un principio). Lo anterior será realizado por el Encuestador 2, para lo que se le proveerá de un notebook y smartphone con internet.

I.- Entrega de incentivos secundarios

La novena operación a realizar en la sede es la entrega de incentivos secundarios a los sujetos encuestados, transformados ya en esta etapa en reclutadores de nuevas personas que consumen. Para ello el Coordinador de Terreno asistirá un día a la semana a cada sede, y en base al Sistema de Registro Interno y el programa RDS, verificará el cumplimiento de los requisitos de entrega del incentivo secundario por parte del informante, para luego entregar el número de incentivos secundarios que corresponda (máximo tres).

El incentivo secundario será entregado un día a la semana, diferente para cada sede: Martes sede norte, Miércoles sede centro y Jueves sede sur.

El incentivo secundario será entregado sólo a quienes no se presenten intoxicados a retirarlo, lo que debe quedar muy claro en la inducción de entrega de cupones.

J.- Entrevistas semi-estructuradas

La décima y última operación a realizar en la sede es la aplicación de las entrevistas semi-estructuradas. Para ello, se seleccionará a los informantes según los criterios de segmentación descritos en la propuesta cualitativa durante el mes de Abril, para lo que el Encuestador 2 consultará al informante si desea participar de una entrevista (Abril en adelante). Si su respuesta es afirmativa, se pedirán los datos de contacto, los que serán agregados al Sistema de Registro Interno. Esta entrevista se realizaría el día en que la persona asista a retirar sus incentivos secundarios. En caso de que la persona no pueda realizar la entrevista en ese momento la Coordinadora de terreno lo contactará para acordar fecha y horario distinto para reunirse. El día de entrega de incentivos secundarios será distinto para cada sede (ver I.-), por lo que la Coordinadora de Terreno podrá asistir a esperar a las personas previamente identificadas.

PROTOCOLO APLICACIÓN ENCUESTA (CUESTIONARIO ISUC PBC Y TEST MINI)

I.- Condiciones de posibilidad de aplicación de la encuesta

La primera condición para la aplicación de la encuesta refiere a la disposición semanal de los siguientes materiales para la atención de 15 sujetos:

- A. Cuestionario (15) y pack tarjetas de respuesta plastificadas (1)
- B. Test de orina individual (15) y recipientes de orina (15)
- C. Consentimientos informados (30)
- D. Test MINI (15 copias papel) y línea de tiempo (1)
- E. Folletería consejería (15)
- F. Comida, bebida (15 colaciones individuales) y cigarrillos (75).
- G. Gift-card al portador cargadas con \$7000 pesos (15)

H. Documento de comprobación entrega incentivo primario (30)

I. Celular con internet móvil (1), y un notebook (1)

La disposición y administración de estos materiales está a cargo del Encuestador 2 en cada sede, así como también su continuo monitoreo para el oportuno reabastecimiento de los materiales en caso de que falten, lo que debe solicitarse con anticipación al Coordinador de Terreno (en caso de una afluencia de sujetos mayor a 15 durante la semana). Antes de recibir a los posibles encuestados es necesario que estos materiales estén ordenados como se señala en el protocolo de funcionamiento de la sede.

La segunda condición de posibilidad para la aplicación de la encuesta refiere al estado del informante. Si luego de aplicar el Modulo 0 de filtro del instrumento, se evalúa al encuestado como muy violento o muy intoxicado, se debe descartar su participación para ese momento, y pedirle que vuelva más tarde o al día siguiente en un estado más apto para participar del estudio (devolverle el cupón pero consignarlo en el Sistema de Registro Interno y RDS). Para predisponerlo positivamente hacia la aplicación del resto del instrumento, es necesario:

- A. Buen recibimiento y hospitalidad de parte del encuestador (ser amable y cordial siempre)
- B. Introducirlo debidamente en su participación en el estudio (contestar todas sus dudas, ser claro y detallado en la aplicación del consentimiento y las debidas explicaciones de su participación, etc.)
- C. Asegurarse que el informante esté cómodo en todo momento

Ahora bien, si a pesar de todos estos esfuerzos la persona se agita, se siente incómoda o se pone violenta durante la realización de la encuesta, el encuestador debe generar la pausa necesaria para calmar, estabilizar y disponer al informante hacia el resto de la encuesta. Esto lo puede realizar con diversas acciones, tales como:

- D. Ofrecimiento de pausa y cigarrillos
- E. Validar la relación por medio de una referencia compartida (conversar temas fuera de la encuesta misma como fútbol, pertenencia a territorio, experiencia con droga, etc.)
- F. Motivarlo explicándole el beneficio social del estudio, y lo importante que es su participación dentro del mismo, para ayudar a las personas que consumen PBC.

Si el encuestador no logra disponer adecuadamente al informante hacia la aplicación de la encuesta, se recomienda pedirle amablemente que se retire, y reagendar la aplicación de la encuesta para el día siguiente, o para cuando a éste le resulte más cómodo. En ese caso se le debe devolver el cupón para que la persona pueda volver a presentarse, pero debe quedar consignado en el Sistema de Registro Interno y RDS. Sólo en caso de que la persona esté muy descompensada y no considere la posibilidad de volver a presentarse al estudio, se debe retener el cupón. Si el sujeto no quiere devolver el cupón, debe quedar claramente consignado en el Sistema de Registro Interno y RDS, para considerar dicho cupón como no válido en todas las sedes.

II.- Operación.

Cuando se cumplan las condiciones de posibilidad, el encuestador puede dar inicio a la cadena de aplicación de la encuesta la cual se detalla a continuación:

1. **Registro informante:** El Encuestador 1 debe registrar al informante en el Sistema de Registro Interno. Éste debe registrar la información solicitada por el sistema de registro, identificando la rama y ola a la que pertenece el informante, su nombre, sexo, fecha de nacimiento y edad, etc.; lo que permitirá el ingreso de la persona como “posible encuestado” a la investigación.
2. **Preguntas filtro:** Si el informante acepta participar en la investigación, el Encuestador 1 aplicará las preguntas filtro del cuestionario (Módulo 0 y Modulo 1) como primera etapa de comprobación de los requisitos de admisibilidad del participante, a saber, ser mayor de edad y consumir pasta base frecuentemente, lo que permitirá el ingreso de la persona como “posible encuestado” a la investigación.
3. **Consentimiento informado:** El Encuestador 1 leerá el consentimiento informado para que el informante esté en conocimiento de la investigación, sus objetivos, las condiciones de participación (criterios de admisibilidad, condiciones de entrega de los incentivos), los beneficios y costos que obtendrá de su participación, así como también con quién contactarse en caso de dudas. Luego de la lectura el informante firmará dos copias del consentimiento, una queda para funciones de la investigación y la otra para el informante.
4. **Aplicación test biológico:** Luego el Encuestador 1 aplicará el test de orina para comprobar el consumo de pasta base del encuestado. Para ello el encuestador le dará instrucciones al informante de cómo realizar el test, junto con entregarle al informante el dispositivo de recolección de orina sin tapa. El Encuestador 1 debe conservar el Dip de inmersión, y luego acompañar al informante hasta la puerta del baño, y esperará hasta que el informante salga del baño con el dispositivo de recolección de orina lleno de orina. Luego, el Encuestador 1 debe proceder a introducir el Dip de inmersión en el frasco de recolección, y esperar durante 5 minutos los resultados (en presencia del informante). Mientras tanto, el frasco debe ser tapado (tapa hermética, una vez cerrada no se puede volver a abrir).
5. **Revisión de resultados del test biológico:** Transcurrido el tiempo para analizar el resultado, el Encuestador 1 junto al informante revisarán el resultado del test biológico.
 - Si el test sale positivo, el informante se considera definitivamente como “encuestado”; se descarta la muestra de orina (con o sin tapa), se le escribe el n° de folio/cupón al sobre y al Dip de inmersión mismo, luego este se guarda CLARAMENTE SEPARADO de los de resultado negativo, y se procede con los siguientes pasos.
 - Si el test sale negativo, el informante se considera como inadmisibile; se descarta la muestra de orina (con o sin tapa), se le escribe el n° de folio/cupón al sobre y al Dip de inmersión mismo, luego este se guarda CLARAMENTE SEPARADO de los de resultado positivo, y se le pide amablemente a la persona que se retire sin entregarle ningún incentivo.
 - Si el resultado del test es de difícil interpretación, de todas maneras se considera al informante como “encuestado”; se descarta la muestra de orina delante de la persona (con o sin tapa), se le escribe el n° de folio/cupón al sobre y al Dip de inmersión mismo, se toma una fotografía al Dip de inmersión con dicho número visible para enviarla al equipo (los encuestadores contarán con teléfonos celulares con cámara e internet móvil), luego este se guarda CLARAMENTE SEPARADO de los de resultado positivo y negativo, y se procede con los siguientes pasos.

Todos los Dip de inmersión deben ser conservados, y se debe anotar el número de folio tanto en el Dip mismo como en el sobre en el que viene.

Todos los encuestados que hayan llegado hasta este punto (pasado positivamente las preguntas filtro del Módulo 0 y Módulo 1 del cuestionario, el test biológico y firmado el consentimiento informado) se hacen acreedores del incentivo primario, independientemente de si contestan todas las etapas de encuesta o no. Si la persona decide retirarse antes del punto “10. Entrega del incentivo primario”, este debe serle entregado de todas maneras.

6. **Aplicación 1° Etapa Encuesta, cuestionario ISUC PBC:** El Encuestador 1 procederá a la aplicación del cuestionario, el cual tiene una duración estimada de 60 minutos (1hr). Este tiempo dependerá de las características del encuestado, ya que el cuestionario funciona a partir de filtros y saltos de acuerdo con las categorías de respuesta.
7. **Descanso:** Luego de la primera parte de la encuesta, se ofrecerá un descanso al encuestado, el que será en el patio/sala de espera (depende de la sede) y en compañía del Encuestador 1. Éste le ofrecerá comida, bebida (snack individual) y/o cigarrillos al informante. Se sugiere un tiempo estimado de 10 minutos para la realización de este descanso, durante el cual el Encuestador 1 presentará el encuestado al Encuestador 2, quien continuará con la cadena de operaciones. Durante el descanso, el Encuestador 2 debe mantener y generar las condiciones de posibilidad de la encuesta, es decir, generar y mantener la disposición del informante durante todos los pasos de la cadena de operaciones.
8. **Aplicación 2° Etapa Encuesta, Test MINI:** El Encuestador 2 aplicará el Test MINI, cuyo tiempo estimado de aplicación es de 30 minutos. Este tiempo dependerá de las características del encuestado, ya que el MINI funciona a partir de filtros y saltos de acuerdo a los síntomas presentados. Finalizado el test MINI, el Encuestador 2 agradecerá la buena disposición y participación de la persona que consume PBC encuestada en todas las etapas del estudio.
9. **Ofrecimiento y aplicación de consejería:** El Encuestador 2 ofrecerá al informante una consejería sobre el consumo de drogas. En este ofrecimiento el Encuestador 2 no debe intencionar al encuestado, por el contrario, debe ofrecerla de la manera más neutral posible y respetar la decisión de la persona que consume de recibirla o no. Si el informante la rechaza, el Encuestador 2 debe proceder con la cadena de operación, mientras que si el informante acepta la consejería el Encuestador 2 debe realizarla según el manual entregado en la capacitación. Dicha consejería tiene una duración estimada de 15 minutos, e incluye una conversación y la entrega de folletería proporcionada por SENDA, que estará a disposición de las sedes. Ahora bien, en caso de que en ese momento o durante la aplicación de alguno de los dos instrumentos el encuestado manifieste la necesidad de recibir ayuda o el deseo de rehabilitarse, el Encuestador 2 debe derivarlo inmediatamente a la red asistencial del territorio, la que será contactada previamente por el equipo de investigación, para que estén en conocimiento del estudio y de esta posibilidad específica.
10. **Entrega incentivo primario:** El Encuestador 2 hará entrega de una gift-card al portador de \$7.000 pesos al encuestado por su participación en el estudio. En esta entrega, el Encuestador 2 deberá registrar el número de la tarjeta gift-card en el Sistema de Registro Interno y RDS, y leer y hacer firmar dos copias de un documento de comprobación de la entrega del incentivo primario al encuestado, de modo que una de estas copias quede en poder del encuestado y la otra en el equipo de investigación. Luego, el Encuestador 2 debe motivar al sujeto para que regale la gift-card a un ser querido o para que compre algo para

su familia (no bienes para reducir y seguir consumiendo). Finalmente el Encuestador 2 debe archivar la hoja comprobación de la entrega de incentivos.

11. **Entrega de cupones:** El Encuestador 2 hará entrega de tres cupones con el folio/N° cupón correspondiente a la rama y ola que pertenezca el informante. Mientras entrega los cupones, el encuestador deberá volver a explicar el sistema de los cupones, y poner énfasis en las reglas para la entrega de los incentivos secundarios. Posteriormente el Encuestador 2 registrará la entrega de los tres cupones en el Sistema de Registro Interno y RDS.
12. **Datos de contacto e inducción incentivo secundario:** El Encuestador 2 tomará los datos de contacto del informante si es que éste accediera a ello (anotándolos en el Sistema de Registro Interno), para facilitar la comunicación y coordinación para la entrega de los incentivos secundarios, y para participar de la entrevista cualitativa a partir del mes de Abril. Si el informante no quiere dar datos de contacto o no posee datos de contacto por encontrarse en situación de calle, se le solicitará agendar una visita para dos semanas después de la aplicación de la entrevista (en el día correspondiente a cada sede), para informarse sobre los contactos que han asistido y por ende la entrega de los incentivos secundarios que le corresponderían.
13. **Despedida y archivo:** El Encuestador 2 le hará entrega de una carpeta al informante para que guarde toda la documentación entregada, y luego deberá acompañarlo hasta la puerta para despedir al informante y así poner término a su participación en esta primera instancia. Luego de ello, el Encuestador 2 deberá archivar (si aún no lo ha hecho): 1.el consentimiento informado, 2.el cuestionario; y 3.los comprobantes de entrega del incentivo primario y los cupones; preocupándose de etiquetar cada uno con el folio/N° de cupón del informante.
14. **Entrega incentivo secundario:** Cuando el encuestado regrese en la fecha acordada dos semanas después a retirar sus incentivos secundarios (Martes en Huechuraba, Miércoles en Santiago y Jueves en Puente Alto), el Coordinador de Terreno debe verificar en el Sistema de Registro Interno y RDS cuántos de los cupones entregados efectivamente llegaron a la sede como nuevos reclutados, y entregar los incentivos correspondientes (1 a 3 gift-card al portador por \$4000 pesos c/u) a dicho encuestado. En esta entrega, el Coordinador de Terreno deberá registrar el número de las 3 tarjetas gift-card en el Sistema de Registro Interno y RDS, y leer y hacer firmar dos copias de un documento de comprobación de la entrega del incentivo secundario al encuestado. De modo que una de estas copias quede en poder del encuestado y la otra en el equipo de investigación. Luego, el Coordinador de Terreno debe archivar la hoja de comprobación de la entrega de incentivos secundarios.

III.- Posibles problemas

El encuestador debe saber tratar con diversas situaciones imprevistas y posiblemente difíciles durante la aplicación de la encuesta, como las siguientes:

- A. El informante se presenta muy intoxicado o con síntomas fuertes de abstinencia (quedaría descartada su participación como encuestado por las preguntas filtro del cuestionario, pedirle que vuelva más calmado al día siguiente, devolverle el cupón pero consignarlo en el Sistema de Registro Interno y RDS)
- B. El informante se presenta muy violento y/o antisocial (quedaría descartada su participación como encuestado por las preguntas filtro del cuestionario, pedirle que

vuelva más calmado al día siguiente, devolverle el cupón pero consignarlo en el Sistema de Registro Interno y RDS).

- C. El informante se resiste a participar en diversos puntos del proceso (test biológico o MINI por ej.), o evita contestar demasiadas preguntas (debe ser motivado explicándole el beneficio social de la encuesta, se le debe dar tiempo para relajarse; y en caso de no lograrlo, darle el incentivo, dejarlo irse y retener el cupón).
- D. El informante se pone violento durante la entrevista, producto de una pregunta o un mal manejo del encuestador (debe ser contenido y calmado, y luego motivado una vez más explicándole el beneficio social de la encuesta, se le debe dar tiempo para relajarse; y en caso de no lograrlo, darle el incentivo, dejarlo irse y retener el cupón).
- E. El informante está muy confundido o inconexo en sus respuestas (se le debe pedir que vuelva otro día, devolverle el cupón pero consignarlo en el Sistema de Registro Interno y RDS).
- F. El informante da respuestas socialmente deseadas, mintiendo para quedar bien (debe ser motivado explicándole el beneficio social de la encuesta, se le debe explicar la importancia de que sea honesto con sus respuestas; y en caso de no lograrlo, darle el incentivo, dejarlo irse y retener el cupón).
- G. El informante manipulador que quiere beneficiarse económicamente más allá de lo acordado inicialmente, y es sorprendido tratando de robar algo de la sede (se le debe pedir que se retire sin incentivo, retener el cupón).
- H. El manejo de temas muy personales y sensibles que puedan gatillar reacciones emocionales adversas de parte de los informantes, llegando incluso a la auto-agresión (se le debe dar contención inmediatamente, debe ser curado con el botiquín y avisar a las redes asistenciales si corresponde).

Si cualquiera de estos problemas sucediese o algún otro que no esté enlistado, éste debe quedar anotado en la hoja de observaciones de la encuesta. Si el cupón es devuelto o retenido, esto debe quedar claramente consignado en el Sistema de Registro Interno y RDS.

Para enfrentar esos problemas, además de la selección cuidadosa de los encuestadores, se realizará una capacitación previa a la aplicación de la encuesta durante el mes de Marzo. Ahora bien, si alguno de estos problemas no puede ser resuelto por los encuestadores, se debe solicitar la ayuda de los funcionarios de la fundación/junta de vecinos dónde se aloja la SEDE, del Coordinador de Terreno y del Coordinador de Investigación (en ese orden).

PROTOCOLO SEGURIDAD

Para mantener el control general del encuentro con los sujetos encuestados, es necesario que los encuestadores conozcan, manejen y transiten con fluidez por cada una de las operaciones en la cadena de la aplicación de la encuesta. Esto es la principal manera de mantener el control de la situación y prevenir situaciones de riesgos.

Cuando el encuestador sigue con fluidez la cadena de operaciones y aun así surgen acciones o momentos de potencial amenaza, se sugiere que proceda de la siguiente manera, considerando que siempre se evitará la violencia física y verbal, y se priorizará el resguardo de la integridad física

y psicológica tanto del encuestador como de los sujetos encuestados, frente a una exigencia material.

I. Del resguardo de la integridad física de los encuestadores:

- A. Nunca forzar u obligar al informante.
- B. Estar concentrado en el momento de la encuesta.
- C. Usar la comida y los cigarrillos para calmar, estabilizar y disponer al informante.
- D. En caso de que la situación se ponga álgida, solicitar la presencia del otro encuestador.
- E. En caso que las preguntas desestabilicen al informante, el encuestador debe solicitar la ayuda del segundo encuestador para tranquilizarlo. Si la situación persiste pese a los intentos de ambos encuestadores, se debe intentar reagendar la participación del encuestado.
- F. Mantener la calma y cordialidad durante todo el encuentro con el informante, pese a los eventos que puedan surgir o las acciones que éstos puedan realizar.
- G. En caso de agresión verbal o física, el encuestador debe manejarla y neutralizarla, mas nunca responder con otra agresión verbal o física. Si los encuestadores en conjunto no pueden manejar la situación, deben pausar todo el funcionamiento de las operaciones de la encuesta y esperar hasta que el sujeto alterado se retire antes de reanudarlas. Si no lo hace por su voluntad, o convencimiento, contactarse con los funcionarios de la fundación/junta de vecinos dónde se aloja la sede para solicitar su ayuda y con el Coordinador de terreno. Solo como último recurso se llamará a Carabineros.

II. Del resguardo de los bienes materiales de la investigación:

- A. Los encuestadores no deben portar pertenencias personales de valor. Los pocos artículos de valor que deban llevar para su labor diaria (celular, dinero locomoción, bolsos, etc.) y materiales de valor de la investigación deben quedar guardados en un mueble cerrado con llave.
- B. Ordenar y administrar por carpeta de aplicación individual los materiales de la investigación, con anterioridad al inicio de la aplicación de las encuestas. Aquellos elementos necesarios para la aplicación de los instrumentos que no vayan en la carpeta individual, deben quedar en un lugar accesible pero fuera de la vista de los informantes, como por ej. una caja debajo del escritorio. El encuestador **nunca** debe reponer estos elementos frente al informante, para no entregarle información innecesaria sobre la ubicación de los bienes de la investigación.
- C. Si el informante solicita o exige más incentivos (iniciales o secundarios) de los que le corresponden, el encuestador debe recordarle la entrega de los incentivos responde a las reglas de la investigación que se le explicaron claramente antes de comenzar, y que no está en el poder del encuestador tomar ese tipo de decisiones. En ese momento se debe sugerir al encuestado que si éste tiene algún tipo de disconformidad, indicarle que se comunique con el Coordinador General de la Investigación o el Comité de Ética del ISUC en los números telefónicos que se le entregaron junto con el consentimiento informado. Si el encuestado persiste con actitudes o acciones de mayor agresividad, el encuestador debe solicitar la presencia del otro encuestador así como también

negociar con los cigarrillos. Si el encuestado persiste con actitudes o acciones de mayor agresividad, los encuestadores deben solicitar la ayuda de las personas de la fundación/junta de vecinos dónde se alojar la sede y el Coordinador de Terreno.

- D. Frente a la amenaza real de una agresión física grave por la entrega de un bien material (por ej. en presencia de un arma blanca o de fuego), el encuestador debe entregar sin titubear el bien material solicitado para resguardar su integridad física y solicitar la presencia de Carabineros en la sede. Para evitar situaciones de este tipo es mejor no portar nunca objetos de valor, y mantener los materiales de la sede fuera de la vista de los encuestados.
- E. En caso de asalto fuera de la sede, dar aviso a Carabineros y luego comunicarse con el Coordinador de Terreno.
- F. En caso de robo a la sede, detener la cadena de operaciones, dar aviso a Carabineros y luego comunicarse con la fundación/junta de vecinos dónde esta se aloja la sede y el Coordinador de Terreno, explicando la situación y detallando los bienes que fueron sustraídos.
- G. Por último, mantener una comunicación constante con el Coordinador de Terreno para evaluar y mejorar las condiciones de seguridad de cada sede, así como también implementar nuevas acciones de prevención.