

**Informe confidencial. Su difusión
requiere la autorización de PSA/OMS
Versión final, pendiente de revisión**

**PROGRAMA SOBRE SUSTANCIAS DE ABUSO
DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

OMS/UNICRI

**HISTORIA NATURAL DEL ABUSO DE COCAINA:
Una tentativa de estudio de casos**

***VOLUMEN I
INFORME INTERNACIONAL***

Aurelio Díaz *Investigador principal*
Mila Barruti
(Barcelona, España)

Hernán Olivera *Investigador principal*
Kathia Butrón, Silvia Jemio
(Cochabamba, Bolivia)
Michael O. Olatawura *Investigador principal*
(Ibadan, Nigeria)
Elson Lima *Investigador principal*
Júlio Adiala
(Río de Janeiro, Brasil)
Solange A. Nappo *Investigadora principal*
José Carlos F. Galduróz, Rita Mattei,
Ana Regina Noto
(Sao Paulo, Brasil)

Septiembre de 1995

De la Leyenda de la Coca
*Cuando el hombre blanco se atreva a utilizar la hoja de coca,
le ocurrirá lo contrario que a nosotros.
Su jugo, que para nosotros es un alimento casi espiritual,
a él le causará idiotez y locura. (*)*

Prá Vocé (Crack)
*Minha vida sou eu, nao você.
Sou eterna, enquanto é temporário.
Já se dissipou a força que você tinha em minha vida.
Porque agora e sempre me concentrarei
em ser eu mesma, sem necessidade
de entorpecer minha realidade com
a sombra que é a sua força.
Sombras sao apenas sombras. (**)*

(*) Citado en *Cuarto intermedio*, 34. Cochabamba, Compañía de Jesús de Bolivia.

(**) Consumidora de crack (Sao Paulo).

Índice

VOLUMEN I

0	Presentación	1
1	Introducción	3
1.1	Marco general	3
1.2	Diseño de la investigación	6
1.2.1	Preparación del trabajo de campo y adaptación de los instrumentos de investigación	7
1.2.2	Características y diseño de la muestra	10
1.2.3	Técnicas de investigación y análisis	15
1.3	Características generales de la muestra obtenida	23
1.4	Apuntes sobre los centros participantes	30
2	Características generales de los consumidores	33
2.1	Derivados de la coca y métodos de consumo	33
2.2	Perfil socio-demográfico	35
2.3	Antecedentes personales	42
2.3.1	Antecedentes familiares	42
2.3.2	Familia actual	45
2.3.3	Historia escolar	46
2.3.4	Historia laboral	48
3	Contexto socio-cultural	51
3.1	Descripción de los estilos de vida	51
3.2	Importancia de los derivados de la coca en los estilos de vida	55
3.3	Cultura de uso/consumo	57
3.4	Tipología de consumo/consumidores	65
3.4.1	Definición de los tipos	66
4	Historia del consumo de drogas	70
4.1	Carreras de consumo	70
4.2	Valoración de las drogas y consecuencias del consumo	73
4.3	Policonsumo: derivados de la coca y otras drogas	76
5	Inicio del consumo de los derivados de la coca	81
5.1	Edad y año de inicio	81
5.2	Contexto de inicio	82
5.3	Forma de obtención	84
5.4	Cantidad de inicio y método de consumo	85
5.5	Conocimiento previo y razones para el consumo	86
5.6	Efectos y evaluación del primer consumo	89
6	Características y evolución del consumo	93
6.1	Duración del consumo	93
6.2	Periodos de abstinencia	96
6.3	Características del consumo: cantidad, frecuencia y método	101
6.3.1	Periodo inicial	101
6.3.2	Periodo intensivo	104
6.3.3	Periodo actual o último	109
6.3.4	Consumo habitual	111

6.4	Evolución del consumo	113
6.4.1	Patrones temporales de consumo	113
6.4.2	Evolución de frecuencias y cantidades	116
6.4.3	Evolución de los métodos de consumo	118
7	Contextos de consumo y de obtención	121
7.1	Contexto de consumo	121
7.1.1	Periodo inicial	121
7.1.2	Periodo intensivo	124
7.1.3	Periodo actual o último	127
7.1.4	Consumo habitual	128
7.1.5	Evolución del contexto de consumo	129
7.2	Mercado callejero	131
7.2.1	Accesibilidad	131
7.2.2	Formas y lugares de obtención; cambios en el funcionamiento del mercado	134
7.2.3	Características de los distribuidores y relaciones entre consumidores y distribuidores	136
7.3	Cantidades, precio y calidad	139
7.3.1	Cantidades y presentación	139
7.3.2	Precio y calidad	140
7.3.3	Elaboración del crack	143
8	Razones, funciones, efectos y consecuencias del consumo	145
8.1	Razones y funciones	145
8.1.1	Periodo inicial	145
8.1.2	Periodo intensivo	149
8.1.3	Periodo actual o último	151
8.1.4	Consumo habitual	151
8.1.5	Evolución de las razones y funciones del consumo	151
8.2	Efectos	153
8.2.1	Efectos positivos y estrategias	153
8.2.2	Efectos negativos y estrategias	155
8.3	Consecuencias	158
8.3.1	Ansia de consumo y estrategias para no consumir	158
8.3.2	Consecuencias positivas en aspectos relevantes de la vida social	160
8.3.3	Consecuencias negativas en aspectos relevantes de la vida social	167
9	Consecuencias socio-sanitarias y servicios de tratamiento	179
9.1	Percepciones de riesgo	179
9.2	Conocimiento de los servicios de tratamiento	189
9.3	Utilización de los servicios de tratamiento y prácticas de riesgo	193
9.3.1	Utilización de los servicios de tratamiento	193
9.3.2	Consumo intravenoso: prácticas de riesgo	195
10	Consideraciones, conclusiones y recomendaciones	198
10.1	Consideraciones finales: regularidades y aspectos específicos	198
10.2	Conclusiones	228
10.3	Recomendaciones	232
11	Referencias	236

0. Presentación

El proyecto "Historia Natural del Abuso de Cocaína: una tentativa de estudio de casos" forma parte de un conjunto de proyectos para el estudio de las características y consecuencias del consumo de diversos derivados de la coca. Este conjunto de proyectos ha sido diseñado y desarrollado por el Programa sobre Sustancias de Abuso (PSA) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ha sido financiado por el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para la Investigación del Crimen y la Justicia (UNICRI), con sede en Roma.

La coordinación internacional de este proyecto fue asignada por el Programa sobre Sustancias de Abuso (PSA) de la OMS a Aurelio Díaz (Barcelona, Instituto Genus y Universidad Autónoma de Barcelona), como investigador principal, y Mila Barruti (Barcelona, Instituto Genus) como segunda investigadora. El proyecto se ha llevado a cabo en 4 centros de 3 países: Cochabamba (Bolivia), Ibadan (Nigeria), Río de Janeiro y Sao Paulo (Brasil). Los investigadores principales en cada centro han sido: Dr. Hernán Olivera (Cochabamba, Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios y Universidad Mayor de San Simón), Prof. Michael Olatawura (Ibadan, University College Hospital), Dr. Elson Lima (Río de Janeiro, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção a o uso de Drogas, NEPAD), Dra. Solange Nappo (Sao Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, CEBRID).

El proyecto ha sido supervisado por el Programa sobre Sustancias de Abuso (PSA) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la supervisión ha participado el Dr. Mario Argandoña, jefe de Tratamiento y Asistencia (PSA), Dr. Andrew Ball, Oficial Médico (PSA), y Hans Emblad director del Programa sobre Sustancias de Abuso.

En el proyecto Historia Natural se ha realizado un estudio retrospectivo de las características y de las consecuencias socio-sanitarias del consumo de diversos derivados de la coca y métodos de consumo.

Los objetivos principales del proyecto son los siguientes:

Incrementar el conocimiento sobre el consumo de diversos derivados de la coca y métodos de administración para contribuir al desarrollo de estrategias adecuadas y eficaces de reducción de daños.

Recoger información directa de la experiencia de los consumidores, en los tres países seleccionados (Bolivia, Brasil y Nigeria), sobre los patrones de consumo y los problemas socio-sanitarios relacionados con el consumo.

Aportar información complementaria a la obtenida en los proyectos que forman parte de la Iniciativa sobre Cocaína OMS/UNICRI: "Informante Clave" y "Perfil del País".

Comparar las diversas situaciones existentes en los centros participantes (comparación de diversos derivados y métodos de consumo). Además, los resultados obtenidos deben aportar una base para posteriores comparaciones con la información que ya se posee de algunas ciudades de Europa (sobre clorhidrato de cocaína), Estados Unidos (clorhidrato de cocaína y crack) y de otros países, especialmente los que forman parte del proyecto, sobre los restantes derivados de la coca.

Aportar información relevante y actualizada sobre el consumo de derivados de la coca para que los responsables del área de drogas, administradores de programas y planificadores puedan diseñar políticas de prevención e intervención adecuadas en cada uno de los países participantes.

Aportar elementos para que el Programa sobre Sustancias de Abuso de la Organización Mundial de la Salud (PSA/OMS) elabore y difunda un informe internacional sobre el consumo de derivados de la coca y los problemas asociados.

Desarrollar estrategias e instrumentos de investigación estandarizados que permitan la comparación inter-cultural y la monitorización a lo largo del tiempo del comportamiento de los consumidores y de los patrones de consumo de diversos derivados de la coca y según diversos métodos de administración. Además, que estas estrategias e instrumentos puedan adaptarse para el estudio de otras drogas.

Este informe internacional ha sido redactado por Aurelio Díaz y Mila Barruti a partir del informe internacional preliminar (Díaz et al., 1994b) y de los informes finales locales redactados por: Dr. Hernán Olivera, Dra. Kathia Butrón, Silvia Jemio (Cochabamba, Bolivia), (Olivera, Butrón, Jemio, 1994); Prof. Michael Olatawura (Ibadan, Nigeria), (Olatawura, 1994); Dr. Elson Lima, Júlio Adiala (Río de Janeiro, Brasil), (Lima, Adiala, 1994); Dra. Solange A. Nappo, Dr. José Carlos F. Galduróz, Rita Mattei, Ana Regina Noto (Sao Paulo, Brasil), (Nappo et al., 1994).

En la elaboración del informe internacional ha colaborado Conchita Díaz, María Recolons y Antonio Ruiz; en el de Cochabamba ha colaborado Eliana Maldonado y María Eugenia de López; y en el de Sao Paulo, Luis Carlos Mouro, Antonio da Silva Moraes y Elena Terumi Wada.

Los materiales generados en este proyecto y los resultados obtenidos se presentan en dos volúmenes: el primero incluye el informe internacional propiamente dicho (metodología, resultados y conclusiones); y el segundo, los anexos (instrumentos, manuales e instrucciones).

La traducción al inglés del informe internacional ha sido realizada por ?????????? (Ginebra) y la de los materiales incluidos como anexos por Adrian Harris, Gary Huxley, Richard Harris (Duual SL, Barcelona), Peter Clemons (Cochabamba).

Esta investigación no hubiera sido posible sin la desinteresada e inestimable colaboración de todas las personas que fueron entrevistadas, las que mediaron para que las entrevistas pudieran realizarse y las que ayudaron de forma diversa durante el trabajo de campo. A todas ellas, nuestro especial agradecimiento.

1. Introducción

En los diferentes apartados de este capítulo se desarrollan los referentes teórico-metodológicos del proyecto, la estrategia y el diseño de la investigación y las características de la muestra.

1.1 Marco general

Referentes teórico-metodológicos

El proyecto Historia Natural consiste en la realización de un estudio retrospectivo de las características y de las consecuencias socio-sanitarias del consumo en cuatro centros de tres países (Cochabamba, Bolivia; Río de Janeiro y Sao Paulo, Brasil; Ibadan, Nigeria). En cada uno de los centros han sido estudiados diversos derivados de la coca y/o diferentes vías de administración de un mismo derivado (hoja de coca, pasta de coca, crack, clorhidrato de cocaína: intranasal, inhalado/fumado y endovenoso).

Para realizar el proyecto se ha diseñado una estrategia de investigación cualitativa cuyos referentes teórico-filosóficos se inscriben en la tradición fenomenológica de las ciencias sociales (Husserl, 1931; Mead, 1934). Desde esta tradición se considera que lo que caracteriza a los fenómenos sociales es que poseen significado e intencionalidad y en su enfoque se privilegia la comprensión.

La metodología cualitativa busca la comprensión de los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor tratando de examinar el modo en que se interpreta el mundo y se construye la realidad (como referentes teóricos ver, especialmente, Berger, Luckmann, 1984; Blumer, 1969; Garfinkel, 1973; Schutz, 1969).

Esta metodología ha sido particularmente utilizada -desde numerosas perspectivas teóricas, tanto sociológicas como antropológicas- para el estudio intensivo de comunidades tradicionales y "primitivas", grupos marginales, subculturas delincuenciales... (ver, especialmente, los trabajos clásicos de Becker, 1963; Goffman, 1961; Evans-Pritchard, 1940; Sutherland, 1937; Whyte, 1943; Wirth, 1937).

En la aproximación cualitativa se utilizan un conjunto de técnicas de investigación: observación directa y participativa, entrevistas abiertas y semidirigidas, historias de vida focalizadas, grupos de discusión, análisis de redes sociales, etc. La elección de unas técnicas o de otras y el grado de articulación entre ellas, depende de los objetivos de la investigación y, también, de los límites del proyecto y de la naturaleza del objeto estudiado.

La metodología cualitativa puede ser la más adecuada para analizar la naturaleza del consumo de drogas ilegales por el carácter oculto del uso y por las complejas elaboraciones culturales que este uso comporta. Algunos ejemplos de su utilización en el campo específico de las drogas pueden verse en Bieleman et al., 1993; Biernacki, 1986; Carter, Mamani, 1986; Díaz, Barruti, Doncel, 1992; Funes, Romaní, 1985; Hughes et al., 1971; Intraval, 1992; Medina-Mora et al., 1980; Merlo et al., 1992; Romaní et al., 1991; Zinberg, 1984.

Metodología cualitativa y técnicas de investigación

La utilización articulada de las técnicas cualitativas ha sido especialmente desarrollada por la antropología y constituye el denominado trabajo de campo etnográfico. Simplificadamente, el trabajo de campo consiste en la presencia continuada, durante

un periodo prolongado, de los investigadores en contacto directo con la realidad estudiada. Durante su desarrollo el investigador ha de recoger rigurosamente la visión que de sí mismos tienen los actores sociales y contrastarla, objetivadamente, desde su posición como observador externo. Idealmente, se ha de llegar a comprender la realidad utilizando las categorías, definiciones y valores de los actores sociales (Díaz, Barruti, Doncel, 1992). Whyte (1943) lo define muy ajustadamente: "lo que la gente me dijo me ayudó a explicar lo que había sucedido y lo que yo observé me ayudó a explicar lo que la gente me dijo". Reflexiones interesantes sobre el trabajo de campo como experiencia personal e intelectual pueden encontrarse en Barley, 1983; Malinowski, 1967; Whyte, 1943).

La etnografía urbana es una práctica que resulta indispensable si se quiere acceder a un conocimiento directo de la realidad, contrastado y matizado. Esta práctica se suele realizar en unidades micro-sociales por lo que, desde un punto de vista teórico-metodológico, la búsqueda etnográfica debe ser considerada como el estudio de un nivel local (micro-social) que se articula de maneras diversas con otros niveles más generales que pueden denominarse "marcos de integración socio-cultural" (Díaz, Barruti, Doncel, 1992).

Entre estos marcos socio-culturales cabe destacar aquellos que partiendo de tradiciones familiares o de grupos primarios de relación se entrecruzan con los que son propios de determinadas tradiciones profesionales; las elaboraciones culturales con pretensiones de universalidad: gran parte de las referidas a la salud, a los usos de determinados productos, a tipos de acción institucional, etc. Estas elaboraciones se difunden de manera prioritaria a través de las instituciones escolares, laborales, sanitarias o de los medios de comunicación social, entre otros.

Tener en cuenta variables básicas como el medio social o la época histórica en la que viven los actores sociales significa integrar en el análisis, aunque no siempre de manera explícita, todos aquellos marcos de integración socio-cultural en los cuales vive inmerso el individuo y que, a su vez, contribuye a configurar.

Así, el contexto socio-político y económico de los países, teniendo en cuenta el equilibrio de fuerzas internacionales; el modelo dominante de percepción de las drogas, acompañado o no de contra-modelos específicos de tipo subcultural; el grado de desarrollo de la intervención social en este campo, o de los mismos estereotipos que la han ido configurando, son ejemplos de una serie de marcos macro-sociales que al lado de otros de tipo medio, como la incidencia del paro en el ambiente social en el que se mueve el sujeto o de los modelos dominantes y los posibles contra-modelos sobre las drogas, la existencia o no de instituciones relacionadas con las drogas, etc., deben tenerse en cuenta en el planteamiento de la cuestión, aunque muchas veces solamente se consideren implícitamente, ya que condicionan la realidad micro-social. En definitiva, esta realidad micro-social es la síntesis dinámica, actualizada y reelaborada de manera permanente por parte de los individuos y pequeños grupos que constituyen el denominado nivel local (o micro-social) de la realidad (Díaz, Barruti, Doncel, 1992).

Al respecto, interesa resaltar aquí dos aspectos importantes:

1/ Las experiencias de la vida cotidiana, a partir de las condiciones materiales de la existencia y del conjunto de las relaciones sociales, tamizadas, sin embargo, por una serie de valores, normas, ritos, expectativas, percepciones -en gran parte heredadas del contexto cultural en el que viven los actores sociales-, son las que van orientando la participación de los actores en una determinada construcción social de la realidad (Berger, Luckman, 1984).

2/ La relación entre los individuos y las drogas ha de ser considerada de forma compleja y dinámica. Esta relación no es un acto aislado sino que forma parte de un itinerario, de una "carrera" (Goffman, 1961), compuesto por una serie de actos diferentes y de relaciones estructurales que se modifican, y se redefinen, al tiempo que se desarrolla esta relación (Comas, 1985).

Los datos empíricos constituyen la base que ha de permitir construir determinadas variables. No obstante, es más importante estudiar la lógica de articulación de las diferentes variables que configuran el conjunto de un fenómeno, aunque muchas de éstas no se hayan constituido a partir de datos empíricos directamente observables sobre el terreno sino que formen parte de los niveles o marcos más generales ya citados.

El etnógrafo urbano se encuentra con unas limitaciones referidas a la propia "inabarcabilidad" de las unidades de análisis que ha escogido. Mientras que en otros medios el etnógrafo se puede insertar en lo que será su unidad de análisis de tal manera que pueda tener una visión de conjunto de ésta (o, por lo menos, parece que se podrá acercar bastante), esto en el contexto urbano es imposible. El investigador siempre accederá a realidades parciales -tanto desde el punto de vista del espacio como del tiempo- y, por tanto, la fragmentariedad será una de las características fundamentales de este tipo de etnografía. Esta fragmentariedad podrá ser paliada con la combinación de diferentes técnicas: "triangulación" (Denzin, 1970; Hannerz, 1980).

Otra característica que se debe tener en cuenta es la complejidad de las realidades urbanas. De hecho, desde un punto de vista holístico, la realidad puede considerarse como una especie de tejido multi-estratificado, atravesado por las diversas interrelaciones e interdependencias de los vectores físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que la componen, intrínsecamente dinámica, plástica y flexible y, por tanto, siempre en constante transformación. Además, cuando se habla de complejidad refiriéndose a las sociedades urbanas y, en general, al conjunto de las sociedades contemporáneas, se destaca el elevado grado de esta complejidad y, aún más, un elemento que tiene una especial incidencia: la conciencia que se tiene de ella.

A las consideraciones desarrolladas hasta aquí, sobre las posibilidades y limitaciones de la etnografía urbana en general, deben añadirse los problemas específicos que se plantean en el estudio de un tema mediatisado por el secreto, como es el de las drogas ilegales. Se trata, en efecto, de un tema privilegiado a nivel simbólico, aunque sea a través de un complejo cultural que ha creado unos fuertes mitos negativos y estigmatizadores de gran parte de los aspectos que lo componen.

Como señalan Díaz, Barruti, Doncel (1992) en diversos países se han realizado estudios etnográficos, y de otro tipo, centrados en una droga concreta, cuando de lo que se trataba era de estudiar el campo de las drogas ilegales (esta afirmación debe ser interpretada con cautela para evitar generalizaciones abusivas). Esto no es extraño, ya que dicha droga concreta (por ejemplo, heroína, clorhidrato de cocaína, crack, etc.), que puede variar según el contexto socio-cultural o el momento histórico, constituye el elemento simbólico alrededor del cual pueden cristalizar un conjunto de procesos en los cuales están implicados tanto determinados usos de drogas ilegales, como procesos de marginación social. De este modo, esta droga concreta se identifica con el estereotipo de "La Drog" y también son identificados y estigmatizados sus protagonistas principales: "los dependientes".

Por tanto, sea por su funcionamiento como principal droga que genera dependencia en el contexto contemporáneo de las drogas no institucionalizadas; por la mayor presencia de dependientes en los servicios socio-sanitarios públicos y privados; por la

mayor transparencia social de los sectores socialmente más periféricos y marginales; o por otras razones, la cuestión es que se ha podido investigar el mundo de dicha droga a través de los diferentes tipos de usuarios y, además, por vías diversas. A veces, de forma paradójica, la estigmatización puede facilitar el acceso a esta población y el propio proceso de investigación.

En el caso de los derivados de la coca, y dejando al margen a la hoja por su especificidad, la cuestión está planteada también de otra manera. Al tratarse de drogas no institucionalizadas, es evidente que también les afectan las connotaciones de criminalización que cubren todo el campo de las drogas ilegales, pero no del mismo modo ni en todos los contextos socio-culturales analizados.

Debe tenerse en cuenta que entre los consumidores, dependiendo del derivado de que se trate e incluso de la vía de administración, en el caso del clorhidrato de cocaína, se encuentra tanto población marginalizada y/o criminalizada como población normalizada.

Por una parte, la población marginalizada y/o criminalizada puede tener muy poco que perder o puede evaluar mucho mejor los riesgos reales del mundo policial y judicial, porque los ha sufrido muchas veces, o puede tener expectativas de ayuda, elementos que en conjunto o por separado pueden motivarla a colaborar en un estudio etnográfico.

Por otra, y a diferencia de la anterior, la población normalizada consumidora de drogas ilegales, con unos trabajos y unas relaciones sociales, una manera de vivir, en definitiva, que se supone han de defender de posibles indiscreciones externas, plantea mayores problemas tanto para su localización como para conseguir su participación. En este caso, la combinación de usuario normalizado y droga criminalizada tiene una gran capacidad de crear fuertes recelos dado que este tipo de consumidor tiene mucho que perder si se le identifica con la figura del "dependiente", y no sólo porque el consumo esté penalizado. Su colaboración en este tipo de investigaciones les obliga a descubrirse, a mostrar una de sus "dobles vidas" (constituyen un comportamiento muy característico de la vida urbana, según Hannerz, 1980).

1.2 Diseño de la investigación

En este apartado se desarrolla la estrategia metodológica utilizada en el proyecto. El marco general de esta estrategia ya ha sido presentado en el apartado precedente.

En una fase previa, antes del inicio de la investigación en cada uno de los centros participantes, los responsables de la coordinación internacional del proyecto elaboraron los materiales básicos para su puesta en marcha (Díaz, Barruti, 1993). Estos materiales son los siguientes:

A/ Diseño de la investigación: los aspectos claves de este diseño no han sido modificados y su última versión constituye el contenido de este capítulo.

B/ Instrumentos de investigación: cuestionario de entrevista y propuesta de codificación de la información obtenida. Estos instrumentos requerían ser ajustados a cada derivado de la coca y/o método de consumo y a los diferentes contextos socio-culturales en los que se ha realizado el proyecto. Una vez ajustados fueron traducidos al inglés, para su aplicación en Ibadan, portugués (Sao Paulo y Río de Janeiro) y quechua (cuestionario de hoja de coca, Cochabamba); en todos los casos, incluida la

versión en castellano utilizada en Cochabamba, se tuvieron en cuenta las peculiaridades lingüísticas locales para garantizar que la formulación de las preguntas fuera la idónea. Las versiones genéricas ya revisadas de ambos instrumentos han sido incluidas, respectivamente, como anexos 1 y 2 de este informe.

C/ Manuales de campo y entrevista: materiales de apoyo y consulta elaborados para la fase de formación de los equipos de campo. Las versiones finales de ambos manuales constituyen los anexos 3 y 4 de este informe.

1.2.1 Preparación del trabajo de campo y adaptación de los instrumentos de investigación

La organización y el desarrollo de la fase preparatoria del trabajo de campo fueron realizados conjuntamente por el investigador principal del proyecto y los responsables y colaboradores principales de cada uno de los centros participantes.

Esta fase se realizó en los siguientes períodos: 23 de agosto a 1 de octubre de 1993 (Cochabamba, Bolivia); 18 de octubre a 1 de noviembre de 1993 (Río de Janeiro, Brasil); 3 a 19 de noviembre de 1993 (Sao Paulo, Brasil); 11 a 21 de enero de 1994 (Ibadan, Nigeria).

La experiencia del trabajo realizado en Bolivia y los materiales allí elaborados, fueron utilizados para preparar la organización de las actividades en los restantes centros. Este hecho facilitó considerablemente la optimización del trabajo.

En esencia, las actividades desarrolladas en esta fase fueron similares en los cuatro centros participantes:

* Reuniones preparatorias del trabajo y de constitución del equipo básico responsable del proyecto.

En Cochabamba este equipo estuvo inicialmente constituido por los Drs. Hernán Olivera (psiquiatra, investigador principal) y Kathia Butrón G. (psiquiatra, asesora principal); Teresa Peñaloza (socióloga) colaboró en la dirección del equipo de campo durante la etapa inicial de la investigación. Posteriormente, para las etapas de codificación, análisis y redacción se incorporó Silvia Jemio (psicóloga clínica).

En Río de Janeiro, por el Dr. Elson Lima (médico epidemiólogo, investigador principal) y Júlio Adiala (sociólogo) como responsable del trabajo de campo y colaborador principal.

En Sao Paulo, por la Dra. Solange Nappo (farmacóloga, investigadora principal) y como colaboradores principales: Ana Regina Noto (farmacóloga), Dr. José Carlos F. Galduróz (psiquiatra) y Rita Mattei (bióloga).

En Ibadan, por el Prof. Michael O. Olatawura (psiquiatra, investigador principal) y los Drs. William Bamidele, Akin Peluola, ambos psiquiatras residentes, como colaboradores principales.

* Sesiones de discusión, revisión y ajuste de los cuestionarios con los equipos básicos responsables del proyecto.

* Realización de entrevistas a participantes clave para ajustar el cuestionario: 6 en Cochabamba y 1 en cada uno de los restantes centros participantes.

- * Revisión y análisis de literatura existente sobre diversos derivados de la coca, estudios epidemiológicos del consumo de drogas y sobre el contexto socio-cultural para mejorar el ajuste de los instrumentos de recogida de información.
- * Sesiones de evaluación de las entrevistas a participantes clave con los responsables del proyecto y del trabajo de campo.
- * Sesiones de conclusión de la revisión del cuestionario, redacción de los instrumentos definitivos y sesiones preparatorias del seminario de formación con los responsables del proyecto.
- * Sesiones de trabajo con los miembros del equipo básico para establecer las unidades de observación (mapa de lugares de distribución y consumo) y definir las categorías preliminares de consumidores.
- * Selección de los entrevistadores y constitución de los equipos de campo.

El equipo de entrevistadores en Cochabamba estuvo inicialmente compuesto por 31 miembros, la mayoría de ellos estudiantes de ciencias sociales, educadores de calle y maestros rurales: Catalina Arteaga, Gabriela Canedo, Alex Chipana, Carlos Claure, Raúl Copa, Liz Cossio, Carla Espósito, Fernando Fernández, Rolando García, Andrés Gutierrez, Martín Gutierrez, Cristóbal Huayta, Mirna Inturias, Humberto López, José Martínez, Carmen Muñoz, Jaime Murillo, Verónica Navia, Mario Orellana, María Luisa Pino, Carola Poquechoque, Abraham Reinaga, Magda Roca, Sonia Saucedo, Alejandro Somoza, Adriana Soto, Gina Taboada, Mónica Tellez, Jaime Terceros, Franz Torres y José Manuel Torrico. Posteriormente, se incorporaron 5 médicos residentes de psiquiatría: Drs. José Coba, Ruth Iporre, Inés Nogales, Blanca Revollo y Jaime Velasquez.

En Río de Janeiro estuvo compuesto por 7 entrevistadores: Júlio César Adiala (co-investigador principal), Eduardo C. de Oliveira, Estélio Gomberg, Carlos Joao Melo, Luiz F. Mileto, Kátia Maria Monteiro, Marcela F. Nunes y Juliano W. Vianna (todos ellos son licenciados en sociología o antropología o estudiantes de segundo y tercer ciclo de estas disciplinas).

En São Paulo, por 7 profesionales de diversas disciplinas (farmacología, 2; psiquiatría, 1; psicología, 1; biología, 1; sociología, 1), con formación y experiencia en el campo de las drogas y, especialmente, en estudios epidemiológicos: Dra. Solange Nappo (investigadora principal), Dr. José Carlos F. Galduroz, Rita Mattei, Ana Regina Noto, Elisabeth S. G. Quintino, Daniela P. Rotondaro.

En Ibadan, por el investigador principal, Prof. Michael O. Olatawura, y por los psiquiatras residentes Drs. Bamidele, como principal entrevistador, Peluola y Faniram.

- * Seminario de formación del equipo de campo. En cada uno de los centros participantes este seminario fue seguido por todos los miembros de los equipos de investigación.

La mayor parte de las sesiones fueron impartidas y dirigidas por el investigador principal, Aurelio Díaz, y ciertos aspectos de su contenido fueron especialmente adaptados o excluidos según los perfiles de los miembros de los equipos.

La duración del seminario fue de 21 horas en Cochabamba, 33 horas en Río de Janeiro y São Paulo, y 24 horas en Ibadan. La estructura y contenido de las sesiones del seminario son los siguientes:

1. *Presentación del "Proyecto sobre Cocaína OMS/UNICRI"*. Presentación de los distintos proyectos, características y objetivos, y específicamente del proyecto "Historia Natural".

2. *La perspectiva fenomenológica. Investigación cualitativa: metodología y técnicas de investigación*. Presentación y discusión de las principales aportaciones de la tradición fenomenológica en ciencias sociales. Introducción a la metodología cualitativa y presentación de las principales técnicas de investigación utilizadas.

3. *Epidemiología del consumo de alcohol y drogas*. Información general sobre el consumo de drogas con especial énfasis en los datos epidemiológicos relativos al consumo de derivados de la coca. En Cochabamba esta sesión la impartió el Dr. Rolando Camacho (COPRE); en Río de Janeiro, el Dr. Elson Lima; en São Paulo, el Prof. Elisaldo L. A. Carlini (CEBRID).

4. *El estudio de las drogas desde una perspectiva socio-cultural*. Introducción al estudio de las drogas desde una perspectiva socio-antropológica, presentación de conceptos claves y explicación de casos.

5. *Clasificación, aspectos farmacocinéticos y clínicos de las drogas*. Definición de una clasificación operativa de las drogas, descripción básica de los efectos de las principales drogas en el sistema nervioso central y aportaciones básicas de la experiencia clínica con consumidores de derivados de la coca. En Cochabamba esta sesión fue impartida por los Drs. Kathia Butrón y Hernán Olivera; en Río de Janeiro, por el Dr. Elson Lima; en São Paulo, por el Prof. Elisaldo L. A. Carlini (CEBRID).

6. *Metodología y construcción de la muestra*. Explicación detallada de los métodos "bola de nieve" y "targeted sampling". Definición de las características de la muestra y presentación y discusión de las estrategias para obtener una buena sección transversal de la población.

7. *El cuestionario de entrevista (dos sesiones)*. Presentación de la estructura y características del cuestionario; explicación de los objetivos de los diversos temas. Discusión detallada de todas las preguntas: significado, secuencias lógicas, respuestas esperables, etc. (ver anexo 1).

8. *La entrevista como técnica (dos sesiones)*. Explicación detallada sobre técnicas de entrevista. Desarrollo de los contenidos que figuran en los manuales de campo y de entrevista (ver anexos 3 y 4).

Los manuales de campo y de entrevista son, sobre todo, guías básicas para el entrenamiento de los equipos de entrevistadores. En la redacción de ambos documentos se ha utilizado literatura específica sobre los aspectos considerados y, en algunos casos, se ha reproducido literalmente propuestas y sugerencias de diversos autores. En esta línea, y dada la coherencia de ambos proyectos, se han incluido parte de las propuestas y recomendaciones que figuran en el manual de entrenamiento del proyecto "Informante Clave" (Hando, Flaherty, 1993).

9. *La codificación*. Explicación de objetivos y de su papel en la investigación; descripción detallada del documento de codificación (ver anexo 2)

* Sesiones de trabajo con el equipo responsable del proyecto para discutir aspectos metodológicos (características y control de la calidad de la muestra), organización del trabajo de campo, criterios de evaluación de las entrevistas, preparación de la información para el análisis y técnicas de análisis cualitativo.

- * Discusión de los criterios de selección de los entrevistados para la primera etapa del proceso de entrevista.
- * Preparación de las primeras entrevistas con los equipos de entrevistadores. Últimas indicaciones y explicación detallada de los criterios de anotación y de redacción de los informes de las entrevistas realizadas.
- * Sesiones de trabajo con el equipo responsable del proyecto para concretar aspectos organizativos.
- * Sesiones de evaluación de las primeras entrevistas realizadas. Aportación de soluciones a los problemas surgidos y últimos ajustes. En estas actividades, el investigador principal sólo participó directamente en Cochabamba.

A partir de la finalización de esta etapa en cada uno de los centros participantes, se ha mantenido una relación continua entre ellos y los coordinadores para comunicar todas las incidencias relevantes ocurridas en cada centro, los problemas surgidos en el desarrollo del proyecto y las soluciones encontradas para resolverlos.

1.2.2 Características y diseño de la muestra

Criterio de inclusión

Las características del proyecto requieren que los entrevistados posean un "buen nivel de experiencia" como consumidores. El problema radica en establecer un nivel mínimo de experiencia que asegure su idoneidad como potenciales entrevistados. La determinación de este nivel mínimo no es fácil, dada la gran variabilidad de situaciones e itinerarios de consumo posibles. En este proyecto, además, con el agravante que supone estudiar diversos derivados de la coca. A estas dificultades debe añadirse la que resulta de la inexistencia de un criterio consensuado o, como mínimo, predominante en investigaciones precedentes (puede ser importante para comparar los resultados con los obtenidos en otros estudios). En esta línea, por ejemplo, en el proyecto "Informante Clave" -que forma parte de la Iniciativa sobre Cocaína OMS/UNICRI- se utiliza como criterio de inclusión el haber consumido un mínimo de 3 veces en el último año (Hando, Flaherty, 1993); Cohen (1989) establece el mínimo en 25 veces a lo largo de la vida; Bieleman et al. (1993) consideran como criterio haber consumido al menos 5 veces en los últimos seis meses o 25 veces a lo largo de la vida; Siegel (1985) establece como límite máximo del consumo experimental 10 veces a lo largo de la vida.

En la determinación del criterio de inclusión se han tenido en cuenta los siguientes aspectos: el límite de consumo mínimo debe evitar la inclusión en el estudio de consumidores experimentales (para la definición de estos consumidores se ha adoptado la propuesta de Siegel, 1985); si la inclusión requiere niveles altos de consumo y/o experiencias prolongadas con los derivados de la coca se corre el riesgo de sesgar la muestra (podría producirse un efecto similar al que resulta de la inclusión exclusiva de consumidores en tratamiento); si el criterio de inclusión solamente tiene en cuenta frecuencias de consumo en los últimos 6 meses o en el último año, los ex-consumidores pueden quedar fuera de la muestra y, con ello, puede perderse una información clave. Atendiendo a estas consideraciones, se ha adoptado como criterio de inclusión un mínimo de 25 sesiones de consumo a lo largo de la vida. Este criterio excluye a los consumidores experimentales, permite la inclusión de ex-consumidores y, además, ha sido utilizado en otros estudios. En Río de Janeiro, dadas las dificultades encontradas para localizar consumidores de crack, se estableció una

reducción del número de sesiones necesarias (10 como mínimo) para facilitar su inclusión en la muestra, en caso de ser necesario.

Características de la muestra

La muestra propuesta es una sección transversal de la población. Esta decisión se adoptó teniendo en cuenta los objetivos del proyecto, y sus límites, y los problemas que pueden presentar los procedimientos habituales de muestreo cuando se estudian poblaciones marginales y ocultas. Estos procedimientos proporcionan una cantidad muy pequeña de individuos de estas poblaciones, simplemente por su baja proporción respecto a la población total. Además, a este hecho se añade el problema del sesgo. Las dificultades de localización y la ocultación, ligada a los modelos de secreto, hacen que la proporción de individuos en la muestra sea inferior a su proporción en la sociedad y que las estimaciones sean poco precisas y sesgadas. Para mejorar la precisión se requieren muestras muy grandes y, por tanto, de elevado costo (Bieleman et al., 1993; Díaz, Barruti, Doncel, 1992; Hartnoll et al. 1985). Con esta decisión se renuncia a las inferencias al conjunto de la población dado que éstas sólo pueden realizarse de forma rigurosa con muestras representativas. No obstante, con otros procedimientos de muestreo, como los utilizados en el proyecto, sí se puede conseguir una buena sección transversal de la población que permita realizar un buen estudio cualitativo, objetivo principal de este proyecto.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra pre-establecido en el proyecto es de 350 entrevistas: 200 en Cochabamba (hoja de coca, 50; pasta de coca, 50; clorhidrato de cocaína, consumo intranasal, 50; varios derivados de la coca, 50); 25 en Sao Paulo y 25 en Río de Janeiro (clorhidrato de cocaína, consumo intravenoso), 25 en Sao Paulo y 25 en Río de Janeiro (crack); y 50 en Ibadan (25 de clorhidrato de cocaína, consumo intranasal; 25 de crack). El tamaño previsto para las submuestras y su composición pueden ser modificados, y así se hizo, en función de la variabilidad de los perfiles de consumo existentes y de otros hallazgos realizados durante la fase de trabajo de campo (ver apartado 1.3 de este mismo capítulo).

Esta estructura de la muestra global incluye ya los primeros ajustes realizados a la muestra inicial del proyecto a partir de los resultados obtenidos en la fase preparatoria del trabajo de campo, ya descrita. Además, y como parte de estos ajustes, en los cuestionarios utilizados en Brasil y Nigeria se incluyeron preguntas respecto al derivado secundario y al método de consumo secundario del derivado principal. Esta decisión se tomó porque una parte importante de los consumidores tenían experiencia con más de un derivado y/o métodos de administración y después de evaluar la valiosa información que el análisis de este hecho aportaba al proyecto. Inicialmente, sólo se había previsto analizar esta situación en Cochabamba (submuestra varios derivados). También se tuvo en cuenta la conveniencia de incluir el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína (como método secundario del derivado principal), mayoritario en Brasil, cuyo estudio no formaba parte del diseño original del proyecto.

Como resultado de estos ajustes preliminares, en la submuestra de varios derivados de Cochabamba se contempló la inclusión del crack como derivado principal o secundario y del consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína como vía secundaria. Ambas situaciones fueron descubiertas durante el trabajo de campo y, dado su interés y aunque son muy minoritarias, para facilitar su inclusión en la muestra se fijó como criterio el consumo mínimo de 10 sesiones a lo largo de la vida.

La composición de las muestras previstas para Río de Janeiro y Sao Paulo quedó constituida así:

A. Crack o clorhidrato de cocaína intravenoso:

A.1 Consumidores de crack.

A.2 Consumidores de clorhidrato de cocaína intravenoso.

A.3 Consumidores de crack y consumidores de clorhidrato de cocaína intranasal.

A.4 Consumidores de cocaína intravenosa y consumidores de clorhidrato de cocaína intranasal.

B. Crack y clorhidrato de cocaína intravenoso:

B.1 Consumidores de crack como derivado principal y consumidores de clorhidrato de cocaína intravenoso como secundario.

B.2 Consumidores de clorhidrato de cocaína intravenoso como derivado principal y consumidores de crack como secundario.

B.3 Consumidores de crack como derivado principal y consumidores de clorhidrato de cocaína intravenoso como secundario. Además, consumo intranasal de clorhidrato de cocaína como vía secundaria.

B.4 Consumidores de clorhidrato de cocaína intravenoso como derivado principal y consumidores de crack como secundario. Además, consumo intranasal de clorhidrato de cocaína como vía secundaria.

En cada una de ambas ciudades se había previsto una submuestra de 25 consumidores de crack (A.1+A.3+B.1+B.3) y otra de 25 consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (A.2+A.4+B.2+B.4). Los consumidores de clorhidrato de cocaína que únicamente utilizan la vía intranasal no forman parte de la muestra.

En Ibadan la estructura de la muestra prevista sigue los mismos criterios pero su composición es diferente al variar las características del consumo. En este caso, el método principal de consumo del clorhidrato de cocaína es el intranasal (en Brasil se ha considerado el intravenoso) y el secundario es el fumado (intranasal, en Brasil).

En la fase de diseño y ajuste del proyecto a la específica situación de Ibadan se constató que el consumo de crack estaba particularmente extendido y que era más relevante que el consumo de clorhidrato de cocaína. La previsión inicial era estudiar el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína y debido a este descubrimiento la muestra fue modificada incluyendo dos submuestras. Cada una de estas submuestras estaba compuesta por 25 entrevistas a consumidores de crack y 25 a consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal. En ambas submuestras se consideró la posibilidad de consumo de un segundo derivado (respectivamente, clorhidrato de cocaína por vía intranasal y crack) y utilizando un método secundario de consumo (clorhidrato de cocaína inhalado/fumado).

Con estas modificaciones la muestra inicialmente prevista quedó compuesta como sigue:

A. Crack o clorhidrato de cocaína intranasal

A.1 Consumidores de crack

A.2 Consumidores de clorhidrato de cocaína intranasal

A.3 Consumidores de crack y de clorhidrato de cocaína fumado/inhalado.

A.4 Consumidores de clorhidrato de cocaína intranasal y fumado/inhalado.

B. Crack y clorhidrato de cocaína intranasal

B.1 Consumidores de crack como derivado principal y de clorhidrato de cocaína intranasal como secundario.

B.2 Consumidores de clorhidrato de cocaína intranasal como derivado principal y de crack como secundario.

B.3 Consumidores de crack como derivado principal y de clorhidrato de cocaína intranasal como secundario. Además, consumo inhalado/fumado de clorhidrato de cocaína como vía secundaria.

B.4 Consumidores de clorhidrato de cocaína intranasal como derivado principal y de crack como secundario. Además, consumo inhalado/fumado de clorhidrato de cocaína como vía secundaria.

El perfil básico clasificatorio de los entrevistados para su inclusión en una submuestra, en todos los centros participantes, queda definido por las preguntas *¿Qué derivados de la coca ha consumido?*, *¿En qué forma los ha consumido?* (sección 0 del cuestionario, ver anexo 1) y *¿Cuál es el derivado de la coca más importante?* *¿cuál es la forma de consumo más importante?* del subtema 3.4 (sección 3 del cuestionario).

Respecto a las dos preguntas del subtema 3.4: se respeta el criterio del entrevistado sobre el derivado y se considera como principal o secundario según su propia definición; en cambio, en coherencia con los objetivos del proyecto, la vía intravenosa ha sido considerada como principal en Brasil y la intranasal en Nigeria, con independencia del criterio manifestado por el entrevistado.

Este perfil básico debe conocerse en los contactos informales previos con los potenciales entrevistados porque determina el cuestionario que se va a aplicar en cada caso concreto.

Obtención de la muestra

Para garantizar la obtención de una buena sección transversal de la población se ha propuesto la utilización combinada de diversos métodos: "zonas blanco" (Medina-Mora, et al., 1980), "bola de nieve" (Biernacki, Waldorf, 1981), "targeted sampling" (Watters, Biernacki, 1989). En esencia estos métodos, y otros similares (genéricamente, métodos de cadenas de referencia), forman parte del trabajo de campo etnográfico aunque en éste no necesariamente se desarrollan con el mismo nivel de sistematización. La dificultad básica reside en la localización y selección de los potenciales entrevistados. Para resolver de forma óptima esta dificultad -y, además, obtener la mejor muestra posible- se deben utilizar diversas estrategias; estrategias que, en general, requieren un buen conocimiento previo del fenómeno estudiado.

El conocimiento de los lugares de reunión de los consumidores ("zonas blanco") permite situar a observadores del equipo de campo para que, una vez establecido y aceptado su rol como investigadores, inicien contactos informales con los consumidores, observen sistematizadamente, realicen entrevistas, etc.

El método "targeted sampling" funciona con una lógica parecida pero a un mayor nivel de sistematización. En este caso, y a partir de un buen conocimiento previo del terreno, a medida que la investigación va avanzando la información obtenida es constantemente analizada y utilizada para ajustar y modificar el marco de muestreo. En este proceso dinámico la detección de nuevos ambientes de consumo o de nuevos perfiles de consumidores obliga a establecer nuevas vías de contacto. Este método presenta muchas similitudes con el "muestreo teórico" (Glaser, Strauss, 1967).

El método "bola de nieve" es un tipo de muestreo por cadenas de referencia. Básicamente, este método consiste en seleccionar nuevos entrevistados en las redes sociales de los entrevistados que forman parte de una muestra inicial. Los entrevistadores inicien la búsqueda de participantes activando sus propias redes sociales, a partir de participantes clave, directamente en ambientes de consumo, mediante anuncios, etc. Cada primera entrevista que se realiza se considera como

nivel 0 de una cadena y a partir de ella se aplica el método "bola de nieve". El entrevistado debe citar, respetando su anonimato, a las personas pertenecientes a su red personal que cumplen los criterios de inclusión. A continuación los entrevistadores escogen aleatoriamente para ser entrevistados, uno, dos o más de ellos y se pide al entrevistado que facilite el contacto con la persona elegida por sorteo. En caso de fallar el primer contacto, se intenta seguir la cadena con los siguientes seleccionados según el orden del sorteo. Este procedimiento se vuelve a realizar en cada nivel hasta que la cadena se corta. Las sucesivas aleatorizaciones van mejorando la representatividad de la muestra y contribuyen a eliminar los posibles sesgos de la muestra inicial. Esta mejora se consigue también iniciando el mayor número de cadenas posible y procurando que los inicios sean independientes entre sí (Díaz, Barruti, Doncel, 1992).

En este proyecto la calidad de la muestra ha sido continuamente vigilada. A lo largo de todo el proceso de investigación se ha procurado garantizar, hasta donde ha sido posible, la independencia entre los entrevistados; la máxima variabilidad de perfiles incluidos; el equilibrio interno de los perfiles existentes, evitando el sobredimensionado de ex-consumidores y consumidores en tratamiento (el criterio orientativo adoptado en el proyecto es que estas dos situaciones no deben suponer más del 10% en cada submuestra).

Con el objetivo de lograr la mejor muestra posible, una buena sección transversal de la población, a medida que se realizan las entrevistas se establecen definiciones operativas de los distintos perfiles de consumo existentes. Estas definiciones se obtienen de una lectura global de las características del consumo de los entrevistados y no sólo de algunas variables sin conocer su capacidad discriminante (por ejemplo, sexo, edad, ocupación, clase social, etc).

Las entrevistas deben ser constantemente analizadas y comparadas para refinar o reformular las definiciones ya establecidas o para identificar y definir los nuevos perfiles encontrados (Glaser, Strauss, 1967).

Para la construcción de los perfiles se sugirió que en el análisis de los resultados, durante la fase de entrevista, fueran consideradas con especial atención las siguientes características: contexto de consumo: lugar, ambiente, actividades e importancia del consumo en ellas, razones o motivos (sección 6 del cuestionario, ver anexo 1); nivel de consumo (cantidad y frecuencia) y vía de administración (sección 6); importancia del consumo en el estilo de vida (sección 6); aspectos relativos a los grupos de consumo o grupos de relación (sección 11).

Asimismo, para completar el conocimiento sobre la muestra y las dificultades del muestreo, se estableció que se anotaría detalladamente cómo se había conseguido contactar con cada entrevistado y todo lo relativo a los casos negativos, con especial atención al porqué.

1.2.3 Técnicas de investigación y análisis

Entrevista y cuestionario utilizado

En este proyecto se han realizado entrevistas en profundidad, abiertas y estructuradas (los aspectos relativos a la entrevista como técnica figuran desarrollados ampliamente en el anexo 3). Dadas las dificultades (imposibilidades) para la grabación, se elaboró un cuestionario con preguntas que facilitan la recogida de la información. La mayor parte de las preguntas pueden ser contestadas con respuestas concisas; otras, en cambio, están planteadas para recoger respuestas amplias. Esta opción por la concisión, aunque limita la riqueza del discurso que se obtiene utilizando entrevistas abiertas con un menor nivel de estructuración, facilita el trabajo de los entrevistadores al reducir la cantidad de información que debe ser anotada y, también, simplifica considerablemente la preparación de la información para el análisis. Asimismo, se tuvo en cuenta que las entrevistas podían realizarse en diferentes lenguas en algunos de los países donde se desarrolla el proyecto (Bolivia y Nigeria) y los problemas añadidos que este hecho comporta.

Para facilitar un mejor desarrollo de las entrevistas y, al mismo tiempo, para garantizar que la recogida de la información sea lo más fiel -escritura literal de los aspectos claves del discurso de los entrevistados- y amplia posible, se sugirió que cuando las entrevistas no pudieran ser grabadas fueran realizadas por dos personas: entrevistador y colaborador que anota la información y observa.

Al hilo de esta última cuestión, la observación, aunque a un nivel más general, debe precisarse que en este proyecto no se ha pretendido realizar un trabajo de campo etnográfico en sentido estricto, tal como ha sido definido en el apartado 1.1 de este capítulo. De hecho, la entrevista ha sido la principal técnica utilizada para obtener información. No obstante, en la fase de trabajo de campo, en el proceso de localización y selección de los entrevistados y durante la realización de las entrevistas, los investigadores han recogido en un diario de campo cualquier información adicional de interés para el proyecto utilizando otras técnicas, especialmente la observación directa: contenido de conversaciones informales, ubicación y descripción de escenarios de distribución y consumo, comportamiento de los actores sociales, etc. (los aspectos relativos a estas técnicas complementarias han sido incluidos en el anexo 3).

El cuestionario de entrevista, como ya se ha dicho anteriormente, ha sido diseñado para la recogida de información retrospectiva sobre las características y consecuencias socio-sanitarias del consumo de diversos derivados de la coca y/o métodos de administración. Los temas relativos a actividades delictivas, intervención de la policía y de los organismos judiciales no figuran explícitamente en su contenido y los aspectos relacionados con el tráfico ocupan un lugar secundario. Esta exclusión o secundarización se fundamenta en que dichos aspectos son especialmente conflictivos (sensibles) y, además, en que su conocimiento no forma parte de los objetivos principales de este proyecto. No obstante, sí se han tenido en consideración aquellos aspectos con una incidencia potencial más directa en el ámbito de salud pública (por ejemplo, las características del mercado a pequeña escala).

El cuestionario original elaborado para el proyecto fue adaptado, como ya ha sido descrito en este mismo apartado, a cada contexto socio-cultural, derivado, vía de uso y situaciones de consumo de varios derivados y/o utilizando más de un método de administración; asimismo, fue traducido al inglés, portugués y quechua respetando, en todos los casos, las peculiaridades lingüísticas locales. Todos los cuestionarios elaborados poseen un núcleo temático homogéneo mayoritario y temas específicos.

En el caso de la hoja de coca, por ejemplo, se han ampliado los aspectos relativos al contexto socio-cultural y, específicamente, a la ideología tradicional andina (cosmovisión, rituales, etc.). El objetivo de esta estructura es facilitar, hasta donde sea posible, la comparabilidad de los resultados. La versión genérica del cuestionario ha sido incluida como anexo en este informe (ver anexo 1).

El orden de presentación de los distintos temas que componen el cuestionario -y que establece la secuencia temática para el desarrollo de la entrevista- ha sido establecido siguiendo una lógica que facilita la estructuración del discurso de los entrevistados.

El cuestionario de entrevista (ver anexo 1) está dividido en 17 secciones. Las 15 primeras constituyen la entrevista propiamente dicha y la última de éstas incluye las preguntas de finalización (sección 15, *otras observaciones y despedida*). Estas preguntas deben completarse en cada entrevista concreta para lograr su conclusión óptima y la relajación de entrevistados y entrevistadores (el desarrollo de este aspecto figura en el anexo 4). Las dos secciones restantes, 16 y 17, recogen diversos detalles técnicos de la entrevista y las observaciones y comentarios de los entrevistadores.

Cada una de las secciones del cuestionario es una unidad temática dividida, a su vez, en subtemas. En los diversos subtemas figuran las preguntas a realizar (en cursiva en el documento). Asimismo, en parte de los subtemas figuran preguntas complementarias, o de apoyo, a la pregunta principal (en cursiva, de un tamaño más pequeño, en el documento). Estas preguntas complementarias pueden ampliarse si el proceso de entrevista lo requiere.

Al margen de las secciones 15, 16 y 17, ya comentadas, el contenido y objetivos de las 14 restantes son los siguientes:

La sección 0 (*derivado de la coca*) aporta una parte del perfil clasificatorio básico del entrevistado (derivados consumidos y vías de consumo utilizadas). Asimismo, tiene como objetivo fijar, desde el inicio de la entrevista, qué sustancias han sido consideradas como drogas en el proyecto y determinar si son conocidas o no por los entrevistados.

La sección 1 (*perfil socio-demográfico*) incluye todas las características que definen el perfil socio-demográfico del entrevistado (edad, sexo, nivel de estudios, profesión, etc.). Esta sección debe ser recogida codificadamente y por separado del resto de anotaciones de la entrevista. El objetivo de esta medida es dificultar (imposibilitar) la hipotética identificación de los entrevistados. Medidas similares han sido tomadas para garantizar la confidencialidad de la totalidad de la información y el anonimato de los entrevistados (ver anexo 3).

La sección 2 (*antecedentes personales*) recoge aspectos biográficos de los entrevistados y, especialmente, la caracterización de las relaciones con tres instituciones básicas de socialización (familia, escuela y trabajo) y su posible influencia en el consumo de drogas. Estos aspectos son indagados diacrónicamente, a lo largo de la vida del entrevistado.

La sección 3 (*historia del consumo*) tiene como objetivo comprender y caracterizar la relación de los entrevistados con las diferentes drogas, a lo largo de la vida. Asimismo, sitúa el papel de los derivados de la coca en relación a las otras drogas y aporta qué droga y/o método de consumo son los principales (se completa con ello el perfil clasificatorio básico).

El conjunto de preguntas que constituyen la sección 4 (*inicio del consumo*) recoge todos los aspectos relativos a la primera experiencia de consumo. El objetivo de esta sección es comprender amplia y detalladamente dicha experiencia y determinar su intencionalidad y significación para los entrevistados.

Con las preguntas de la sección 5 (*evolución del consumo*) se obtienen datos concretos sobre la evolución y el patrón de consumo a lo largo del tiempo. Un objetivo clave de esta sección es fijar en la memoria de los entrevistados períodos relevantes de consumo y, al mismo tiempo, facilitar que ordenen su experiencia ajustándola a una secuencia temporal.

La sección 6 (*características del consumo en las distintas etapas*) recoge los aspectos relativos al contexto (lugar, ambiente, actividades, etc.) y las características del consumo (frecuencia, cantidad y vía) en períodos relevantes: inicial, desde el primer día de consumo hasta que se establece un consumo con una cierta pauta o regularidad; intensivo: periodo de consumo máximo. Su situación temporal en el itinerario de consumo es variable; actual o último: último mes de consumo; consumo habitual: según las características de los itinerarios de consumo de los entrevistados, abarca los restantes períodos de consumo o bien constituye el consumo característico, típico, a lo largo de la vida. En el consumo habitual se pregunta también por la existencia y características de los períodos de no consumo y abstinencia.

Las preguntas de la sección 7 (*efectos inmediatos y estrategias*) permiten conocer los efectos inmediatos físicos, psíquicos y sensoriales y si éstos son percibidos positiva o negativamente por los entrevistados cuando consumen. Incluye también las estrategias para contrarrestarlos o potenciarlos.

La sección 8 (*policonsumo*) recoge el consumo simultáneo o sucesivo de los derivados de la coca y otras drogas en la misma sesión. Asimismo, incluye preguntas sobre las mezclas de drogas que se realizan y sus efectos.

Con las preguntas de la sección 9 (*consecuencias del consumo*) se indaga sobre la valoración de las consecuencias positivas y negativas del consumo a lo largo del tiempo, en aspectos básicos de la vida (estudios, trabajo, economía, salud, relaciones sociales, etc.) y sobre la jerarquización de estos aspectos. Esta sección incluye también las percepciones de riesgo y los comportamientos de riesgo relacionados con el consumo intravenoso.

La sección 10 (*estilo de vida y rasgos socio-culturales asociados*) indaga sobre la existencia de estilos de vida relacionados con el consumo de los derivados de la coca; sobre la importancia de estos derivados en los estilos de vida de los entrevistados y recoge aspectos claves de la cultura de uso y consumo.

La sección 11 (*sociabilidad, control social y conflictos*) incluye todos los aspectos relacionados con la ayuda no institucionalizada ante la aparición de problemas, la activación de los mecanismos de control social informal y los conflictos relacionados con el consumo y la distribución.

La sección 12 (*conocimiento y utilización de los servicios de tratamiento*) aporta el conocimiento que tienen los entrevistados de los servicios de atención socio-sanitaria para problemas relacionados con las drogas; y la descripción y valoración de su experiencia personal en dichos servicios.

La sección 13 (*accesibilidad y distribución*) incluye todos los temas relativos al mercado a pequeña escala: características, funcionamiento, condicionantes de la oferta, relaciones con los distribuidores, precio y calidad de los derivados, etc.

La sección 14 (*usos tradicionales de la hoja de coca*) sólo figura en los cuestionarios utilizados en Cochabamba para entrevistar a consumidores cuyo derivado principal no es la hoja de coca. Su contenido recoge aspectos culturales del uso de la hoja en la tradición andina y coincide con los aspectos incluidos en la sección 10 del cuestionario elaborado para los entrevistados cuyo derivado principal es la hoja de coca.

Análisis

Como ya ha sido apuntado anteriormente, en este mismo apartado, en este tipo de investigaciones la información se va analizando al mismo tiempo que se recoge. Con ello, además de lo ya expuesto en relación a la vigilancia de la calidad de la muestra, mediante la lectura y relectura de los materiales los analistas se familiarizan con la información, elaboran hipótesis y conceptos con un objetivo heurístico, exploran e identifican interrelaciones, etc. (Taylor, Bogdan, 1984). En este proceso la información es comparada y contrastada de forma continua, las proposiciones y las categorías elaboradas son sucesivamente refinadas sometiendo a prueba su consistencia interna y su plausibilidad utilizando, entre otras estrategias, la inducción analítica (Katz, 1983); es decir, dirigiendo su atención hacia los casos negativos.

En definitiva, es un proceso continuo de elaboración e interpretación cuyo objetivo es la comprensión profunda de lo analizado y que sólo finaliza al alcanzar lo que Glaser y Strauss (1967) denominan "saturación teórica": cuando las observaciones adicionales ya no aportan comprensiones adicionales.

Como ampliación de la sintética introducción realizada aquí sobre aspectos generales del análisis cualitativo, se sugiere la consulta de Denzin, Lincoln, 1994; Erlandson et al., 1993; Kohler, 1993; Miles, Huberman, 1994; Silverman, 1993; Strauss, Corbin, 1993.

A un nivel más específico, se desarrollan a continuación otros aspectos de la estrategia de análisis utilizada en este proyecto.

La principal fuente de información para el análisis son los informes de las entrevistas realizadas. Estos informes incluyen la transcripción literal, o la reproducción más ajustada posible, de las respuestas obtenidas (discurso de los entrevistados), las observaciones de los entrevistadores y las anotaciones y observaciones realizadas por los analistas en las sucesivas etapas de preparación para el análisis final. Asimismo, la investigación genera un conjunto de información adicional que es muy útil para contextualizar, interpretar y contrastar la información contenida en las entrevistas. Esta información complementaria se obtiene durante la realización del trabajo de campo utilizando otras técnicas de investigación (especialmente, la observación directa) o procede de cualquier otra fuente (literatura especializada, documentos, etc.).

La información requiere ser preparada y ordenada para las etapas finales del análisis. Cuando éste se realiza se ha de considerar el conjunto de la información obtenida.

A partir de los informes completos de las entrevistas se generan una serie de documentos complementarios cuya función es facilitar el manejo de la información y el propio proceso de comprensión:

En primer lugar, resumen de la entrevista, ficha de identificación del entrevistado, perfil socio-demográfico (sección 1 del cuestionario), "radiografía" de la entrevista resultante

de las características codificadas y otros materiales generados a partir de la base de datos (listados, tablas, etc.).

En segundo lugar, documentos temáticos que se obtienen desagregando las secciones y/o temas del cuestionario y, especialmente, aquellos que agregan todas las respuestas a una determinada pregunta, o preguntas estrechamente relacionadas, y cuya elaboración requiere la definición previa de un criterio clasificatorio.

Al respecto, son necesarias algunas consideraciones. La explicación detallada de la preparación de los materiales para el análisis y de los documentos ahora citados figura en el anexo 5 (apartados 5.1 y 5.2). La codificación, como proceso y como resultado derivado de las entrevistas, ya ha sido citada anteriormente en este capítulo y su papel en este proyecto se desarrolla al final de este mismo apartado (ver también anexo 4, apartado 4.5). El criterio clasificatorio referido más arriba emerge del análisis de los datos y su concreción más elaborada es una tipología. Este último aspecto es analizado en este mismo apartado.

Las decisiones sobre la preparación de los materiales de este proyecto para el análisis y las etapas de éste fueron tomadas en el *"Data Analysis Workshop"* del Proyecto sobre Cocaína OMS/UNICRI que tuvo lugar en la sede de UNICRI (Roma, 22-25 de febrero de 1994). En esta reunión de trabajo el investigador principal del proyecto, Aurelio Díaz, con la colaboración de Bert Bieleman (Intraval, Groningen/Rotterdam, Países Bajos) y el Dr. Robert Trotter (Northern Arizona University, Flagstaff, Estados Unidos) desarrollaron una primera versión de las instrucciones para el análisis a partir de las *"Revised Guidelines of the Key Informant Study Report"*, elaboradas por la Dra. Ruthbeth Finerman (Finerman, 1994). Esta primera versión fue presentada en las sesiones de la 2^a Reunión de Centros Participantes en el Proyecto sobre Cocaína OMS/UNICRI (Roma, 28 de febrero a 2 de marzo de 1994) y allí fue comentada con el Prof. Michael O. Olatawura (investigador principal del proyecto "Historia Natural" en Ibadan, Nigeria).

Posteriormente, estas instrucciones fueron revisadas y ampliadas en Barcelona, con la colaboración de Mila Barruti, y fueron presentadas en la 2^a Reunión de Centros Participantes en el Proyecto sobre Cocaína OMS/UNICRI realizada en Cochabamba (21 al 23 de marzo de 1994). En dicha Reunión fueron discutidas con los miembros principales del equipo de Cochabamba (Dr. Hernán Olivera, investigador principal, Dra. Kathia Butrón y Silvia Jemio) y con los investigadores principales del proyecto en Río de Janeiro y São Paulo, Drs. Elson Lima y Solange Nappo. Una vez revisada y acordada la versión definitiva de las instrucciones (Díaz et al., 1994a) ésta fue enviada para su aplicación en Ibadan.

De estas instrucciones conviene destacar dos aspectos: a/ la ordenación y organización de la información para su análisis. Esta ordenación, además, establece el índice de los informes (ver anexo 5, apartado 5.1); b/ las decisiones sobre la formalización del análisis en dos etapas con niveles distintos.

En la primera etapa, el análisis se limitó al resumen y descripción de la información hasta entonces obtenida, incompleta en algunos casos, y sólo respecto a los derivados y métodos de consumo principales; cada uno de ellos, además, fue considerado por separado sin relacionar ni comparar los resultados obtenidos de los distintos aspectos analizados. El resultado de esta primera etapa, de este primer nivel del análisis, constituye el contenido del informe internacional preliminar (Díaz et al., 1994b).

La propuesta fue resumir primero la información del conjunto de la muestra, siguiendo unos criterios que se detallan a continuación, y después la de cada una de las

submuestras (según derivado y/o método de consumo). En el resumen, el énfasis en los datos globales o en los de las submuestras viene determinado por los propios resultados: existencia o no de diferencias relevantes entre las submuestras en un determinado tema. Esta decisión sólo puede tomarse fundamentalmente después de la lectura y relectura del material cualitativo (discurso de los entrevistados). En este proceso, que constituye una parte esencial del análisis cualitativo, los documentos complementarios ya descritos son de gran ayuda.

Antes de analizar (o resumir) los resultados obtenidos, pregunta a pregunta (o de preguntas estrechamente relacionadas), se deben tener en cuenta los documentos que agregan todas las respuestas de una sección para evitar su descontextualización. En este mismo sentido, el resumen de las entrevistas puede ayudar a aportar el contexto necesario para la adecuada comprensión de los resultados obtenidos en cada pregunta concreta.

En el resumen de la información cualitativa se aportan cuatro tipos de descripciones de cada una de las respuestas (o respuestas estrechamente relacionadas):

1/ Respuesta o respuestas más frecuentes (considerando todos los datos). Cada una de ellas debería ser descrita con las palabras de los entrevistados, como el patrón central (normativo) dado por todos ellos.

2/ Identificación de las variaciones que aparecen en las respuestas. La descripción del rango de respuestas complementa a la del patrón normativo e incluye información sobre qué entrevistados aportan estas variaciones y si es o no sustancialmente diferente de la información dada por el resto de entrevistados (del mismo derivado de la coca y/o método de consumo).

3/ Descripción de cualquier situación inusual aunque sólo haya sido mencionada por uno o dos entrevistados. A veces, esta información puede permitir el reconocimiento de nuevas tendencias o la detección de diferencias claves.

4/ Comparación y contraste de las respuestas entre derivados y/o métodos de consumo. La descripción de la existencia o no de diferencias o similitudes relevantes entre las distintas submuestras, y el grado en que éstas se manifiestan, constituye una parte importante del análisis de cada pregunta (este nivel de descripción no fue realizado en el informe internacional preliminar).

Además, y como parte de este proceso, se seleccionan citas literales del discurso de los entrevistados. En la selección se incluyen tanto las que representan mejor el consenso entre los entrevistados como las que ilustran las discrepancias.

El proceso de descripción y selección ahora descrito es una etapa previa, y necesaria, para la siguiente fase de análisis. Por esta razón, sus resultados, el contenido del informe internacional preliminar (Díaz et al., 1994b), además de constituir el texto de partida para la realización del informe final configuran su núcleo descriptivo.

La diferencia consiste en que en la siguiente fase los materiales deben ser ordenados, además, según la tipología de consumo construida, como resultado del propio análisis. Esta nueva ordenación, u otra que pueda resultar de los datos, ofrece una nueva dimensión de la información obtenida en la investigación. Esto no quiere decir necesariamente que la ordenación utilizada para el análisis preliminar no sea pertinente: su pertinencia o no, en este nivel de análisis, depende de la importancia de los derivados y/o métodos de consumo para establecer diferencias relevantes en la muestra.

Teniendo como referencia los resultados aportados por las descripciones ya citadas, en la fase final de análisis éste se profundiza. Aunque este proceso, por razones prácticas, se realiza con las unidades temáticas que agregan preguntas estrechamente relacionadas (ver anexo 5, apartado 5.1), su análisis no queda desvinculado en ningún caso del resto de la información para que no pierdan su significado y dimensión reales.

El énfasis ya no es el resumen sino la comprensión profunda de la información, como ya ha sido descrito anteriormente al desarrollar los aspectos generales del análisis cualitativo. Lo esencial aquí es la comparación y la interrelación, la búsqueda de regularidades y diferencias. El objetivo es comprender e interpretar el contenido explícito y subyacente del discurso de los entrevistados para elaborar un modelo comprensivo consistente y plausible. Para la realización de la fase final de análisis fueron elaboradas instrucciones específicas (Díaz, 1994; ver anexo 6).

Llegados a este punto, sólo queda por desarrollar dos aspectos que ya han sido avanzados: la propuesta de construcción de una tipología y el papel de la codificación.

La referencia teórico-metodológica en la que se inspira la propuesta para la construcción de la tipología es el "tipo construido", desarrollado conceptualmente por Becker (1945) y definido por McKinney (1957). El "tipo construido" está relacionado con el "tipo ideal" (Weber, 1947) pero se diferencia de éste en su ajuste a los datos empíricos (McKinney, 1966).

El "tipo ideal" no existe empíricamente. Es un artificio creado para la ordenación de los fenómenos, indicando sus articulaciones y su sentido, en el que se sintetizan y evidencian los rasgos típicos de un determinado fenómeno para hacerlo inteligible. En cambio, el "tipo construido", en el que se inspira la propuesta que aquí se realiza, es el resultado de la selección, abstracción, combinación y acentuación intencional de características que tienen referentes empíricos.

La idea central en este proceso es buscar una(s) característica(s) claves que permitan definir claramente los tipos. Para ello es necesario analizar las características una a una para establecer su importancia y seleccionar las de mayor relevancia. Con el propósito de reducir la complejidad de todas las combinaciones posibles, las características más importantes deben ser enfatizadas como parte del proceso analítico.

Una vez que estas características han sido establecidas se puede definir un tipo básico e iniciar clasificaciones tentativas. Los individuos que no se ajustan al tipo definido son separados y, posteriormente, agregados según las semejanzas observadas constituyendo un nuevo tipo. Este proceso de selección y concentración es repetido sucesivamente poniendo a prueba los tipos provisionalmente establecidos y, al mismo tiempo, ajustando los criterios de inclusión y los límites del tipo (análisis categorial).

En este proceso de refinación progresiva se busca conseguir la máxima homogeneidad interna y la máxima heterogeneidad entre tipos (método de comparación del máximo-mínimo). En la construcción de la tipología es muy importante identificar cualquier caso negativo, antes de la definitiva creación de los tipos. Los casos negativos son aquellos que no se pueden clasificar en ninguno de los tipos construidos o que se pueden clasificar en más de uno. La inclusión de los casos en un tipo sólo exige que posean las características que definen al tipo; por ello, es muy probable que presenten amplias diferencias entre sí en otros aspectos. En el

anexo 5 (apartado 5.3) se incluyen dos ejemplos de construcción de tipologías de consumo de clorhidrato de cocaína.

Para la construcción de la tipología, se sugirió que las siguientes características de los entrevistados fueran tenidas en consideración con una especial atención: derivado de la coca; método de consumo; contexto: lugar, ambiente, actividades e importancia del consumo, razones o motivos (sección 6 del cuestionario); estilo de vida e importancia del consumo en él (sección 10, subtemas 10.1 y 10.2); existencia o no de grupos de consumo (sección 11, subtema 11.1). La tipología de consumo definida en este proyecto es descrita en el apartado 3.4 del capítulo 3.

Como ya ha sido ampliamente desarrollado en este apartado, la estrategia de análisis es esencialmente cualitativa. No obstante, una parte de la información generada ha sido analizada también cuantitativamente. Esta información es un resultado directo de las entrevistas y se ha obtenido codificando una parte sustancial de las respuestas: las categorías de las características codificadas recogen datos concretos o sintetizan el contenido del discurso de los entrevistados, de forma ajustada (ver codificación preliminar en el anexo 2).

La inclusión de este tipo de análisis en el proyecto, aunque con un papel claramente secundario, se debe a que con la utilización exclusiva de técnicas cualitativas se presentan dificultades para la generalización de los resultados y, también, para su validación. Por estas razones, diversos autores sugieren la necesaria articulación de técnicas cualitativas y cuantitativas. Las técnicas cuantitativas pueden utilizarse en estudios cualitativos, por ejemplo, para la refinación de las categorías y proposiciones elaboradas, para la comprobación de buena parte de las hipótesis generadas en el trabajo de campo y para evitar generalizaciones indebidas (Cook, Reichardt, 1982; Mitchell, 1980; San Román, 1984).

En definitiva, los objetivos y beneficios que se pretenden con la codificación son los siguientes:

- 1/ Recogida sistemática de datos objetivos: aporta recuentos (distribuciones de frecuencias) y permite un análisis estadístico-descriptivo básico.
- 2/ Facilita la estandarización de los discursos y ayuda a refinar las categorías (temas descriptivos y de opinión-valoración). En este caso, las categorías codificadas son un resultado directo o deducido del material cualitativo y su definición exige una intensa lectura previa de lo que los entrevistados han expresado (este proceso forma parte del análisis cualitativo y aquí interviene ya la interpretación del analista).
- 3/ Facilita la unificación de criterios entre los miembros del equipo, durante las fases de trabajo de campo y de preparación para el análisis, y puede aportar matices para la interpretación de lo que los entrevistados han dicho (codificación por parte de los entrevistadores y revisión-discusión por el equipo responsable del análisis).
- 4/ Puede permitir la puesta a prueba de algunos supuestos, hipótesis, proposiciones y categorías, incluidos los tipos, elaborados a partir de la información obtenida.
- 5/ Facilita ciertos niveles de comparación, tanto en el análisis de los resultados obtenidos en cada centro como en el de los resultados globales (informe internacional).

1.3 Características generales de la muestra obtenida

En este apartado se comentan los aspectos del trabajo de campo realizado, especialmente los relativos a la obtención de la muestra, las dificultades encontradas, las modificaciones realizadas al diseño inicial y la composición definitiva de cada una de las submuestras.

Cochabamba (Bolivia)

La aplicación de los métodos "bola de nieve", iniciando las cadenas a partir de participantes clave y de las propias redes de los entrevistadores, y "targeted sampling" no supuso especiales problemas en Cochabamba, más allá de las dificultades intrínsecas a ambos métodos. La muestra, por tanto, pudo obtenerse con una relativa facilidad (no obstante, casi la mitad de las entrevistas requirió más de un contacto previo con el entrevistado). La mayoría de los entrevistados (60%) fue localizada a partir de las redes personales de los entrevistadores y de participantes clave. Una quinta parte de las entrevistas fue realizada a personas con las que se había entrado en contacto, en diversos escenarios de interacción social, durante la realización del trabajo de campo. La quinta parte restante fue realizada siguiendo las cadenas resultantes de la aplicación del método "bola de nieve".

El trabajo de campo se inició en octubre de 1993 y concluyó en marzo de 1994. En total fueron realizadas 182 entrevistas y su distribución según derivado es como sigue: hoja de coca, 44 (25% de la muestra); pasta de coca, 48 (26%); clorhidrato de cocaína (consumo intranasal), 46 (25%); varios derivados, 44 (24%). La composición de la submuestra de varios derivados según derivado principal es: pasta de coca, 34 (77% de la submuestra); clorhidrato de cocaína (consumo intranasal), 6 (14%); otros casos, 4 (9%).

A efectos analíticos, los entrevistados de la submuestra de varios derivados han sido incorporados, según derivado principal, a las submuestras de pasta de coca y clorhidrato de cocaína y la información sobre el derivado secundario (respectivamente, clorhidrato de cocaína y pasta de coca) ha sido considerada en el análisis. En este proceso de incorporación han sido excluidas las 4 entrevistas clasificadas como "otros casos" (consumidores de crack, como derivado principal).

Con estas modificaciones la composición final de la muestra de Cochabamba (178 entrevistas) es la siguiente: hoja de coca, 44 (25%); pasta de coca, 82 (46%); clorhidrato de cocaína (consumo intranasal), 52 (29%).

Casi la mitad de las entrevistas fue realizada en domicilios, en su mayor parte de los propios entrevistados. Un 21% se realizó en locales públicos (restaurantes, bares) y un 10% en otros locales (lugares de trabajo). El 10% se realizó en centros de tratamiento para dependientes, el 5% en otras instituciones totales (cerradas) y otro 5% en la calle con poblaciones desabrigadas.

A la luz de estos datos, debe dejarse constancia de la facilidad relativa para la realización de las entrevistas en Cochabamba, en comparación con lo ocurrido en los restantes centros como se explica a continuación. En general, en Cochabamba, durante el trabajo de campo se ha constatado un nivel muy bajo de desconfianza respecto al proyecto que ha permitido vencer con facilidad las barreras de secreto. Esto es especialmente cierto entre los consumidores de hoja de coca; en este caso, prácticamente no existen barreras de secreto debido a la normalización social de los consumidores y del consumo.

La duración media de las entrevistas fue de 2 horas. La mayor parte fue realizada en una única sesión y las restantes, una quinta parte, en dos o más sesiones por el cansancio que mostraban los entrevistados.

La mayor parte no fueron grabadas (82%). De las restantes, casi la mitad sólo fueron grabadas parcialmente. En la mayor parte de las entrevistas (75%) participaron dos miembros del equipo de campo (entrevistador y colaborador). Solamente 8 entrevistas fueron sostenidas en el idioma quechua (todas ellas corresponden a consumidores de hoja de coca).

En el desarrollo del 75% de las entrevistas no estuvo presente ningún observador. En la cuarta parte restante el entrevistado permitió la presencia de amigos o familiares suyos. Ninguna de ellas se realizó en presencia de agentes de control institucional.

El cuestionario fue valorado positivamente por la totalidad de los entrevistados, incluso por aquellos que lo consideraron muy largo y reiterativo (una minoría). La mayor parte de las entrevistas obtuvo una valoración positiva por parte de los entrevistadores y sólo las respuestas de una minoría de casos fueron consideradas como poco veraces (3%). En general, no se observaron factores que pudiesen haber influido negativamente en la calidad de las respuestas.

Ibadan (Nigeria)

La aplicación de los métodos de muestreo previstos en el proyecto planteó especiales dificultades en Ibadan. Estas dificultades están relacionadas directamente con factores contextuales: existencia de estrictas barreras de secreto (ocultación del consumo) motivadas por la dureza de las sanciones penales por consumo, posesión o tráfico y por el fuerte rechazo social y la estigmatización del consumo. El rechazo a los consumidores se da con especial intensidad en sus propias familias. Esta situación comportó una clara actitud de desconfianza de los consumidores ante el proyecto tanto entre los que no quisieron participar como entre los que sí lo hicieron, dificultando el proceso de su localización y selección y perjudicando la calidad de buena parte de las entrevistas realizadas.

Ante esta situación se adoptó la siguiente estrategia. El contacto con los potenciales entrevistados se realizaba bajo un puente en uno de los suburbios de Ibadan. La localización de los entrevistados era realizada por un consumidor, contratado para esta función, y éste servía de conexión entre los consumidores que reclutaba como potenciales entrevistados y los responsables del trabajo de campo. Cada encuentro se realizaba con dos o tres consumidores que habían aceptado participar, previo pago de una cantidad pactada con el agente reclutador. Después de una evaluación de los candidatos y si éstos cumplían los criterios de inclusión, las entrevistas se realizaban en una clínica cercana al lugar de encuentro. Todos los entrevistados recibieron una cantidad como pago por su participación. Esta cantidad había sido previamente pactada con el agente reclutador y en todos los casos constituyó una exigencia por parte de los entrevistados.

Desde los inicios del trabajo de campo la aplicación del cuestionario, dadas sus características y su elevado grado de detalle, mostró con claridad que los consumidores seleccionados utilizaban un derivado u otro (crack o clorhidrato de cocaína) o un método de consumo u otro en el caso del clorhidrato de cocaína (inhalación o, menos frecuentemente, aspiración) según la disponibilidad del derivado, lugar, situación o circunstancias del consumo. La constatación de que los entrevistados consumían crack y clorhidrato de cocaína indiferiadamente; y que fumaban, inhalaban o aspiraban cocaína indistintamente (e incluso, aunque raramente, utilizaban la vía intravenosa) dificultó considerablemente la aplicación del cuestionario

e hizo patente el desajuste entre lo preestablecido y los resultados que se obtenían. A raíz de esta constatación las primeras entrevistas fueron desestimadas en la creencia de que ofrecían una imagen errónea, sesgada, de la situación en Ibadan y se realizó una prueba piloto como contraste en dos hospitales de otras ciudades (Aro Hospital en Abeokuta y Yaba Psychiatric Hospital en Lagos) obteniéndose el mismo resultado. Este resultado fue considerado como prueba de que las características que se estaban encontrando representaban el tipo de consumo existente en Ibadan, relacionado con el estadio de desarrollo del fenómeno en Nigeria. La coherencia de estos primeros resultados con los obtenidos posteriormente a lo largo del trabajo de campo confirmaron esta apreciación.

Una de las consecuencias de este hecho fue mostrar la inviabilidad de obtener dos submuestras separadas según derivado principal (crack o clorhidrato de cocaína). En las entrevistas la indagación de diferencias entre uno y otro derivado y sobre su principalidad o no generaba una profunda confusión que obligó a abandonar la pretensión inicial de esclarecer esta cuestión. Así, según los datos obtenidos, debe aceptarse como característico del consumo en Ibadan la indiferenciación del crack y del clorhidrato de cocaína. No obstante, los datos obtenidos sí permiten afirmar que el crack es el derivado predominante y que el consumo fumado de clorhidrato de cocaína prevalece sobre el aspirado (está relacionado con su mayor facilidad de ocultación cuando el consumo se realiza en ámbito público).

El trabajo de campo se inició en marzo y concluyó en junio de 1994. En total se realizaron 50 entrevistas (tamaño de la muestra inicialmente previsto). Como ya ha sido señalado la totalidad de las entrevistas fue realizada en una clínica y ninguna de ellas fue grabada. Las dificultades ya señaladas, especialmente la desconfianza mostrada por los entrevistados y la imprecisión generalizada en algunos temas claves, limitaron la riqueza de las respuestas y la obtención de información relevante en algunos temas, especialmente en los relacionados con los patrones y evolución del consumo. Todas las entrevistas se realizaron en inglés y su duración media fue de 1.5 horas. En ninguna de las sesiones hubo observadores. Las respuestas han sido consideradas veraces, a pesar de la desconfianza ya citada (ésta ha incidido, sobre todo, en la concisión de las respuestas obtenidas y en el elevado nivel de no respuesta en algunos temas del cuestionario).

Río de Janeiro (Brasil)

En Río de Janeiro las dificultades para localizar a potenciales entrevistados fueron considerables. En la primera fase del trabajo de campo se realizó un mapa de lugares de distribución y consumo ("zonas blanco") a partir de fuentes secundarias (registros socio-sanitarios y policiales) para observar a los consumidores e intentar establecer contacto con ellos. Esta estrategia aportó información complementaria de interés pero resultó poco operativa para la localización de consumidores, por las siguientes razones: peligrosidad de los puntos de venta (enfrentamientos armados entre grupos de traficantes por el control del mercado); peligrosidad derivada de la actuación de las fuerzas policiales en la represión del tráfico y del consumo (al parecer, es frecuente que la policía extorsione a los consumidores detenidos; también, según algunos entrevistados, algunos policías intervienen en el tráfico); secundariamente, el hecho de que Río de Janeiro sea una mega-ciudad constituye una dificultad añadida.

La localización de entrevistados se realizó en dos etapas diferenciadas:

A/ En la primera, de noviembre de 1993 a marzo de 1994, se utilizó el método "bola de nieve" activando las redes personales de los entrevistadores y a partir de contactos establecidos en centros de tratamiento. El seguimiento de ambas vías supuso dificultades y las cadenas se cortaban en el primer nivel; además, su aplicación

comportó una sobrerrepresentación de ex-consumidores y de personas en tratamiento. En esta etapa se realizaron 18 entrevistas.

B/ En la segunda, de abril a agosto de 1994, se utilizaron los contactos establecidos en otro proyecto que se realizaba simultáneamente (proyecto PROVIVA, interesado en la prevención de la difusión del sida entre los consumidores de drogas por vía intravenosa). Este hecho supuso algunas modificaciones que deben señalarse dado que han podido influir en una parte de las respuestas obtenidas, en un grado desconocido, y que quizás hayan introducido un sesgo en la muestra: restricción del área de residencia de los entrevistados a una zona determinada de la ciudad; los entrevistados cobraban por su participación; recibían información y consejo sobre prácticas seguras de consumo y sobre los riesgos de transmisión del VIH. En esta etapa se realizaron 23 entrevistas.

En Río de Janeiro, según todos los indicios, el consumo de crack se halla poco extendido y los consumidores existentes constituyen una población particularmente oculta. Este hecho ha supuesto que, a pesar de los esfuerzos realizados, su presencia en la muestra sea muy reducida. La escasa presencia del crack parece estrechamente relacionada con el propio funcionamiento del mercado: según la información obtenida durante el trabajo de campo no parece existir un mercado callejero de crack y éste es elaborado a pequeña escala por los propios consumidores. Además, según algunos entrevistados y participantes clave, los propios traficantes rechazan a los consumidores de crack porque su comportamiento violento puede suponer un problema de seguridad (entre otros posibles problemas, pueden atraer la atención de la policía). Por razones parecidas, tampoco permiten el consumo intravenoso en las denominadas "bocas de fumo" (lugares de venta).

La constatación de la limitada difusión del consumo de crack y las dificultades que comportaba la localización de consumidores de este derivado obligaron a modificar la composición inicial de la muestra, tal como ha sido descrita en el apartado precedente (1.2). En total fueron realizadas 41 entrevistas y de éstas fueron excluidas 5: una por la escasa validez de su contenido y 4 porque eran de consumidores exclusivos de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (el estudio de este método de consumo no forma parte de los objetivos fijados para Río de Janeiro; no obstante, una parte de la información obtenida, sobre el contexto de consumo, fue tenida en consideración en el análisis). Las 36 entrevistas que constituyen la muestra se distribuyen según derivado como sigue: consumo intravenoso, 27 (75%); consumo intravenoso y crack, 5 (14%); crack, 4 (11%). Las 4 entrevistas a consumidores exclusivos de crack no han sido analizadas con las otras de Río de Janeiro, aunque sí han sido utilizadas para comparar los resultados con los obtenidos en São Paulo. De hecho, el análisis de los datos de Río de Janeiro se centra exclusivamente en el consumo intravenoso.

Algo más de la mitad de las entrevistas fueron realizadas en la sede del NEPAD, el 28 % en locales públicos (bares y equivalentes) y el 17% restante en domicilios particulares. Más de la mitad de las entrevistas fueron grabadas; en la mayoría de las restantes intervinieron dos miembros del equipo de campo: entrevistador y colaborador (con la función de observar y anotar).

La duración media de las entrevistas fue de 2 horas y sólo una minoría tuvo que ser realizada en más de una sesión. Dos entrevistas tuvieron que ser interrumpidas por la intensa carga emocional que despertó el recuerdo de compañeros de los entrevistados fallecidos a causa del sida. Esta tensión emocional durante la realización de las entrevistas, tanto para entrevistados como para entrevistadores, es destacada por la mayor parte de los entrevistadores.

La excesiva duración de la entrevista, el detalle y la reiteración de ciertas preguntas del cuestionario utilizado (sección 6: evolución del consumo), agravado por la inclusión del derivado secundario, fueron considerados negativamente por algunos entrevistados. Asimismo, estos aspectos, en otros casos, dificultaron el proceso de entrevista y afectaron a la calidad de las respuestas.

Sao Paulo (Brasil)

En Sao Paulo la situación es inversa a la de Río de Janeiro. Según los datos obtenidos se observa una amplia y reciente difusión del consumo de crack, y por tanto una mayor facilidad relativa para localizar a potenciales entrevistados, y una correlativa disminución del consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína: éste está siendo sustituido por el consumo de crack o está siendo abandonado (este fenómeno está directamente relacionado con la difusión del sida). Además, una parte de la población consumidora ha fallecido a causa del sida o se encuentra internada en centros para enfermos terminales. De nuevo, la información obtenida durante el trabajo de campo hizo modificar la composición inicial de la muestra, tal como estaba previsto en la estrategia de investigación.

En la fase preparatoria del trabajo de campo se delimitaron y seleccionaron escenarios de interacción social como "zonas blanco" para localizar a potenciales entrevistados: escuelas, locales de prostitución, centros de acogida de niños de la calle, centros de auto-ayuda, instituciones de tratamiento (privadas y públicas) y locales de ocio nocturno. El acceso a la población objetivo se realizó estableciendo contacto con personas clave (profesionales de la intervención y otros mediadores) integradas en los diferentes escenarios y ambientes o estrechamente relacionados con los consumidores. Los entrevistados fueron localizados y seleccionados entre los consumidores pertenecientes a las redes personales de las personas clave aplicando el método "bola de nieve". Las "zonas blanco" fueron modificadas y reajustadas a lo largo del trabajo de campo en función de los nuevos perfiles detectados (*"targeted sampling"*).

En esta línea, deben destacarse las siguientes iniciativas: A/ Contactos establecidos con una asociación de prostitutas para conseguir la inclusión de prostitutas consumidoras en la muestra. Lamentablemente, a pesar de los esfuerzos realizados, no se pudieron satisfacer todas sus exigencias y su inclusión no fue posible. B/ Entrevista realizada a un consumidor integrado en el ambiente de la denominada "calle del crack". En dicha calle existe un local en el que se vende y consume abiertamente crack. En el local, los consumidores, traficantes y policías "coexisten pacíficamente": los consumidores fingen que no consumen, los traficantes fingen que no trafican y la policía finge que reprime. C/ El contacto establecido con un líder de niños de la calle permitió la inclusión de esta categoría en la muestra.

El seguimiento de las cadenas resultantes de la aplicación del método "bola de nieve" planteó serias dificultades y algunas de las cadenas se cortaron en el primer nivel; otras, en cambio, pudieron seguirse hasta el cuarto o quinto nivel gracias al esfuerzo del equipo de campo y al papel clave desempeñado por los mediadores. A pesar de las dificultades que comporta su puesta en práctica, la estrategia seguida permitió establecer contacto y entrevistar a consumidores que habrían sido inaccesibles utilizando otros métodos. Por las razones ya apuntadas, la localización de consumidores activos por vía intravenosa fue la que planteó mayores problemas; también, aunque por la existencia de fuertes barreras de secreto, lo fue la de consumidores de clase media-alta y alta (su representación en la muestra es muy limitada).

La muestra final está compuesta por 43 entrevistas distribuidas de la siguiente forma según derivado principal: crack, 26 (60%); clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, 17 (40%). De los consumidores de crack, 6 consumen o han consumido también clorhidrato de cocaína por vía intravenosa; y de los de clorhidrato de cocaína, 8 consumen o han consumido crack como derivado secundario. Prácticamente todos han consumido clorhidrato de cocaína por vía intranasal y la mayor parte de ellos de forma regular.

El trabajo de campo fue iniciado en enero y concluyó en septiembre de 1994. Inicialmente las entrevistas fueron realizadas en los lugares elegidos por los propios entrevistados. Esta opción planteó dificultades porque los lugares no eran adecuados (ruido, interrupciones, etc.) y además suponía un elevado gasto de tiempo en desplazamientos (debe tenerse en cuenta la condición de mega-ciudad de São Paulo). Posteriormente, se propuso a los entrevistados que las entrevistas se realizaran en el CEBRID. Esta sugerencia fue aceptada sin problemas y supuso una clara mejoría en la calidad de las entrevistas (a los entrevistados se les pagaban los gastos de transporte y la comida).

La duración media de las entrevistas fue de 3 horas y todas ellas fueron grabadas; en algunos casos, la grabación supuso una merma de espontaneidad en las respuestas. Las entrevistas que forman parte de la muestra se realizaron sin la presencia de observadores. Debe dejarse constancia que se realizaron algunas entrevistas que fueron excluidas porque la presencia de observadores, conocidos de los entrevistados, distorsionó claramente el contenido de las respuestas.

La mayoría de los entrevistados valoró positivamente el cuestionario utilizado y una cuarta parte lo hizo negativamente; esencialmente, las valoraciones negativas destacan su excesiva amplitud y la reiteración. Ambos aspectos han sido señalados en todos los centros participantes (también, las dificultades para transmitir de forma comprensible el significado de ciertos temas -especialmente, la sección 10 del cuestionario- y para reconstruir la evolución del consumo, sección 6. Ver anexo 1).

Mayoritariamente, las respuestas han sido consideradas como muy fiables gracias, sobre todo, a la calidad de la relación establecida entre entrevistadores y entrevistados (este aspecto es clave en investigaciones de este tipo: ver anexo 4). De nuevo, destaca la tensión emocional que se genera frecuentemente entre entrevistados y entrevistadores durante la entrevista, sobre todo cuando se rememoran situaciones muy dolorosas. Además, debe tenerse en consideración, como lo resalta el equipo de São Paulo, que la entrevista constituye una de las escasas oportunidades que tienen buena parte de los entrevistados para relatar su historia vivida y ser escuchados atentamente por alguien que los respeta y que no los juzga.

Antes de concluir este apartado es necesario incluir algunos comentarios sobre algunos aspectos de su contenido y consideraciones respecto a aspectos formales de este informe:

La fiabilidad general de las respuestas obtenidas, que ya ha sido apuntada en este apartado, no supone, necesariamente, que dichas respuestas no hayan sido en bastantes casos insuficientes o confusas. De hecho, la complejidad de los objetivos del proyecto se tradujo en un cuestionario muy exigente para los entrevistados que no siempre pudo ser contestado por ellos con la precisión requerida y, especialmente, con la riqueza inicialmente prevista.

Las dificultades encontradas, derivadas de la propia complejidad del proyecto y de las insuficiencias de una parte de la información obtenida, han limitado el análisis inicialmente previsto. Con este comentario sólo se pretende dimensionar lo realizado, valorado muy positivamente, en relación a lo planteado en otros apartados de este mismo capítulo, que incluyen unas propuestas más ambiciosas.

Para la posible repetición de esta investigación⁽¹⁾, con similares medios y a pesar de las dificultades encontradas, se sugiere que sus objetivos sean mantenidos, revisando en todo caso las exigencias del proyecto para mejorar su adecuación. En esta línea, se sugiere, sobre todo, que sean excluidos ciertos aspectos del cuestionario que complican innecesariamente su aplicación. En concreto, y sin excluir otras posibles simplificaciones en algunos temas, el cuestionario sólo debería incluir preguntas relativas al derivado o método de administración principales.

La inclusión de derivados y métodos de consumo secundarios ha favorecido la confusión, ha alargado excesivamente la duración de las entrevistas, dificultando su desarrollo, y ha comportado que el cuestionario sea innecesariamente reiterativo, aspecto destacado por buena parte de los entrevistados en los distintos centros participantes. Además, la información obtenida en relación a los derivados y métodos secundarios ha sido, en general, insuficiente y, por ello, su inclusión en este informe ha sido muy limitada.

Las consideraciones respecto a aspectos formales de este informe son las siguientes:

1. En cada uno de los apartados y subapartados se presentan los datos globales de cada muestra o submuestra, según derivado y/o método de administración, siguiendo siempre el mismo orden. Esta información es esencialmente descriptiva y recoge los datos principales obtenidos en cada uno de los centros participantes. Cuando es relevante, y los datos lo permiten, se incluye un análisis de las regularidades y diferencias observadas según los tipos de consumo establecidos y observaciones concretas como resultado de la comparación de los datos globales (conjunto de las muestras). Los resultados más relevantes de este análisis conjunto y comparativo constituyen el contenido del apartado *consideraciones finales: regularidades y aspectos específicos* (apartado 10.1 del capítulo 10).
2. En la mayor parte de los diferentes capítulos del informe han sido incluidas citas extraídas de las entrevistas con un objetivo esencialmente ilustrativo. Las citas seleccionadas son fragmentos transcritos literalmente respetando la forma de expresión del entrevistado y sin alterar su significado. Cuando podía plantearse alguna dificultad para su comprensión se han intercalado algunas anotaciones aclaratorias; también se ha incluido o completado, y minuciosamente, el derivado de la coca al que se refiere el contenido de la cita (estos añadidos figuran siempre entre paréntesis). Las citas que superan las dos líneas han sido incluidas en párrafos separados y en cursiva; en caso contrario, están integradas en el párrafo correspondiente y figuran entrecomilladas y en redonda.

Al final de cada cita, a excepción de las incluidas para ilustrar contenidos genéricos, se ha añadido un código de identificación entre paréntesis. El código está compuesto por letras y números cuyo orden y significado es el siguiente: letra (identifica derivado y/o

(1) Esta propuesta figura entre las recomendaciones de este informe (apartado 10.3 del capítulo 10) por dos razones: por su interés para ampliar y mejorar el conocimiento sobre temas tan complejos como éste; por la positiva evaluación realizada de la estrategia de investigación diseñada y de los instrumentos utilizados.

método de administración principales: H, hoja de coca; P, pasta de coca; C, clorhidrato de cocaína por vía intranasal; I, clorhidrato de cocaína por vía intravenosa; K, crack); dos números (número de entrevista; tres números en el caso de Bolivia); dos letras (código de identificación de la ciudad: CB, Cochabamba; IN, Ibadan; RJ, Río de Janeiro; SP, Sao Paulo). Como ya ha sido explicado en este mismo apartado, la información de Ibadan no permite conocer con exactitud el derivado principal; por esta razón, en todas las citas incluidas de Ibadan el derivado y/o método principal ha sido identificado con dos letras (CK, clorhidrato de cocaína y/o crack).

3. En el redactado del informe para evitar una excesiva e innecesaria inclusión de porcentajes se ha utilizado una detallada escala de equivalencias. Se incluyen aquí las equivalencias que pueden prestarse a confusión: casi todos (más del 90%); la mayor parte (75 a 90%); la mayoría (55 a 74%); una minoría (15% o menos).

1.4 Apuntes sobre los centros participantes

Cochabamba (Bolivia)

La población de Bolivia es de 7.3 millones de habitantes (según el censo de 1991) y está compuesta por 30 etnias agrupadas en casi 100 grupos culturales diferenciados por su idioma, territorio y costumbres propios. Los grupos étnicos más numerosos son los quechuas y aymaras (54% de la población total) y los llamados mestizos (30%). Las etnias quechua y aymara, sobre todo, producen desde hace varios milenios las distintas variedades de la planta de la coca, domesticadas por ellos mismos, en las regiones subtropicales de las vertientes orientales de la cordillera andina.

El Departamento de Cochabamba ocupa el centro de Bolivia. Su capital está situada a 2.553 metros sobre el nivel del mar y posee unos 300.000 habitantes. La ciudad de Cochabamba se caracteriza en la actualidad por sus contrastes que tienden a acentuarse no solamente por la marcada estratificación socio-económica, típica de las ciudades bolivianas, sino por el crecimiento desmesurado de su población a expensas de las migraciones rurales y mineras que le confieren una composición multiétnica, plurilingüe y pluricultural.

Las actividades predominantes son el comercio, la prestación de servicios y la artesanía. La industrialización es precaria e incipiente. El vértice de la pirámide social está constituido por gente de medianos y altos ingresos que ostentan valores semejantes a los de las poblaciones altamente desarrolladas: el consumismo, la moda, la competitividad. La base de esta pirámide es cada vez más ancha y está constituida por trabajadores asalariados, funcionarios públicos, profesionales, estudiantes de colegios y universidades; población ésta con marcadas diferencias en sus ingresos, de composición multiétnica y en proceso de aculturación.

Existe también una población marginal urbana, constituida principalmente por migrantes oriundos de otras regiones, desempleados o subempleados en trabajos eventuales, y los denominados "menores trabajadores" y los "menores (chicos) de la calle". Estos últimos, son niños y niñas que huyendo de la violencia y la pobreza familiar encuentran ocupación en trabajos eventuales o viven de los hurtos; y techo, en algunas casas abandonadas o bajo los puentes del río que atraviesa la ciudad.

A dos horas escasas de viaje de la ciudad, pasando la cordillera, se encuentra el Chapare. En esta región se han asentado unas 300.000 personas (40.000 familias) que tienen como única fuente de ingresos la producción de coca, ya que no es rentable de ningún modo la producción de otros cultivos alternativos. El Chapare

resultó ser una región mucho más apta para el cultivo de la hoja de coca, en comparación con otras regiones, puesto que allí no se requiere realizar los clásicos cultivos escalonados en las laderas de los cerros, el costo de producción es menor en insumos y las cosechas son de tres a cuatro anuales. Sin embargo, aunque los colonizadores tienen un mayor ingreso per cápita en comparación con los campesinos del Altiplano o del Valle, se mantienen en situación de pobreza (Argandoña, 1988). Desarraigados de sus territorios originarios, sin asistencia médica-sanitaria adecuada, con altas tasas de analfabetismo, desnutrición, parasitosis y mortalidad infantil, mantienen, sin embargo, su cohesión cultural y sus organizaciones sindicales son vigorosas. Mantienen el consumo y uso tradicional de la coca en el contexto cultural de sus comunidades originarias y expresan un fuerte rechazo a la pasta de coca y al clorhidrato de cocaína porque atribuyen a las industrias clandestinas que los elaboran y a las fuerzas represivas del tráfico de drogas, los constantes abusos y violaciones de los derechos humanos de los que son objeto.

Ordenamiento jurídico-penal:

Según la Ley sobre el Régimen de la Coca y Sustancias Controladas, promulgada en 1988, las plantaciones del arbusto de la coca se limitan a las regiones tradicionales de consumo y su producción está sujeta a fiscalización para evitar una "producción excedentaria". En los territorios de asentamiento de colonizadores migrantes de las culturas andinas originarias la producción está sujeta a la reducción y sustitución por otros productos agrícolas, que no tienen mercado. En otras regiones, en las que también existen condiciones favorables para el cultivo de la coca, el cultivo es considerado como delito (Artículos 9, 10 y 11 de la Ley 1008).

El consumo y tenencia de otros derivados de la coca es ilegal y está fuertemente penalizado. La tenencia de una cantidad superior a la considerada como "mínima para su consumo inmediato" es tipificada como tráfico (penalizado de 10 a 25 años de privación de libertad). La tenencia de dosis mínimas para el consumo "inmediato" determina la internación en un Instituto de Farmacodependencia "hasta que se tenga la convicción de su rehabilitación".

Ibadan (Nigeria)

La población de Nigeria es de 88.5 millones de habitantes (según el censo de 1991) y está compuesta por 25 grandes grupos étnicos y otros minoritarios hasta un total de 300 (la lengua oficial es el inglés y existen 200 lenguas y dialectos). Ibadan es la capital del estado de Oyo, de mayoría yoruba, y es la segunda ciudad del país en número de habitantes (la población del estado de Oyo es de 3.5 millones). Está situada al Sur del país y relativamente cerca de Lagos, antigua capital federal y ciudad más importante de Nigeria.

Aunque la mayor parte de la población sigue dedicándose a la agricultura, el crecimiento de la industria petrolífera en los últimos 25 años ha comportado el desarrollo de las infraestructuras, comunicaciones y otros sectores industriales; también, serios desajustes económicos y el crecimiento descontrolado de las ciudades, con los problemas que estas transformaciones comportan (entre otros, elevada tasa de desempleo y desarraigo).

Ordenamiento jurídico-penal:

El consumo, posesión, elaboración y tráfico de derivados de la coca está penalizado en Nigeria. En 1984 fue promulgado el *Special Tribunal (Miscellaneous) Decree* que castigaba con la pena de muerte por "delitos relacionados con el tráfico de cocaína, heroína y sustancias similares". Este decreto fue derogado posteriormente ante las protestas que tuvieron lugar después de la ejecución de 3 personas condenadas por tráfico de drogas. En la actualidad las penas de prisión oscilan entre 2 y 20 años. El

consumo esta penado con privación de libertad por un mínimo de 2 años y un máximo de 10, el tráfico internacional con un máximo de 20 años y el local con un máximo de 14. Además de las penas privativas de libertad, la Ley prevé la confiscación de todos los bienes de los condenados por tráfico. La aplicación de circunstancias agravantes o atenuantes se deja al arbitrio de los jueces.

Río de Janeiro y Sao Paulo (Brasil)

La población de Brasil es de 153 millones de habitantes (según el censo de 1991). La región metropolitana de Sao Paulo (gran Sao Paulo) está formada por 8 ciudades que configuran una trama urbana continua en la que residen 16.5 millones de personas.

El Estado de Sao Paulo produce el 60% del Producto Interior Bruto de Brasil y la región metropolitana de Sao Paulo constituye por ello un polo de atracción de fuertes movimientos migratorios interiores por razones económicas. Sao Paulo, a pesar de ser la ciudad más rica e industrializada de Brasil, no posee infraestructuras suficientes para absorber adecuadamente una corriente migratoria tan intensa. La mayor parte de estos inmigrantes configuran el estrato socio-económico más bajo y residen en barrios marginales (denominados "favelas"). Estas características unidas a la actual crisis político-económica del país (elevada tasa de desempleo, salarios bajos, salario mínimo inferior a 80 dólares, etc.) han profundizado las desigualdades sociales y, entre otras consecuencias, han favorecido la difusión del tráfico y del consumo de derivados de la coca entre los sectores más desfavorecidos.

Río de Janeiro tiene una población de 6 millones de habitantes (11 millones si se consideran los municipios limítrofes que forman el denominado "Gran Río"). Aproximadamente un tercio de la población reside en barrios marginales ("favelas"). La ciudad es un importante polo industrial, comercial, de servicios y turismo aunque desde hace años su actividad industrial ha ido decreciendo aceleradamente (gran parte de su industria se traslada a otros Estados de Brasil, especialmente a Sao Paulo y Minas Gerais). Este proceso ha agravado la precaria situación de los servicios públicos, en un contexto de empobrecimiento generalizado en el que los principales perjudicados han sido los estratos socio-económicos más débiles. Recientemente, el incremento de la violencia en las "favelas" por el control del tráfico de drogas ha afectado muy negativamente a la principal actividad económica de la ciudad: el turismo.

Ordenamiento jurídico-penal:

En Brasil el consumo de clorhidrato de cocaína, o de cualquier otra droga ilegal, no está penalizado pero sí lo está la tenencia. Con ello, la distinción entre una y otra figura deviene sólo retórica. La distribución, venta, donación o tenencia de drogas ilegales es considerada como tráfico salvo que pueda demostrarse dependencia. La pena máxima por tráfico es de 25 años de privación de libertad (Ley 6368, Artículos 12 y 18). Si se demuestra la dependencia y que la tenencia era para consumo propio, puede comportar una pena de privación de libertad que oscila entre 6 meses y 2 años o bien el internamiento obligatorio, por mandato judicial, en un centro de tratamiento (Ley 6368, Artículos 15, 19 y 37).

2. Características generales de los consumidores

2.1 Derivados de la coca y métodos de consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Los 44 entrevistados que componen esta submuestra⁽²⁾ son "acullicadores"⁽³⁾ de hoja de coca. La mayoría de ellos conoce que el clorhidrato de cocaína es una droga extraída de las hojas del arbusto de la coca mediante un proceso químico pero solamente una minoría lo ha visto. Aproximadamente la mitad de los entrevistados conoce o ha visto alguna vez a personas que consumen clorhidrato de cocaína o pasta de coca: "He visto gente en las calles medio drogados, mal de la mente".

Pasta de coca (Cochabamba)

Esta submuestra está integrada por 82 consumidores de pasta de coca; de ellos, 32 consumen o han consumido también clorhidrato de cocaína por vía intranasal (como derivado secundario).

La pasta de coca es un primer producto que se obtiene en el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína. Las hojas de coca son maceradas con gasolina, queroseno o gasóleo y luego se añade ácido sulfúrico o acetona para precipitar la sustancia. La pasta así obtenida contiene sulfato de cocaína en una concentración que varía del 30 al 90%, pero además están presentes en ella residuos de todos los productos químicos que se han utilizado en su elaboración.

La pasta de coca que contiene la menor concentración de sulfato de cocaína se denomina "sulfato" y la que contiene una concentración mayor, "pasta base". El "sulfato" tiene un olor penetrante y es de color ocre o blanquecino. Se consume preferentemente en cigarrillos armados con tabaco o marihuana, conocidos como "pitillo" o "chuto". También se consume fumándolo en pipa. La pasta de coca llamada "base" es de color blanco y su olor es menos intenso. Preferentemente es fumada en una pipa o "toco" con una menor cantidad de tabaco o marihuana. Algunos consumidores fabrican las pipas con papel estañado.

La "base lavada" se obtiene añadiendo ácido clorhídrico a la pasta de coca con lo cual se precipita la sustancia y las impurezas se quedan en la superficie. La "base lavada" es de color blanco, "como nieve", y se estima que contiene el más alto porcentaje de sulfato de cocaína (cercano al 90%). Se fuma preferentemente en pipa.

(2) En el texto se denomina muestra al total de entrevistas realizadas en cada centro participante y submuestra al total de las entrevistas según derivado y/o método de consumo. Así, en Cochabamba la muestra está compuesta por tres submuestras: hoja de coca, pasta de coca y clorhidrato de cocaína (consumo por vía intranasal). En São Paulo por dos: crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa; en Río de Janeiro e Ibadan no se han establecido submuestras

(3) Acullicar ('pijchar' en quechua) es mantener las hojas en la cavidad bucal. Esta es la forma tradicional de consumo en las comunidades andinas y su denominación habitual, "mascado", es inexacta dado que las hojas no se mascan (se chupan o succionan). La bola que forman las hojas de coca insalivadas que se mantienen en la boca se denomina aculli ('pijcho', en quechua). Los consumidores tradicionales de hoja de coca son, por tanto, acullicadores y así serán denominados en este informe.

Otra forma de pasta, conocida como "chicleada" por su consistencia similar a los chicles, se obtiene del aceite que queda al quemar el "sulfato" o la "pasta base". Este aceite, cuando está todavía caliente, se mezcla con agua y se solidifica con esa consistencia particular. Contiene concentraciones elevadas de sulfato de cocaína.

El "sulfato" y la "pasta base" son comercializados por los proveedores y en este informe ambos son denominados indiferenciadamente como pasta de coca. La "base lavada" y la "chicleada" son elaboradas y consumidas por las personas que trabajan en los procesos de elaboración debido a que disponen de grandes cantidades de pasta de coca, de sustancias químicas y porque su elaboración forma parte de los controles de calidad del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína. La "chicleada" también se obtiene de los residuos que quedan cuando la policía encargada del control del tráfico quema la pasta de coca decomisada.

Por último, los entrevistados citan otro producto denominado "base retrocedida". Este se obtiene al calentar una solución compuesta de amoníaco o bicarbonato sódico y clorhidrato de cocaína. El producto obtenido es, de hecho, crack y se fuma en "pipas de agua" (*free basing*)⁽⁴⁾ o con boquillas especialmente fabricadas que permiten quemarlo sin tabaco. Los consumidores también fuman la "base retrocedida" (crack) mezclada con tabaco en cigarrillos a los que denominan "pitillos" o "chutos" y en pipas fabricadas con papel estañado que son conocidas como "toco" o "pipa".

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Esta submuestra está formada por 52 consumidores: 46 que sólo han consumido este derivado y 6 que también han consumido pasta de coca (como derivado secundario). El método principal de consumo de prácticamente todos los entrevistados es por aspiración intranasal; en un sólo caso es intravenoso. Dos entrevistados también consumen crack.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Como ya se ha indicado en el capítulo introductorio no ha sido posible establecer con claridad la diferencia entre derivado principal y secundario. Según los resultados obtenidos los 50 entrevistados que componen la muestra consumen indistintamente crack y clorhidrato de cocaína. No obstante, sí puede afirmarse el predominio del crack y del consumo inhalado y fumado, tanto de crack como de clorhidrato de cocaína. La principal forma de consumo del crack es asimilable al método *chasing the dragon*⁽⁵⁾; secundariamente, también se inhala utilizando el método *free basing* y menos frecuentemente se fuma en cigarrillo. El clorhidrato de cocaína se consume predominantemente en cigarrillos de tabaco o marihuana. El consumo por vía intranasal del clorhidrato de cocaína parece ser minoritario y limitado a ámbito privado, como estrategia de ocultación. Algunos consumidores han experimentado con la vía intravenosa.

(4) Forma de consumo en la que se utiliza una pipa, o cualquier recipiente de cristal o plástico, que contiene agua (en algunos lugares se utilizan destilados alcohólicos, preferentemente ron). El humo de la combustión del clorhidrato de cocaína atraviesa el agua y se inhala mediante un tubo situado en uno de los lados del recipiente.

(5) Se calienta la sustancia en una superficie metálica (frecuentemente, se utiliza papel de aluminio o estañado) y se inhalan los vapores (se "caza" el humo de la combustión) utilizando un tubo.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La totalidad de la muestra, compuesta por 43 entrevistados, consume o ha consumido clorhidrato de cocaína por aspiración intranasal. La iniciación en el consumo siempre se produce utilizando este método. Aunque su penetración es relativamente reciente el consumo de crack se halla particularmente extendido; por el contrario, aunque es anterior en el tiempo, el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína parece ser minoritario y se encuentra en una fase clara de decrecimiento. De los 43 entrevistados que componen la muestra, 26 consumen exclusiva o preferentemente crack, mayoritariamente fumándolo en pipas artesanales, y 17 clorhidrato de cocaína por vía intravenosa. En el análisis de una parte de la información se han agregado los derivados principales y secundarios y con ello se han establecido dos submuestras compuestas por 34 consumidores de crack y 23 de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso, y crack (Río de Janeiro)

Al igual que en São Paulo, la totalidad de la muestra (36 entrevistados) consumen o han consumido clorhidrato de cocaína por aspiración intranasal. En cambio, a diferencia de São Paulo, el consumo de crack parece ser muy minoritario en esta ciudad: la muestra sólo incluye 4 casos de consumo de crack, como derivado principal, y 5 de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa y de crack. En el análisis sólo se ha tenido en consideración el consumo intravenoso (muestra compuesta por 32 entrevistados) y la información relativa al crack ha sido incorporada como referencia complementaria, cuando era de interés, a la obtenida en São Paulo.

2.2 Perfil socio-demográfico

Hoja de coca (Cochabamba)

La franja de edad más frecuente es la de 41 a 45 años (30%), que junto con la franja que llega a los 50 años constituyen la mitad de la submuestra. Las edades oscilan entre los 19 y los 73 años.

La composición según sexo es la siguiente: 33 hombres y 11 mujeres.

Algo menos de la mitad son analfabetos y una minoría han sido alfabetizados aunque sin cursar educación básica. El nivel de formación académica⁽⁶⁾ más frecuente es el de la instrucción básica (una quinta parte); los restantes, en proporciones similares, han completado los niveles intermedio y medio o superior (en conjunto, representan algo más de la cuarta parte de la submuestra).

Un tercio de los entrevistados son trabajadores manuales no cualificados. El 17% son directivos y profesionales. Los restantes, la mitad de la submuestra, desempeñan en proporciones diversas distintas ocupaciones: cuadros intermedios, trabajadores manuales cualificados, comerciantes; y, en menor grado, se dedican exclusivamente a tareas domésticas o a estudiar.

(6) Los niveles de formación académica aunque presentan similitudes no son plenamente equiparables entre los distintos centros participantes. Por ello, la comparación directa sólo puede realizarse entre submuestras de un mismo centro.

Algo más de la mitad ha sido clasificada en la clase social baja⁽⁷⁾ y una minoría en la media-baja (en conjunto representan 3 de cada 4 casos). La cuarta parte restante ha sido clasificada, en proporciones similares, en las clases media, media-alta y alta.

La mayoría nació en Cochabamba y los restantes en comunidades rurales.

Casi un tercio de los entrevistados reside en las áreas que circundan al mercado feria, denominado "La Cancha". Una cuarta parte habita en la zona residencial central y una minoría (alrededor del 10%) en el lecho de los ríos, calles o áreas marginales. Los restantes, aproximadamente un tercio, residen en zonas semirurales y rurales (incluye el Chapare, zona productora de hoja de coca).

La mayoría de los entrevistados vive con su propia familia. Una tercera parte vive con su familia de origen, con amigos o solos.

Algo menos de la mitad tiene al quechua como su lengua materna. Un tercio aprendió en la infancia a hablar castellano. Algo menos de un cuarta parte aprendió ambas lenguas, quechua y castellano, y sólo una minoría tuvo al aymara como lengua materna.

La mayor parte dice pertenecer a la religión católica y sólo una minoría a la religión andina o a otras confesiones religiosas. Es notable, sin embargo, el sincretismo existente con las prácticas de la religión andina.

En el status socio-económico de los padres, según su ocupación, predominan los trabajadores manuales. Asimismo, las madres que trabajan fuera del ámbito doméstico muestran una menor cualificación que los padres. En menor grado destacan las actividades comerciales y las ocupaciones de status intermedio (administrativos, técnicos de grado medio). Sólo una minoría (5%) desempeñan ocupaciones como directivos o profesionales.

La clase social de la familia de origen de la mayoría de los entrevistados es baja; y en una proporción similar (en torno al 15%) es media-baja y media. Sólo una minoría proviene de familias de clases media-alta o alta. Ninguno de los entrevistados proviene de familias marginales.

Pasta de coca (Cochabamba)

Las edades de estos entrevistados se encuentran entre los 15 y los 44 años. El promedio aproximado es de 24 años. Las franjas de edad más frecuentes son de 26 a 30 años (29%); de 31 a 35 (22%) y de 21 a 25 (21%). Esta distribución muestra que la mayoría son jóvenes y adultos jóvenes. Existe también un grupo importante de adolescentes (13%, menores de 18 años). Los adultos de más de 40 años son una minoría.

La mayor parte de los entrevistados son hombres (90%); por tanto, las mujeres constituyen una minoría (10%).

(7) Los criterios utilizados para establecer la estratificación en clases sociales en cada uno de los centros participantes son diferentes. Por ello, aunque las denominaciones de las clases coincidan no se puede realizar una comparación directa de ellas. No obstante, las clases sociales que aquí se incluyen sí son útiles para caracterizar a los entrevistados en cada uno de los centros participantes.

Más de un tercio ha cursado el ciclo medio; aproximadamente una cuarta parte el ciclo intermedio y otra cuarta parte llegó al nivel universitario. Sólo una minoría tienen un nivel de escolaridad básico.

Aproximadamente un tercio no desempeña ninguna actividad laboral y una proporción similar realiza trabajos manuales no cualificados como taxistas, ayudantes de talleres artesanales, lava autos, voceadores, etc. Uno de cada 5 subsiste realizando actividades delictivas, como hurto y tráfico de drogas. Sólo una minoría son cuadros intermedios y directivos.

La clase social de la mayor parte de los entrevistados es baja o media-baja y uno de cada 5 vive en la marginalidad social.

Aproximadamente un tercio de los entrevistados tiene su domicilio en áreas residenciales; una cuarta parte en áreas marginales. El resto (40%), en proporciones similares, reside en el área central de la ciudad; en el río y las calles; y en centros de acogida o rehabilitación.

Aproximadamente un tercio vive con su familia de origen (en general, son familias extensas). Otro tercio vive con la familia propia y aproximadamente la cuarta parte con sus amigos, en los centros de rehabilitación, las calles y el río. Una minoría vive sola.

Casi todos han nacido en pueblos o ciudades. La mitad es originaria del departamento de Cochabamba y un 45% de otros departamentos del país. Una pequeña minoría ha nacido en otros países.

El castellano es la lengua materna de la mayor parte de los entrevistados. Sólo una minoría tiene como lengua materna el quechua.

La religión de la mayor parte de los entrevistados es la católica; y de una minoría, la evangélica.

Respecto a la ocupación de la madre, predomina la dedicación exclusiva a las tareas domésticas (41%). Las trabajadoras manuales no cualificadas y las que se dedican al comercio constituyen un grupo importante (alrededor del 30%). En cuanto a la ocupación del padre, se encuentra en proporciones similares a trabajadores manuales no cualificados, cualificados, cuadros intermedios, directivos y profesionales. Una cuarta parte de los padres y de las madres han sido clasificados en situaciones diversas.

El castellano es la lengua materna de la mayor parte de los padres; en menor proporción, son el castellano y el quechua (18% de las madres; 16% de los padres). El quechua o el aymara como única lengua materna es muy minoritario.

Un tercio de los padres son originarios del departamento de Cochabamba y la mayoría procede de otros departamentos del país. Cochabamba es un polo de atracción para los migrantes por su cercanía al Chapare, región donde se cultiva la hoja de coca. Quienes llegan al Departamento esperan mejorar sus ingresos económicos participando en las múltiples actividades que secundariamente genera el cultivo de la hoja de coca y la producción de clorhidrato de cocaína. Muy pocos tienen la intención de ingresar directamente en la producción y el tráfico.

Entre las familias de origen existe un mayor número que pertenece a la clase social media y media-baja, en comparación con la de los entrevistados. Este hecho señala que existe un descenso en la escala social de los consumidores entrevistados.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Las edades oscilan entre los 15 y los 65 años. Casi la mitad de los entrevistados tiene de 21 a 30 años. Los mayores de 45 años son una minoría y el 16% son menores de 21 años. Las mujeres constituyen un tercio de la submuestra.

Poseen un nivel de estudios claramente más elevado que los consumidores de hoja o de pasta de coca. En este caso, la mayoría ha finalizado el nivel medio o el superior. Ninguno de ellos es analfabeto o no escolarizado.

Asimismo, se caracterizan por una situación laboral más estable (algo más de un tercio tiene empleo fijo) y por su mayor status según ocupación: una cuarta parte son directivos y profesionales. Una cuarta parte son estudiantes.

La mayoría pertenece a las clases media y media-alta. Una minoría pertenece a la clase alta y otra minoría, en un proporción similar, a las clases media-baja y baja. Viven predominantemente en zonas residenciales de la ciudad (39%), área central (21%) y una minoría en zonas aledañas a "La Cancha".

La mayor parte vive en familia: en proporciones similares, con la familia propia o con la de origen. Una minoría vive sola o con amigos.

La mayor parte de ellos ha nacido en ciudades, sobre todo en Cochabamba. Una minoría proviene de la ciudad de Santa Cruz.

La religión católica es la más frecuente. Una minoría se declara no creyente y, en algunos casos, evangelistas.

Aproximadamente la mitad de los padres son profesionales y directivos; casi la cuarta parte son cuadros intermedios. Una minoría son comerciantes. Entre las madres destacan las siguientes ocupaciones: dedicación exclusiva a las tareas domésticas (aproximadamente la mitad), cuadros intermedios (casi una cuarta parte) y una minoría son directivas y profesionales.

La lengua materna de la mayor parte de los padres (padres y madres) es el castellano. La mayor parte de ellos ha nacido en ciudades, sobre todo en Cochabamba y en menor grado en otros Departamentos. Más de un tercio de los entrevistados proviene de las clases sociales media-alta y alta.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Las edades de los entrevistados oscilan entre los 19 y los 43 años, con un promedio aproximado de 30 años. El 40% de los entrevistados tiene entre 25 y 30 años.

La muestra está compuesta por 47 hombres y 3 mujeres. La escasa representación de mujeres en la muestra puede deberse a dificultades de localización (el consumo entre ellas está especialmente estigmatizado). No obstante, es bastante probable que su proporción relativa en la población consumidora sea de una magnitud similar.

En cuanto a la educación, el 28% ha realizado estudios primarios; más de un tercio secundarios; y los restantes, formación técnica, pedagógica y educación universitaria.

La mayor parte de los entrevistados carece de empleo y buena parte de ellos se dedica a diversas actividades delictivas (hurto, robo, extorsión).

Casi la mitad vive con su familia de origen y uno de cada 5 con su propia familia. Casi una cuarta parte no tiene domicilio fijo y una minoría vive con amigos o solos.

La mayor parte de la muestra ha nacido en la región yoruba y el resto ha nacido en estados vecinos. La mayoría se educó en los diversos dialectos de la lengua yoruba.

La mayor parte son cristianos, una minoría son musulmanes y una pequeña minoría dijo que eran "libre pensadores".

El status socio-económico, según ocupación, de aproximadamente la mitad de los padres de los entrevistados es alto (directivos y profesionales); más de un tercio son trabajadores manuales cualificados y no cualificados. De los restantes, una minoría son técnicos de grado medio y cuadros intermedios. La mayoría de las madres de los entrevistados desempeña ocupaciones de nivel medio (cuadros intermedios y personal administrativo) y una cuarta parte de nivel alto (directivas y profesionales).

La mayoría de los padres de los entrevistados ha nacido en la región yoruba y sus estados adyacentes. Este dato expresa una reducida movilidad migratoria y un bajo número de matrimonios inter-étnicos.

Las familias de origen de los entrevistados pertenecen a las clases alta, media y baja en proporciones similares. Al comparar estos resultados con la distribución según clase social de los entrevistados se observa que el consumo suele comportar su descenso de clase. Este descenso puede ser temporal, mientras dura el consumo, pero tiende a consolidarse con el paso del tiempo, especialmente si como consecuencia del consumo se ha producido una exclusión del mercado de trabajo.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de los consumidores de crack son menores de 25 años (aproximadamente, un tercio tiene entre 15 y 20 años). Los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa se concentran en edades más elevadas: la mayor parte tiene más de 25 años (un tercio de la submuestra se encuentra en la franja de 25-30 años).

Este hecho muestra la gran penetración del crack entre los consumidores más jóvenes. De hecho, en la actualidad, la incorporación de nuevos usuarios al consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa parece ser muy pequeña o casi inexistente en Sao Paulo.

La mayor parte de la muestra está constituida por hombres (la mujeres representan apenas un 20%). Esta distribución no fue intencional sino que es un resultado de las cadenas investigadas. Aunque es posible que la no inclusión de algunos perfiles, como las prostitutas, haya influido en la baja proporción de mujeres en la muestra, debe señalarse que este dato concuerda con los obtenidos en otras investigaciones realizadas en Brasil sobre el consumo de drogas ilegales.

Dado que la muestra está constituida mayoritariamente por jóvenes queda patente el bajo nivel escolar de los entrevistados. El consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa y el de crack, parece incompatible con los estudios (se observa un alto nivel de abandono de éstos). Casi la mitad de la muestra (44%) no ha conseguido completar el primer grado de escolaridad⁽⁸⁾. Una cuarta parte ha completado el

(8) La enseñanza básica en Brasil está compuesta por dos grados: el primero es de 8 años (1^a a 8^a serie) y el segundo de 3 años (1^a a 3^a serie). Despues de este ciclo básico viene el ciclo

segundo grado (equivalente a la formación secundaria); de ellos, más de la mitad ha iniciado estudios universitarios (representan el 16% del total de la muestra) aunque sólo un caso los ha finalizado.

Todos los entrevistados mencionan actividades laborales realizadas anteriormente al consumo de clorhidrato de cocaína o de crack. La exclusión del mercado de trabajo parece deberse al consumo. La mayoría de los consumidores está desempleada; el resto, aproximadamente un tercio, son trabajadores manuales y una pequeña minoría son profesionales de nivel superior.

Las características de algunos de los trabajos que desempeñan los consumidores parece que les permiten continuar con el consumo: actividades que se realizan en la calle con flexibilidad horaria y sin compromisos rígidos. Son trabajos esporádicos o en los que el compromiso es con un pariente próximo (normalmente el padre).

Los ex-consumidores recientes que están empleados pertenecen, en general, a las franjas de edad más altas y ya tenían una profesión antes del consumo.

La mayoría de la muestra está compuesta por las clases sociales media-baja y baja. Una minoría pertenece a la clase media y a la media-alta.

Esta composición puede deberse a la dificultad de obtener información sobre consumidores de clases altas. En estas clases existe una especial reserva y las barreras para acceder a consumidores en ellas parecen infranqueables. También puede deberse a otro factor: al descenso de clase social a causa del consumo. Muchos consumidores declaran que para mantener el consumo se han dedicado a actividades ilícitas o delictivas: robo, prostitución, tráfico de drogas, etc. Una última hipótesis, tal vez la más pertinente, es que estas formas de uso (crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) son típicas de las clases sociales más bajas.

La mayor parte de la muestra vive en zonas residenciales que se corresponden con su clase social: alta, 16% (habitadas por clases media-alta y alta); media, 55% (clases media y media-baja); baja, 30% (clase baja). Los casos restantes, minoritarios, habitan en núcleos marginales (denominados "favelas") asentados en zonas en las que predomina un status socio-económico superior al suyo.

Más de la mitad de los entrevistados reside con su familia de origen (este dato era esperado al tratarse de una muestra en la que predominan los jóvenes). Menos de una cuarta parte vive con su pareja y una minoría solos o con amigos. Estas dos últimas situaciones son más frecuentes entre los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, de mayor edad. Algunos consumidores, aunque anteriormente viviesen solos, vuelven a residir con sus familias de origen cuando no pueden costear sus gastos.

La mayor parte ha nacido en la ciudad de Sao Paulo y el resto en otras ciudades del estado de Sao Paulo. Sólo una pequeña minoría ha nacido en otros estados de Brasil.

La religión parece tener un papel importante a la hora de dejar el consumo. No siempre es una religión establecida sino más frecuentemente una creencia en un Dios al que atribuyen la ayuda necesaria para dejar las drogas. En cambio, entre los que

universitario, también denominado superior. En general, el primer grado se inicia a los 7 años de edad.

todavía consumen destaca el abandono de cualquier práctica religiosa desde el inicio del consumo.

La mitad de las madres de los entrevistados se dedica al trabajo doméstico en su propia casa y aproximadamente un tercio realiza trabajos no cualificados. En menor proporción, desempeñan trabajos cualificados o son profesionales de nivel superior. La situación que muestran estos resultados expresa el papel que la mujer desempeña en la sociedad brasileña.

La mayoría de los padres son trabajadores manuales (cualificados, 35%, o no cualificados, 28%); el resto, en proporción similar, desempeñan ocupaciones de nivel superior, son empresarios o se encuentran en otras situaciones.

Al contrario que los entrevistados, la mayoría de sus padres nació en otras ciudades del estado de São Paulo o en otros estados de Brasil.

La mayoría de las familias de origen de los entrevistados ha sido clasificada como de clases media-baja y media. El resto pertenece, de forma minoritaria y en proporciones similares, a las clases alta, media-alta y baja. Si se compara esta distribución con la de los entrevistados parece confirmarse la observación ya realizada del descenso de clase social de los consumidores.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayoría de los entrevistados tiene entre los 26 y los 35 años de edad. La franja de edad más frecuente es la de 30 a 34 años y corresponde a más de un tercio de la muestra. El promedio de edad aproximado es de 32 años y las mujeres son más jóvenes que los hombres.

La mayor parte de los entrevistados son hombres (78%).

En relación a los niveles de educación, un tercio de los entrevistados ha cursado el segundo grado completo y casi un tercio ha ido a la universidad. Aproximadamente un tercio de los entrevistados ha terminado el primer grado. Existe una clara diferencia en el nivel de educación según el sexo: las mujeres muestran niveles de formación académica más elevados. La muestra presenta un nivel de escolaridad superior a la media encontrada entre personas de la misma franja de edad en la población general.

Una cuarta parte de la muestra está desempleada y entre los que trabajan predominan los empleos fijos (40% de la muestra). Los entrevistados desempeñan, en la misma proporción (en torno al 20%), ocupaciones de status alto (directivos, profesionales), medio (cuadros intermedios) y bajo (trabajadores manuales).

Aproximadamente la mitad de los entrevistados reside en barrios de clase alta y media alta. Un tercio en barrios de clase media y media baja y uno de cada 5 reside en suburbios donde hay concentración de "favelas" o en municipios próximos a la ciudad.

La mitad de los entrevistados pertenece a la clase media, un tercio a la clase baja y una minoría a la media-alta.

La mayor parte vive con la familia de origen o con su propia familia, en proporciones similares. Una minoría vive sola o con amigos.

La mitad de los entrevistados se declara católica y un tercio no practica ninguna religión. Los restantes declaran otras confesiones.

La mayor parte de los entrevistados nació en la ciudad de Río de Janeiro y los restantes, una minoría, en otros lugares del estado.

La mayoría de las familias de los entrevistados son originarias de otros estados de Brasil. Una minoría de los padres nacieron en el estado de Río de Janeiro.

La mayor parte de los entrevistados afirma que sus padres no vivían en barrios marginales, "favelas" (casi un tercio de la población de Río de Janeiro vive en dichos barrios).

Más de la mitad de las familias de los entrevistados pertenece a la clase media y casi un tercio a la clase baja. Una minoría ha sido clasificada como de clase social media-alta. En general, las distribuciones de las clases sociales de origen y las propias de los entrevistados coinciden.

Deben destacarse las diferencias existentes entre algunos de los resultados obtenidos en Río de Janeiro y los correspondientes de São Paulo. En Río de Janeiro los entrevistados poseen, de forma clara, un mayor nivel de formación académica y pertenecen a status sociales más elevados. Estas diferencias, probablemente, tienen que ver más con sesgos en las respectivas muestras que con diferencias reales en las poblaciones consumidoras de ambas ciudades.

Otro aspecto que resalta es el mayor grado de normalización social, en el momento de la entrevista, de los consumidores que forman parte de la muestra de Río de Janeiro; especialmente, si se toma como indicador el desempeño de una actividad laboral. Al respecto, y para matizar las diferencias entre ambas situaciones, debe añadirse que algunos de los datos obtenidos en Río de Janeiro pueden haberse sobre-dimensionado por deficiencias de interpretación. Los porcentajes obtenidos de empleo fijo, y el status de estos empleos, no se corresponden con otros datos relacionados con el consumo que informan sobre el grado de normalización social de los consumidores, como se verá más adelante. El hecho de que algo más de un tercio de los entrevistados fueran ex-consumidores en el momento de la entrevista puede explicar buena parte de la normalización social citada, pero no su totalidad (en el capítulo 9 se incluye una reflexión que puede clarificar este hecho, a la luz de una nueva perspectiva).

2.3 Antecedentes personales

2.3.1 Antecedentes familiares

Hoja de coca (Cochabamba)

La mayor parte afirma que se llevaba bien con los familiares, en un ambiente armonioso y normal. Una minoría expresa conflictos en la familia; entre ellos destacan los causados por el consumo excesivo de alcohol del padre.

En el ambiente familiar el consumo de alcohol es manifiesto aunque en la mayoría de los casos este consumo es intermitente. Los entrevistados atribuyen al alcohol la existencia de problemas conyugales y reyertas. En una parte minoritaria de los relatos se describe el consumo de alcohol de los hermanos o de otros familiares próximos. El consumo de hoja de coca es visto como algo que no tiene nada que ver con este ambiente negativo.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados describe el ambiente familiar de origen como conflictivo. Sólo una minoría lo califica como armonioso o normal. Predominan las situaciones y hechos que son identificados como problemáticos.

Las tensiones familiares crónicas están relacionadas con la agresión constante y violenta del padre a los hijos y a su esposa. Agresión que se produce casi siempre durante los períodos de embriaguez y que comporta situaciones de maltrato, abuso sexual y extrema violencia. La posición marginal del padre dentro de la familia es también reconocida como un factor de conflictos, sobre todo si esa posición se altera esporádicamente para asumir actitudes de rigidez, exigencia e intolerancia hacia los hijos.

La madre es señalada con mucha menor frecuencia como responsable de los conflictos familiares; en estos casos, los entrevistados relacionan estos conflictos con alteraciones evidentes de su conducta y personalidad. La relación con los hermanos es menos conflictiva. Se los identifica como responsables de algunos problemas sólo cuando asumen el rol parental, por ausencia del padre o de la madre, y desarrollan una conducta exigente y controladora hacia los hermanos a su cargo.

También existen algunas situaciones que aunque no son directamente señaladas como problemáticas, se reconoce que han afectado a los entrevistados; por ejemplo, el abandono paterno o materno en la infancia.

Algunos entrevistados, por la situación familiar muy conflictiva, y huyendo de los maltratos, han dejado sus familias de origen y se han integrado en el grupo de niños y jóvenes que viven en la calle. Estos, desde temprana edad están en riesgo de uso de drogas.

El consumo de alcohol del padre es un factor que está presente en la mayoría de las familias de los entrevistados y casi siempre aparece asociado a la violencia y maltrato de los hijos. Menos frecuentemente, los que causan estas situaciones son los hermanos. A pesar de esta alta frecuencia del uso de alcohol por los padres y hermanos, según la percepción de los entrevistados, este hecho no tiene relación con su consumo actual de pasta de coca. Simplemente es señalado como fuente de malestar familiar. Sólo unos pocos expresan abiertamente que influyó en su consumo.

El uso de sustancias ilegales es, en general, muy poco frecuente entre los miembros de la familia de origen de los entrevistados. Los pocos antecedentes de consumo se refieren a los hermanos, también consumidores de pasta de coca y que, a veces, participan con los entrevistados en las sesiones de consumo. En algún caso, un hermano ha iniciado al otro en el consumo.

Una minoría de consumidores no compulsivos de pasta de coca (12 casos) refiere una situación familiar normal y armoniosa. En estos casos, en general, no existen antecedentes familiares de consumo problemático de drogas, incluido el alcohol.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Casi un tercio de las familias de origen de los entrevistados presenta pautas de vida normalizadas. Las relaciones fueron calificadas por los entrevistados como cordiales o buenas. En una proporción similar se señala haber vivido conflictos familiares repetidos o peleas entre los padres. En estas familias se han producido separaciones de los padres y abandonos del hogar por parte de los hijos. Estos alejamientos o abandonos son entendidos por ellos como respuesta a problemas familiares crónicos. Asimismo, la separación aparece como un recurso o solución familiar al problema del

consumo de drogas en los hijos. Estas situaciones han sido vividas muy negativamente por una minoría de los entrevistados.

Una minoría refiere antecedentes de consumo excesivo de alcohol en el padre. Las consecuencias del consumo recaen, sobre todo, en la estabilidad de la vida de pareja y, en segundo lugar, en las relaciones en general. Como resultado de estas situaciones, en algunos casos, los entrevistados relatan que "si yo consumo drogas, es por culpa de mi padre".

Otro grupo minoritario señala antecedentes de consumo de drogas en los hermanos. También se constata alguna situación en la que los hermanos son los que inician en el consumo de drogas; y otras, en las que el consumo de drogas de los hermanos mayores genera problemas económicos y familiares.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Aproximadamente un tercio de los entrevistados no ha aportado información sobre las relaciones en su familia de origen. De los restantes, la mayoría de la muestra, casi la mitad señala que el ambiente familiar era armonioso y una proporción similar afirma que las relaciones familiares eran conflictivas. Aproximadamente la mitad de los entrevistados tiene antecedentes familiares de consumo de alcohol y drogas; a pesar de ello, sólo una minoría señala que esta situación ha influido en su propio consumo.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de los entrevistados se refiere a un ambiente conflictivo citando al padre, en la mayor parte de los casos, como desencadenante de esa desarmonía familiar. En ese contexto, la madre es señalada como víctima. En una minoría de casos es la madre la que se cita como la persona conflictiva. Las situaciones de conflicto son más frecuentes en las clases media-baja o baja.

La mayor parte de los entrevistados se refiere a la existencia de problemas familiares por el consumo de drogas. El alcohol es la más citada; entre las restantes, destaca el clorhidrato de cocaína. El impacto negativo de las drogas en el entorno familiar es mayor cuando el consumidor es el padre o la madre. Cuando los problemas se refieren a los hermanos u otros parientes el impacto emocional no es tan fuerte. Uno de los problemas más importantes que relatan es la desestructuración familiar. A pesar de que no establecen explícitamente una relación directa de estos problemas con el propio consumo, muchas de las afirmaciones de los entrevistados parecen querer decir lo contrario.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Un tercio de los entrevistados describe un ambiente familiar armonioso. Casi la mitad de la muestra describe unas relaciones familiares problemáticas o muy conflictivas y uno de cada 5 entrevistados las califica de normales. La percepción del ambiente familiar varía mucho según el sexo: la mayoría de las mujeres considera el ambiente familiar de origen como conflictivo. Posiblemente, esa percepción está relacionada con la conflictividad, explícita o latente, que comporta el mayor control que las familias ejercen sobre las mujeres, incluso cuando el ambiente parece ser normalizado.

La mayoría de los entrevistados describe casos de consumo de drogas en la familia; en general, referentes al padre, a los hermanos o a los parientes próximos, como tíos y primos. La mayoría de las veces ese consumo es considerado como la causa de problemas familiares, generando conflictos y separaciones. En general, son casos de alcoholismo paterno o de consumo de otras drogas. A pesar de ello, sólo un tercio de los entrevistados afirma que estos antecedentes han tenido alguna influencia en su consumo de drogas.

2.3.2 Familia actual

Hoja de coca (Cochabamba)

Casi todos los entrevistados responden que se llevan bien con las personas con las cuales conviven actualmente. El ambiente familiar se describe predominantemente como armónico y cordialidad o normal. Prácticamente no se describen problemas graves de relación entre los miembros de la familia o situaciones familiares no normalizadas.

Casi todos los entrevistados afirman que ningún miembro de su familia actual consume drogas ilegales. En algunos casos no se pudo preguntar sobre drogas puesto que el entrevistado no las conocía en absoluto. Aunque la mayoría de los entrevistados consume alcohol con una cierta regularidad ("tomamos chicha⁽⁹⁾ y la chicha no hace daño") este consumo no suele generar conflictos familiares importantes. No obstante, en una minoría de los casos sí ha afectado negativamente a su vida familiar.

Pasta de coca (Cochabamba)

En general, las relaciones de los entrevistados con su familia actual son conflictivas. Los entrevistados son rechazados y marginados por la familia a causa del consumo. Algunos se encuentran en un proceso de recuperar la confianza y los apegos familiares después de haber dejado el consumo.

Los que viven solos carecen en la actualidad de un núcleo familiar de referencia y conviven con adictos y ex-adictos en un ambiente que ellos describen como difícil, pero de lealtad grupal.

El consumo de alcohol es muy frecuente en la familia actual y en el núcleo social de convivencia más inmediato de los entrevistados. Esta situación afecta a algo más de la mitad de ellos. Los problemas que aparecen relacionados con esta sustancia son agresión, violencia y abandono.

Entre los entrevistados que han formado su propia familia, sólo en algunos casos se hace referencia a otros consumidores de drogas ilegales en la familia. En los pocos casos en los que se da esta situación se señala a la pareja como consumidora de pasta de coca y marihuana. Estos casos son referidos por mujeres y casi siempre ha sido el hombre quien las ha iniciado en el uso de la pasta de coca. La situación contraria sólo se encontró en un caso. Por otra parte, según los hombres entrevistados, es frecuente que la esposa o compañera rechace el consumo de drogas de su pareja; de hecho, la submuestra incluye casos de ruptura de la relación de pareja por este motivo.

Sólo los consumidores no compulsivos, una minoría, mantienen vínculos familiares normalizados.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Predominan las relaciones cordiales y buenas. En una minoría han sido definidas como distantes y conflictivas. Es frecuente que los familiares directos, sobre todo los padres, desconozcan el consumo.

(9) La "chicha" es una bebida alcohólica tradicional que se obtiene de la fermentación del maíz. Usualmente, se elabora, vende y consume en unos establecimientos especializados denominados "chicherías".

Una minoría de los hombres entrevistados que vive con su pareja señala que las relaciones en la familia propia son armónicas y buenas. Una minoría vive sola después de un divorcio consecutivo al descubrimiento del consumo. La separación en otros casos está en el horizonte inmediato. La influencia de la mujer para que su esposo o compañero interrumpa el consumo no es en ningún caso decisiva.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayoría afirma que la relación con las personas con las que conviven actualmente es armoniosa o normal. Sólo una minoría se refiere a un ambiente conflictivo. En los casos conflictivos, esto se debía principalmente a las consecuencias del consumo de drogas sobre la economía familiar (venta de propiedades familiares, endeudamiento o ruina económica a causa del consumo).

Una minoría de los entrevistados indica que las personas con las que conviven, principalmente padres y amigos, también consumen drogas: alcohol en el caso de los padres; clorhidrato de cocaína y heroína en el caso de los amigos.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Aunque más de un tercio de la muestra constituyó su propia familia o se independizó de la familia de origen, la mayoría de ellos volvió a residir con su familia de origen por el fracaso sufrido en sus relaciones debido al consumo. Estos entrevistados que intentaron una nueva vida con un compañero/a, destacan la importancia del cónyuge en su consumo de drogas: o se trata de un aliado en este consumo o de un gran enemigo. En cualquiera de los dos casos, describen conflictos en la relación teniendo a las drogas como el principal factor de discordia.

La mitad de los entrevistados que constituyó una nueva familia se unió a personas que también eran consumidoras. En estos casos, la relación parece establecerse en función de la droga y es muy clara su influencia en la evolución del consumo de ambos.

Casi la mitad de los entrevistados afirma que el ambiente en el que viven actualmente no favorece el consumo. Entre éstos destacan los que viven con una pareja no consumidora.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayoría de los entrevistados valora como positivo o normal el ambiente familiar actual; los restantes, un tercio de la muestra, lo califican como conflictivo.

Por otra parte, la mayoría considera que su consumo de drogas es el principal causante de conflictos con las personas con las que residen. Asimismo, un tercio de la muestra afirma que las personas con las que residen influyen en su consumo de drogas.

2.3.3 Historia escolar

Hoja de coca (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados valora positivamente su experiencia escolar, sobre todo por las relaciones de amistad que desarrollaron en la escuela. Aunque en algunos casos tienen malos recuerdos por los malos tratos recibidos de los profesores, cuando no cumplían las obligaciones escolares. Ningún entrevistado relaciona el consumo de hoja de coca con la experiencia escolar: "todos éramos hijos de agricultores acullicadores. Quienes nos enseñaron a acullicar no fueron los de la escuela, sino nuestros abuelos."

Una minoría no fue nunca a la escuela, uno de ellos dijo: "los patronos no permitían que los hijos de los peones vayan a la escuela" (H013CB).

Se debe destacar que en Bolivia los niños en edad escolar no acuden. En la mayor parte de los casos el acudir se inicia más tarde, cuando comienza la actividad laboral intensa.

Pasta de coca (Cochabamba)

En contraste con las referencias negativas respecto a las relaciones familiares, la mayoría de los entrevistados valora de manera positiva su historia escolar y algo más de la cuarta parte como normal. Los recuerdos gratos de la escuela se refieren principalmente al contacto con los amigos, al interés de los profesores y a las actividades deportivas y recreativas realizadas.

Sólo una minoría no tiene buenos recuerdos de esa época. En estos casos predominan las referencias a dificultades en el aprendizaje que hicieron desagradable su permanencia en la escuela por las presiones y castigos a que eran sometidos, tanto por los padres como por los maestros. Sólo unos pocos indican que no estuvieron a gusto en la escuela debido a que su comportamiento (inquietud, rebeldía, absentismo) y su consumo de alcohol, tabaco y marihuana originaban problemas de relación con sus maestros y compañeros, razones por las que fueron finalmente expulsados.

La mayor parte señala que la experiencia escolar no influyó en su consumo de drogas. Sin embargo, una minoría reconoce que las relaciones con los compañeros, sobre todo en la época de la adolescencia, influyó en la iniciación del consumo de sustancias psicoactivas, que en orden de frecuencia fueron: alcohol, tabaco, marihuana, inhalables y clorhidrato de cocaína. Entre los que citan esta influencia destacan los que posteriormente han llegado a un consumo compulsivo de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría valora su periodo de escolarización como positivo y una minoría como normal. En general, esta valoración está asociada a los buenos momentos vividos con profesores y compañeros de curso. Para otra minoría, la escuela evoca recuerdos en los que resaltan el aburrimiento, el retramiento y la insatisfacción.

Una parte de los entrevistados ha cambiado frecuentemente de colegio. En muchos casos, fueron debidos a cambios de destino en el trabajo del padre: para algunos, estos cambios fueron agradables y positivos; para otros, acentuaron la división y falta de cohesión familiar. En otros casos, los cambios de colegio tienen que ver con dificultades de adaptación, aburrimiento o con la insatisfacción respecto a profesores y compañeros.

El rendimiento escolar es en general bueno o aceptable. Son pocos los que han abandonado o han sido expulsados del colegio. Tampoco han existido relaciones conflictivas con profesores y compañeros. Una minoría expresa críticas a la eficiencia del sistema escolar.

Una minoría de los entrevistados se inició en el colegio en el consumo de marihuana con compañeros con los que también consumían alcohol.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de los entrevistados guarda recuerdos positivos de su época escolar. Para una minoría fue una experiencia negativa. La mayoría cree que la escuela ha contribuido a su consumo de drogas en general, aunque no de clorhidrato de cocaína.

en particular, ya que en ella se habían iniciado, por presión de grupo, en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría se refiere a la escuela como un lugar que les trae buenos recuerdos. No obstante, para algunos, el inicio del consumo de drogas transforma totalmente esta relación. Esto ocurre cuando dejan de estudiar o la escuela se convierte esencialmente en un lugar de encuentro con otros consumidores (grupo de iguales).

Muchos de ellos dejaron la escuela a causa del consumo. Un poco menos de la mitad de la muestra inició el consumo en la escuela o en ella oyó hablar de las drogas. Entre éstos, también se encuentran aquellos que identifican la escuela como mantenedora del consumo; es decir, después de iniciarse en el consumo pasan a relacionarse con colegas usuarios que acaban reforzando esta actividad. La marihuana es la droga indicada como la primera que conocen en ese medio, seguida por los "medicamentos" (fármacos psicoactivos), inhalables y clorhidrato de cocaína.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayoría de los entrevistados tiene recuerdos positivos de la escuela y considera que no influyó en su consumo; en cambio, una cuarta parte valora negativamente su experiencia escolar. Algo más de un tercio de los entrevistados considera que la escuela favoreció su consumo de drogas (como ambiente de inicio; normalmente, por presión de grupo).

2.3.4 Historia laboral

Hoja de coca (Cochabamba)

Casi la mitad de los entrevistados valora positivamente su experiencia laboral y en una proporción similar la consideran como normal. Sólo una pequeña minoría expresa valoraciones negativas.

La mayoría de los entrevistados que son agricultores muestra una gran estabilidad en el trabajo. El consumo de hoja de coca forma parte del contexto laboral:

Para nosotros, los campesinos, la agricultura es la única fuente de la cual podemos vivir; y cuando uno es agricultor, no existe influencia de otra persona y el acullico es parte de ese trabajo que realizamos. (H086CB)

El resto muestra una mayor movilidad laboral motivada por una búsqueda de mejoría económica.

Una parte destacada de los entrevistados expresa con claridad la relación entre la situación laboral y el acullico. Existen situaciones, como trabajar en las minas o en el agua, como pescador, soportando más frío o que requieren un mayor esfuerzo físico, que llevan a un consumo más temprano y con dosis y frecuencias notoriamente mayores. La hoja de coca está presente allá donde hay una demanda de más energía, menos sueño, menos frío y hambre: "en mi consumo ha influido el trabajo. Trabajaba en el agua y acullicaba siempre para contrarrestar el frío"; "yo era minero y esto hacía que acullicara más".

Los mineros bolivianos creen que así como el alcohol es necesario para "calentar los pulmones", el acullico previene el llamado "mal de mina" (silicosis) porque, además de darles más energía, al acullicar, permanecen con la boca cerrada y están obligados a respirar por la nariz.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados ha trabajado en una serie de empleos temporales, según las oportunidades que se presentaban, y cambiando de uno a otro con el propósito de mejorar sus escasos ingresos. Una pequeña minoría nunca trabajó, entre otras razones, porque su consumo se inició a edades muy tempranas, siendo niños.

Los estudiantes de la muestra, excepto una mujer, realizan otras actividades complementarias para ayudarse económicamente en sus estudios.

Los "chicos de la calle" empiezan a trabajar desde la infancia en las calles, como voceadores, limpiabotas, ayudantes en los mercados, vendedores, etc. En promedio, a los 8 a 10 años se incorporan a una red familiar de trabajo para aportar económicamente al sustento de su familia. Posteriormente, al romper los apegos con su familia e integrarse al grupo de chicos que viven en la calle, sobreviven de la mendicidad, el hurto y eventualmente trabajan, sobre todo cuando requieren dinero para algún propósito muy preciso.

Una minoría de consumidores, compulsivos de pasta de coca que además consumen clorhidrato de cocaína, trabajan en actividades que están por debajo de lo esperable para su nivel de formación. Realizan trabajos como empleados, artesanos, choferes, vendedores, etc. Casi todos han cambiado frecuentemente de trabajo debido a su consumo y a los problemas asociados al mismo, como el absentismo, impuntualidad, irresponsabilidad, etc. Este tipo de trabajos los realizan también algunos jóvenes que proceden de otros departamentos y que llegaron a Cochabamba para cursar estudios superiores en la universidad y que los abandonaron. Un pequeña minoría trabaja ayudando a sus padres en las empresas familiares, como la ganadería y el comercio.

Casi la mitad valora su experiencia laboral de una forma neutra; y en una proporción algo menor, como positiva. Los que valoran positivamente su trabajo lo hacen porque les permite sentirse útiles y capaces de obtener un ingreso económico. Sin embargo, los trabajos que realizan no llegan a colmar sus expectativas y ante la imposibilidad de lograr un ascenso social, algunos los han abandonado para buscar mejores perspectivas en el área ilegal o marginal. Muy pocos tienen un trabajo fijo y con buena remuneración económica.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados ha desarrollado distintas actividades laborales para costear su consumo. Una pequeña minoría (3 casos) se implicó en el tráfico de clorhidrato de cocaína.

Los cambios de trabajo parecen estar vinculados a la necesidad de encontrar una actividad laboral que les permita disponer de mayor tiempo y libertad para el consumo; y a problemas económicos. En algunos consumidores, que son profesionales establecidos, se observa que todas las distintas actividades laborales que han desempeñado se han circunscrito a su ámbito profesional. Es frecuente en estos casos que el consumo controlado de drogas sea utilizado como un recurso para favorecer el éxito profesional.

Para una cuarta parte de los entrevistados el trabajo ha tenido una influencia favorecedora del consumo, aunque en grados diversos. La influencia del trabajo en el consumo inicial es importante en algunos entrevistados (3 casos) que han trabajado como vendedores de drogas o en lugares de provisión; como dice uno de ellos, "rodeado de consumidores no costaba nada sacar y consumir". Otros, generalmente jóvenes, han sido iniciados en el consumo por un jefe o compañero de trabajo, de mayor edad y con influencia sobre ellos.

Las actividades laborales son valoradas mayoritariamente como positivas; y por una cuarta parte de los entrevistados, como normales. Sólo en una minoría de los casos aparecen valoraciones negativas.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de la muestra valora positivamente su experiencia laboral y las relaciones en el trabajo. Ninguno de ellos considera que el trabajo haya influido en el consumo. En cambio, son muy frecuentes las referencias a los problemas laborales debidos al consumo de drogas (absentismo, bajo rendimiento o pérdida del trabajo).

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Todos los consumidores tuvieron varios empleos. El consumo aparece claramente como el principal factor que limitó su vida profesional. La minoría que consiguió mantener su empleo fue debido a la ayuda externa de algún familiar (son consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa). Para la mayoría de los entrevistados la necesidad de mantener el consumo supuso la realización de actividades ilícitas o delictivas. Casi todos se refieren a los trabajos legales como agradables y afirman que se vieron obligados a abandonarlos por la imposibilidad de mantener el cumplimiento de horarios y responsabilidades. En general, el trabajo no influyó en el inicio o continuidad del consumo. No obstante, un tercio de la muestra piensa que el trabajo influyó propiciando su consumo; y una minoría, considera que ha tenido un papel importante en su mantenimiento.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayoría de los entrevistados valora positivamente su experiencia laboral. Casi la mitad considera que el trabajo favoreció su consumo de drogas. Una de las principales razones indicadas fue el consumo por parte de los compañeros (presión de grupo); otros entrevistados afirman que influyeron en su consumo las características del ambiente de trabajo (producción de artesanía, instalación de equipos de música para fiestas, etc.) y, especialmente, el hecho de que el consumo estuviera muy difundido en dichos ambientes.

3. Contexto socio-cultural

3.1 Descripción de los estilos de vida¹⁰

Hoja de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados afirma que existe un estilo de vida característico de los acullicadores oriundos de las comunidades campesinas y de los centros mineros. Este estilo de vida se asocia al trabajo intenso y a una manera de relacionarse entre sí y con la tierra que corresponde a la cosmovisión religiosa andina. La Pachamama es la Tierra y es una deidad que convive con los hombres en relación muy estrecha. Es la dueña de las riquezas naturales y exige demostraciones de respeto y cariño; enojarla, transgrediendo sus normas, puede comportar la enfermedad, la miseria y hasta la muerte.

A pesar de que los acullicadores provienen de diferentes regiones andinas, de ciudades y comunidades rurales y de que pertenecen a diferentes estratos sociales, es posible constatar que se mantienen los rasgos de la cultura andina tradicional. En todos ellos persisten, en mayor o menor grado, el culto a la Pachamama y el reconocimiento del carácter sagrado⁽¹¹⁾ de la hoja de coca.

Entra la (hoja de) coca en todo: en la familia, los ritos, etc., porque todos los que trabajamos la tierra acullicamos. Nosotros los campesinos somos pobres y comemos lo que tenemos y producimos. Y para producir consumimos la coca que es parte de nuestra vida. Sin la coca no trabajaríamos la tierra (entrevistado originario de las comunidades agrícolas).

En los sujetos procedentes de la ciudades los rasgos culturales asociados al uso y consumo de la hoja de coca son menos expresivos como resultado de un proceso de aculturación. En este contexto, urbano, se valoran sobre todo algunos usos instrumentales del acullico. Los entrevistados que viven en la ciudad consideran que en el ámbito urbano el estilo de vida de los acullicadores no se percibe tan nítidamente como en zonas rurales. En este sentido, un entrevistado -profesional que pertenece a la clase media urbana- aporta una visión extrema: "no, no hay ningún estilo de vida asociado ya que cualquiera puede hacerlo (acullicar) sin distinción de clase o raza. Su consumo debería generalizarse".

Pasta de coca (Cochabamba)

El contenido de este apartado se describe a partir de la información obtenida en otras secciones del cuestionario y, secundariamente, utilizando otras técnicas de investigación durante el trabajo de campo, ya que la mayoría de los entrevistados no comprendió bien el sentido de la pregunta al no tener una clara percepción de que su propio consumo estuviera relacionado con una determinada forma o estilo de vida.

10 La definición operativa de estilo de vida que ha sido adoptada en este proyecto es la siguiente: comportamientos y actividades, en un sentido amplio, que realizan las personas y conjunto de significados y representaciones simbólicas asociados a ellos.

(11) Dejando al margen el debate en torno al contenido de la noción de "sagrado", aquí lo sagrado ha sido entendido como: todo aquello, objetos o entidades, relacionado con seres o fuerzas místicas que suscita en los seres humanos una actitud compleja de reverencia, respeto, admiración, reserva y, a veces, temor y con lo que sólo se puede -o menos estrictamente, se suele- entrar en relación en contextos rituales o ritualizados.

Se puede identificar con claridad un estilo de vida en los niños y jóvenes de la calle. Estos chicos a quienes se les llama "polillas", abandonan sus hogares entre los 10 y los 13 años de edad, huyendo de la violencia y el maltrato familiar. En un primer momento sobreviven prestando servicios como lava-coches, voceadores, limpiabotas, ayudantes en los mercados, etc. y paulatinamente se van integrando a un estilo de vida que les permite sobrevivir en las calles. Conviven en grupos mixtos, duermen en los mercados, obtienen sus alimentos y vestidos comprándolos con dinero que es producto de su trabajo y/o del hurto. Utilizan los pegamentos (inhalables) como sustancias psicoactivas porque sus efectos les quitan el hambre, el frío y el miedo y además con estas drogas acceden a sensaciones intensas y extrañas (describen alucinaciones durante la intoxicación). Unos años más tarde un grupo de ellos se inicia en el consumo de pasta de coca cuando decide integrarse en el grupo de muchachos adolescentes y jóvenes "pitilleros", que se denominan a sí mismos "pitufos".

Este grupo tiene una organización relativamente jerarquizada. Sus miembros comparten distintas reglas y rituales (rituales de liderazgo y adscripción, estrategias de protección, etc.) y ejercen diferentes roles y funciones.

Yo tenía un grupo de más o menos 15 personas, hombres y mujeres de unos 15 a 20 años, que vivíamos en la Cancha y San Antonio (mercados). Cada grupo tiene un jefe al que se le debe respeto. Cuando uno de nosotros es llevado a la cárcel, él se provee de dinero para la multa, lleva comida, pelea por nosotros... Para ser jefe nos desafiamos y el que gana es el jefe. Cuando alguien quiere unirse al grupo, primero se le pregunta su "chapa" (apodo), se le pregunta si sabe robar, vemos si es "sapo" (diestro) o "gil" (inepto). Para saber esto, le ponemos a prueba. El nuevo miembro se 'bautiza'. Primero pelea, luego toma una botella de cerveza en un vaso de cristal, y cuando termina tiene que masticar el vidrio del vaso después de romperlo. Si es mujer, se escogen 10 muchachos y debe tener relaciones sexuales con todos en forma seguida. Si las puede realizar es aceptada. La mujer puede elegir a un hombre, "se asegura" (elige a uno). Si su pareja la acepta, la obligación de él es mantenerla. El jefe da (dinero) para la comida; siempre comemos lo más barato, lo peor, guardando la mayor parte de dinero para la droga (pasta de coca).

En los consumidores compulsivos se encontraron también algunas características comunes asociadas al consumo. La mayor parte está de acuerdo en que el consumo comporta aislarse socialmente porque por sí mismo exige buscar lugares donde los estímulos externos se puedan reducir al mínimo, con el objeto de aminorar la angustia ligada a la paranoia.

Te encierras con la 'base' (pasta de coca). No es social como la cocaína (clorhidrato, aspirado), te encierras en un lugar oscuro, con velas, donde no haya nadie, no haya ruidos, estás con alguien de super-confianza y puedes estar así 3 o 4 días sin ver la luz del día, encerrado y con las ventanas cubiertas. (P108CB)

La pasta de coca ocupa un lugar central en su vida y se pierde el interés por cualquier otro tipo de comportamiento que tuvo en el pasado un lugar más importante.

Es una forma de vida donde se evade toda responsabilidad. Uno no se hace cargo de los problemas, no llega a importarte si eres marginado o no. (P082CB)

Existe también la percepción de que están sufriendo un profundo daño en casi todas las áreas de su vida y un sentimiento de impotencia para cambiar la situación.

Con la droga (pasta de coca) uno vive con alas prestadas, se interrumpe el curso normal de la vida. (P091CB)

La 'base' (pasta de coca) me ha hecho caer hasta lo más bajo en poco tiempo, con la 'base' no se puede parar. (P045CB)

Entre los consumidores con un consumo esporádico, bien en ámbito festivo o por razones de trabajo, no existe un estilo de vida específico relacionado con el consumo. El estilo de vida está relacionado en todo caso con el ámbito festivo y con una forma específica de divertirse. En ese contexto el consumo de alcohol suele tener mayor relevancia que el de clorhidrato de cocaína o pasta de coca.

Es como poner un buen sazonador a la comida, se podría decir que tanto el trago (alcohol) como la 'pasta' (de coca) son los ingredientes esenciales para pasarlo bien y a todo dar. (P070CB)

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Un número importante de entrevistados dice tener un estilo de vida ligado al consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal. Este incluye el consumo de clorhidrato de cocaína como un factor esencial para "divertirse, pasarlo bien y trabajar". Para muchos, existen otros factores asociados al consumo como el dinero y la participación en intereses comunes. En buena parte de los consumidores destaca la importancia del factor recreativo y el rol del clorhidrato de cocaína en ese estilo de vida.

Cuando se trata de divertirse, el dinero es un factor importante.

Yo soy igual que cualquier otra persona, pero mi forma de divertirme es diferente a la de los demás, es por el consumo de 'cristal' (clorhidrato de cocaína).

Otros entrevistados asocian el consumo aspirado de cocaína a un estilo de vida competitivo y de intensas relaciones profesionales y sociales, propio de determinadas capas sociales, sectores de intelectuales, artistas, etc. y relacionado con la "modernidad" y el "vanguardismo". Algunos entrevistados lo expresan así:

(Tenemos) ritmos de vida más rápidos y los estimulantes como la cocaína (clorhidrato) hacen que mejoren los trabajos.

Somos personas que buscamos nuevas formas de vida, de sentir y de pensar. Esto depende de las personas que tienen un factor económico solvente y un afán de competir en el mercado de trabajo. Buscamos nuevos mecanismos de satisfacción; uno de éstos, es la droga (clorhidrato de cocaína), aunque sea en un sentido bastante controlado.

El consumir (clorhidrato de) cocaína era muy importante para mi vida porque estaba en un grupo social de intelectuales y me sentía a la altura de ellos. Era gente muy culta, gente muy preparada.

Su forma de vida es igual a la mía, bohemia y soñadora... Conozco otra gente que consume crack y también son diferentes, al igual que los consumidores de marihuana o consumidores de 'pasta base' (pasta de coca).

No existen metas. Uno cree que está viviendo una forma (de vida) más moderna o cree que es superior a los demás por el hecho de consumir (clorhidrato de cocaína).

Este tipo de consumo se da también en círculos donde sólo se relacionan personas conocidas de la misma carrera profesional y, en su mayoría, procedentes de otras ciudades. Estos círculos de relación son muy restrictivos y, en general, el consumo no es conocido fuera de ellos: se mantiene en secreto y especialmente se evita que sea conocido por la familia. Un entrevistado, perteneciente a uno de estos círculos, afirma que "lo ideal es mantener el anonimato; por ejemplo, en mi casa no saben mis padres (que consumo clorhidrato de cocaína)".

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Casi la mitad de los entrevistados relaciona el consumo fumado o inhalado de crack o de clorhidrato de cocaína con un particular estilo de vida relacionado, a su vez, con la élite social y económica; según lo define un entrevistado, con "el sentimiento de pertenecer a una clase alta o jet-set". Por el contrario, una tercera parte describe la situación opuesta; es decir, relacionan el consumo con un estilo de vida de gente marginal y de clase social baja.

Crack (Sao Paulo)

Aunque este aspecto, el estilo de vida, no fue bien comprendido por bastantes entrevistados, la información obtenida destaca que la característica principal del estilo de vida de los consumidores de crack es el aislamiento social. La mayoría afirma que el crack es una droga anti-social, egoísta, que lleva al individuo a aislarse cada vez más de la convivencia con otras personas, incluso de otros consumidores.

En la fase inicial del consumo los consumidores se encuentran en un mismo ambiente. De hecho, no se imagina un consumo de crack fuera del ambiente de los consumidores y no se consume en sitios abiertos o públicos. La paranoia que produce el consumo (miedo, desconfianza hacia otras personas) contribuye a potenciar el aislamiento y el confinamiento en lugares ocultos.

Los consumidores sufren posteriormente un brusco cambio en el carácter. La mentira entra a formar parte de su discurso y, asociada a la desconfianza, puede generar discusiones, agresividad y violencia entre ellos. La necesidad de procurarse medios para adquirir el crack genera una rápida vinculación a la delincuencia, lo cual todavía les marginaliza más.

Al contrario del consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, que según los consumidores promueve la "interacción social", durante el consumo de crack existe muy poca comunicación entre los consumidores. Tanto las conversaciones como las relaciones sólo giran en torno al crack y a la forma de obtenerlo.

El deterioro físico es otra característica del consumidor de crack. Existe una rápida pérdida de peso y también un abandono del cuidado e higiene personales. Así lo expresa un entrevistado:

Sus 'amigos' sólo son los que consumen. No se piensa en otra cosa. No existe el futuro ni otra preocupación. Ya no importa el aspecto ni la apariencia, todo gira en torno al crack. (K31SP)

En estos círculos no cabe el consumo exclusivo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, principalmente porque este consumo estimula al consumidor a conversar y esto es inadmisible entre los consumidores de crack. El consumo aspirado de clorhidrato de cocaína no necesita lugares ocultos y lo mismo sucede con el consumo

de marihuana. El consumidor de crack no imagina tener como compañero a un consumidor de marihuana ya que éste no tendría un comportamiento adecuado durante la paranoia generada por el crack. Tampoco es compatible con los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa porque los consumidores de crack suelen mostrar aversión hacia esa vía de administración.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Al igual que los consumidores de crack, los de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa también describen un mundo propio que parece no diferir mucho de cualquier estilo de vida relacionado con el consumo compulsivo de drogas ilegales, aunque se pueden señalar algunas peculiaridades.

El consumidor de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa parece preferir la compañía de otros usuarios, no porque quiera compartir las sensaciones sino porque así cree estar protegido. Imagina que en el caso de tener un problema (sobredosis), si está acompañado, será socorrido por un colega. Otro hecho que les lleva a consumir acompañados es la ayuda que pueden prestarse para inyectarse el clorhidrato de cocaína. Esto puede ser debido a que todavía no tienen un suficiente dominio de la técnica; o bien, como afirman bastantes entrevistados, porque después de varias administraciones en una misma sesión de consumo pierden el control de los movimientos, necesario para un procedimiento tan delicado como es el de inyectarse.

Yo no tengo amigos, sólo un compañero de consumo porque yo mismo tengo miedo de aplicármela solo (consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína). (I12SP)

También describen la preferencia por lugares cerrados (ocultos, aislados) para inyectarse pero, a diferencia de los consumidores de crack, no atribuyen a la paranoia esa necesidad o preferencia sino a las "escenas escabrosas" que envuelven el consumo inyectado (visión de la sangre y de la agresión al propio cuerpo que comporta el consumo). Asimismo, afirman que la sociedad, e incluso otros usuarios de drogas, los consideran como marginales y les atribuyen todo tipo de transgresiones.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Casi siempre, la percepción de un estilo de vida ligado al consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa se confunde con el ligado a un cierto tipo de consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal; asociado, sobre todo, a la diversión y al "mundo de la noche" (discotecas, bares). No obstante, la mayoría de los entrevistados considera que la mayor parte de los consumidores, si mantienen esta vía, acaban consumiendo en solitario y el consumo se convierte en algo central en su vida. En este caso, además, lo más frecuente es que se impliquen en actividades delictivas para mantener el consumo. Cuando la definición del estilo de vida se refiere concretamente al consumo intravenoso ésta es muy negativa y en la caracterización del estilo de vida destacan las referencias al aislamiento, depresión, paranoia y tendencias auto-destrutivas.

3.2 Importancia de los derivados de la coca en los estilos de vida

Hoja de coca (Cochabamba)

El consumo de hoja de coca ocupa un lugar central en la cultura de los agricultores. Puede decirse lo mismo para los mineros. Una parte importante de los entrevistados destaca que la hoja de coca juega un papel central en su vida laboral y en la relación con los demás; otra parte, valora su uso en relación con algún efecto muy concreto

proporcionado por la hoja de coca, por ejemplo: "porque me cura"; "es valiosa cuando tengo que estudiar". También se valora en primer término su papel e importancia en la cosmovisión tradicional: "porque (la hoja de coca) es sagrada"; "acullico por fe"; "porque (la hoja de coca) está dentro del compromiso de mi con la Pachamama"; "porque si no acullico la Pachamama se enoja y no tendrá buena cosecha"; "todo me va bien si acullico".

Solamente una minoría, todos ellos acullicadores urbanos, respondió: "no, no es importante"; y en un caso, "no es importante acullicar porque puedo dejar de hacerlo cualquier rato".

Pasta de coca (Cochabamba)

En el estilo de vida de los niños y jóvenes de la calle el consumo de pasta de coca ocupa un lugar central porque les ayuda a sobrevivir. Los efectos del consumo en la atenuación o desaparición de las sensaciones de hambre, frío y cansancio les ayuda a soportar las privaciones; al quitarles el miedo, pueden enfrentarse mejor a las situaciones de violencia que les rodean y por otra parte, obtienen ganancias con la distribución de la droga a otros consumidores: "en esta vida todos deben consumir droga (pasta de coca); o si no, no se justifica que estén aquí". Para los otros consumidores compulsivos la pasta de coca se convierte en central en su estilo de vida desde el momento en que se establece un consumo dependiente. Sólo para una minoría desempeña un papel marginal.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Para la mitad de los entrevistados el consumo por vía intranasal de clorhidrato de cocaína no es importante en su estilo de vida porque está relacionado exclusivamente con el ámbito festivo y recreacional, considerado secundario y en el que sólo desarrollan una parte de su vida social. En cambio, para un tercio de los entrevistados su papel es central (la mayor parte de sus actividades están relacionadas con el consumo o la obtención). Para una minoría (15%) el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína ocupa un lugar marginal.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de la muestra, en una proporción similar, considera que el crack y el clorhidrato de cocaína, y su consumo, ocupan un lugar central o bastante importante en su estilo de vida. Sólo una pequeña minoría afirma que tiene un papel marginal.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

El estilo de vida anterior al consumo compulsivo de crack o de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa desaparece y es sustituido por uno que gira exclusivamente en torno al consumo y obtención de la droga.

En ese estilo de vida lo principal es la sustancia y el consumo. En este sentido, además, parece absolutamente incompatible con cualquier otra actividad o modo normalizado de vida (trabajo, estudio, relaciones amorosas, etc.). Sin darse cuenta, por lo menos inicialmente, el consumidor entra rápidamente en un estilo de vida nuevo; si lo rechaza, también rechazará el consumo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Para la mayor parte de los entrevistados el consumo ocupa un lugar central en su estilo de vida y todos ellos relacionan este hecho con la dependencia. Una minoría, aunque considera que el consumo es importante en su estilo de vida, lo relaciona con una experiencia interior, hedonista, y considera que es más importante mantener su trabajo y relaciones sociales, lo cual constituye un importante factor de regulación y control del consumo.

3.3 Cultura de uso/consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

En general, en las comunidades agrarias, antes de iniciar la jornada de trabajo se reúnen los campesinos para acullicar. Uno de los presentes escoge las mejores hojas y las ofrenda a la Pachamama pronunciando algunas palabras en las que se ruega a la Tierra por algún beneficio. Algunos mencionan también a los cerros y a algunos santos cristianos. A continuación, deposita algunas hojas escogidas con un poco de "lejía"⁽¹²⁾ debajo de una piedra o las entierra. Luego, extendiendo un puñado de hojas se lo ofrece a uno de los presentes; éste, debe recibir la coca en el faldón de una de sus vestimentas o extendiendo las dos manos juntas, palmas arriba, para recibirlas (extender sólo una mano es una descortesía o una señal de desprecio). Se reparten las porciones de hoja de coca a todos los presentes y se inicia el proceso cuidadoso de "armar" el acullico colocándose en la boca, una a una, las hojas y cortando con los dientes los peciolos. Estas son algunas descripciones:

Primero hacer acullicar a la Naturaleza o Bombori, Mallcu Tunari, Mallcu Illimani, que consideramos achachilas (dioses poderosos andinos). Con la hoja en la palma de la mano se sopla diciendo: 'Para ti, Mallcu Illimani. Para ti, Pachamamita. Para ti Mallcu Tunari. Para que me vaya bien, para que me ayudes'. Ahora las hojas se reciben en nylon (bolsa de plástico), pero no es parte del ritual, porque se debería recibir con una esquina del saco (chaqueta) o de la camisa, si no se tiene ch'uspa⁽¹³⁾, porque recibir con las manos es falta de respeto.

Es costumbre en la ch'alla (bendición) incensar a la Pachamama o al Tio (dios que resguarda los minerales en las minas); también, (hoja de coca) que junto a la q'owa (LEPIDOPHYLLUM Teretiusculum H.) es imprescindible en los rituales.

Hay normas y costumbres, como ceremonias a la Pachamama, ver la suerte, para llamar el ánimo de personas que hacen males a familiares, como la brujería... Esto vi de nuestros antepasados.

Para curar hechizo o 'mal puesto' (denominación de una enfermedad definida culturalmente).

(12) La lejía, denominada "llipt'a" o "llujit'a" en quechua, sirve para extraer mejor el alcaloide durante el acto de acullicar. La mayor parte de los entrevistados afirma que sirve para "darle sabor y consistencia al pijchu". La lejía se hace con las cenizas de la "quinua" (CHENOPODIUM quinoa W.) y adicionando saborizantes naturales como la canela y el clavo de olor. Luego se aglutan estos elementos con patata cocida (SOLANUM tuberosum) o "camote" (IPOMEA batatas L.).

Existen varios tipos de lejía que son diferenciados por su procedencia y sabor y cuya elección depende de preferencias individuales: "la dulce", "la salada", "la orureña", "la pillagua", etc. Los acullicadores tienen conocimiento sobre los ingredientes y procedimientos para obtenerla. Si no hay lejía, se utiliza como sustituto bicarbonato de sodio o ceniza de tabaco.

(13) Bolsa tejida, de forma cuadrada y pequeño tamaño, habitualmente adornada con motivos tradicionales andinos que se lleva en el pecho, colgada del cuello, y que se utiliza para contener la provisión de hojas de coca.

Siempre acullicamos en nombre de algo (ser sobrenatural) y hablamos en quechua.

Al empezar a acullicar, tres hojas de coca, las mejores, se ofrendan a la Tierra haciendo la señal de la cruz todos los presentes. La tierra que tapa (las hojas de coca) se besa, se recomienda a la Tierra Virgen o Pachamama.

Antes de acullicar, antes de echar la primera hojita, nos hacemos una cruz (se santiguan) y pedimos a la Pachamama que sea buena y dé buena cosecha, buen producto. Porque la Pachamama es la dueña de todo y por ella vivimos y tenemos comida.

Es unánime, sin excepciones, la consideración positiva del acullico como una actividad estrechamente relacionada con el trabajo. Este aspecto es destacado especialmente por los que trabajan en la agricultura y en la minería:

Si uno no consume (hoja de) coca no puede trabajar. (H023CB)

Lo hacemos (acullicamos) los campesinos generalmente en un determinado ambiente de trabajo, es muy diferente a los que viven en la ciudad. (H075CB)

El conocimiento de los usos de la hoja de coca es muy amplio en este grupo. Este conocimiento no sólo se refiere al uso como energético en el trabajo sino que comprende los diversos usos rituales, medicinales, como vehículo de comunicación y como moneda de cambio.

Cuando se acullica buscando principalmente su efecto energizante en el trabajo, la relación entre el acullico y el esfuerzo se muestra con claridad: a mayor trabajo, más necesario es el acullico; por esta razón, en general, acullican más intensamente los hombres, sobre todo los mineros, que las mujeres.

Casi todos los acullicadores utilizan la hoja de coca como medicina y los usos medicinales son muy diversos. La mayoría usan "mates" (infusiones) de hoja de coca "para el dolor de estómago"; las mujeres, para las algias menstruales y ellas mismas saben prepararse las infusiones. Se utiliza también para las odontalgias y cefalalgias. La hoja de coca es un ingrediente en linimentos y preparados utilizados en "fricciones" para las afecciones dolorosas articulares; se utiliza también en jarabes caseros preparados como antitusígenos, juntamente con jugo de naranja y zumo de cebollas; para las "inflamaciones de la garganta", hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Los curanderos⁽¹⁴⁾ andinos la utilizan para curar enfermedades definidas culturalmente, denominadas "aire", "japekha" y otras. El uso externo de la hoja de coca en cataplasmas está muy difundido en el medio rural para las fracturas, contusiones y tratamiento de heridas.

Los "yatiris" o adivinos utilizan la hoja de coca para el diagnóstico de las enfermedades y la determinación de quién debe tratarlas: el médico o el "jampiri" (curandero). También, mediante la adivinación, ayudan a encontrar objetos perdidos, aconsejan sobre viajes, negocios y decisiones sentimentales, etc.

(14) Especialistas en medicina tradicional o popular. En el informe, cuando se incluyen referencias a ellos o son citados directamente, se utilizan las denominaciones aportadas por los entrevistados, en quechua y en castellano. En castellano son denominados "curanderos" y este término, desde nuestra perspectiva, carece de cualquier connotación negativa o peyorativa.

El mate de hoja de coca es utilizado como digestivo y como otra opción en lugar del té o del café, sobre todo en el medio urbano. Algunos lo utilizan diariamente en el desayuno. La práctica totalidad de los acullicadores consume mate de coca y lo utiliza también con fines medicinales.

A pesar de que en Bolivia se comercializan preparados de la medicina tradicional para diversos males, gran parte de los entrevistados se preparan ellos mismos las infusiones, jarabes o emplastos. Coherentemente con lo ya expuesto, y teniendo en cuenta que el conocimiento de estos remedios forma parte de la cultura de la coca, la mayor parte de los acullicadores los conocen, en diversos grados. Ilustrativamente, se describen dos de estos remedios:

Cuando uno tiene tos se hace remojar la hoja (de coca) toda un noche y al día siguiente se mezcla con jugo de naranja y se hace hervir un poco. Se sacan las hojas y ese jugo hay que tomar todos los días, medio vaso con jugo de cebolla y se cura la tos. Mi abuela así nos curaba y yo aprendí, por eso lo hago y cura bien."

El 'pижcho' (bola de hojas de coca insalivadas) se envuelve y se pone con sal en la zona afectada para chupar (bajar) la hinchazón."

Un curandero incluido en la submuestra describe con un cierto detalle en qué enfermedades y de qué forma se usan las hojas de la coca:

En el 'limphu', que es el aborto por accidente; la 'chullpa', que es una enfermedad psicológica que va entrando al corazón en la noche de luna llena; en el ánimo, 'japeq'a', que es una enfermedad que les da a las 'guaguas' (niños pequeños): la 'guagua' se cae y llora, llora, lleva la cabeza hacia atrás; en el 'chullpa tullu' u osteomielitis, que es cuando se sacan los huesos; en el contacto sentimental con las personas, donde se utilizan los 'munachis' (amuletos); en el 'mal aire': a la persona se le enchequea (tuerce) la cara o le da parálisis. En todas estas curaciones se utiliza la (hoja de) coca. Se le rodea con hojas a la 'q'owa' (para hacer sahumerios) o se hacen infusiones, según el caso.

Los entrevistados poseen conocimiento de numerosas regiones donde existen buenos curanderos: "viven en Arque", "están en Oruro, de las minas, son buenos", "de La Paz, Potosí y Oruro", "los mejores son de Charazani: los Kallawayas", "los mejores están en Chuquisaca, más propiamente en Bombona", "los de Puca Pampa", etc. La mayoría de los acullicadores ha recurrido a curanderos; este tipo de intervención terapéutica ha sido utilizada en menor grado por los restantes entrevistados (una cuarta parte de los consumidores de clorhidrato de cocaína y una minoría de los de pasta de coca).

La mayoría de los acullicadores entrevistados cuando se les preguntó cómo adquieren los curanderos sus conocimientos, respondieron: "no sé"; o con más frecuencia: "les enseñaron sus antepasados". "A mí me enseñó mi abuelo. Además, uno estudia las propiedades de todas las plantas, no es así nomás (poder ser curandero)". Una minoría respondió aludiendo a los mitos andinos que existen al respecto:

Es un don que se adquiere por herencia.

Los curanderos son predestinados por la propia naturaleza. Dicen que, aunque no he visto que los truenos maten, un trueno los mata, otro los revive y un tercero los hace parar. Este es el 'yatiri' (adivino) predestinado por Santiago.

Otros se hacen leer en la (hoja de) coca (adivinación) para ver si podrá ser 'yatiri' o curandero.

La mayoría de los acullicadores no sabe "leer la coca" (adivinación) pero conoce quiénes lo hacen: los 'yatiris'. Una tercera parte conoce algún procedimiento para "leer la suerte", aunque muy rudimentario; es decir, para pronosticar cómo les irá durante el día o al emprender un viaje o negocio.

Agarro unas diez hojas (de coca) y sobre una mesa las tiro todas. Si salen las hojas del lado negro (haz) es pena y si sale blanco (envés) es alegría.

Sé leer algunas cosas en la hoja de coca. Si se pierde algo de una casa, si cae verde quiere decir que está ahí, si cae blanco está en otro lugar. El bien es de color verde (haz de la hoja); y el mal, el color blanco. Si la mujer engaña, sale color blanco; si no engaña, verde. Para mirar la suerte se escogen las mejores hojas, deben ser medianas, sólo cuatro hojas. Antes de lanzar(las) se deben hacer oraciones. Me hice leer en coca cuando un amigo me engaño; me dijeron que él me hechizó en un cementerio. Así salió en la coca. El curandero me llevó al lugar y encontramos un tarro de leche 'nido' (marca comercial), estaba mi foto lleno de alfileres, con calcetines plomos, un calzoncillo; todo envuelto en papel negro. Me dijo que por eso me iba mal, mucha sangre me salía de mi nariz. Al lado de lo que encontramos había un letrero donde decía que me iba a morir tomando chicha. Al ver eso, ¡mi madre casi se muere! Después, me curé la suerte y tenía mucho trabajo, mucho que me buscaban para trabajar. Ese curandero ve la suerte por un peso boliviano (0.20 dólares) y mira bien en hojas de coca.

La mayoría de los acullicadores fue alguna vez a hacerse "leer en la coca" para indagar pérdidas de objetos; para asegurarse del afecto que sus parejas sienten por ellos; para resolver sus dudas sobre viajes, enfermedades y negocios. En la ciudad de Cochabamba los yatiris lectores de la suerte ofrecen sus servicios en lugares públicos y acuden a ellos personas de todos los estratos sociales. Los que no hablan quechua se hacen acompañar de intérpretes. Los yatiris están sentados a la usanza quechua, con las piernas cruzadas, y disponen de un tejido extendido en el suelo en el cual están las hojas de coca escogidas para la adivinación, de diferentes tamaños, una campanilla de bronce y un crucifijo. El cliente debe poner en el "aguayo" (así se denomina el tejido multicolor extendido en el suelo) una cantidad de dinero denominada "silla" y solamente entonces comienza la lectura, que se inicia con rezos. El especialista (yatiri) deja caer en el aguayo las hojas de coca desde cierta altura y procede a su lectura conversando y explicando sus hallazgos. Cuando se tienen dudas o el cliente desea saber algo con mayor detalle, el yatiri repite el procedimiento desde el inicio. Solamente una minoría de los entrevistados no acullicadores realizó consultas con adivinos.

La mayoría realiza una ofrenda antes de acullicar. Se nombra a la Pachamama y se le pide la satisfacción de alguna meta inmediata:

Se ofrece a la Pachamama o también para hacer traer los espíritus buenos (como protección) y malos (hechicería).

Para empezar, nos hacemos una cruz (se santiguan) y pedimos a la Pachamama que sea buena y dé buena cosecha.

Siempre se debe acullicar recordando a la Pachamama.

Se realizan ofrendas los días martes y viernes de la semana y en fiestas anuales dedicadas exclusivamente a ello. Esta es una descripción de la bendición, "ch'alla":

Se ch'alla en familia. Se pone la mesa-ofrenda completa, que está compuesta de 'q'owa', incienso, una figura de llama que está hecha de la grasa de la llama, 'misterios' -que son dulces cuadrados de color blanco con una figura en el centro- según en qué actividad queremos que nos ayude la Pachamama. Hay para todo tipo de actividad: para negocio, para el amor, para tener auto, para las profesiones. También tiene dulce (colaciones o confites de varios colores) y tiene hojas de coca. Todo eso se pone en brasas hasta que pare (de quemarse). Pachamama es la Tierra, Dios.

La mayor parte de los acullicadores, sobre todo los de origen rural y de clase social baja, cree que la hoja de coca es un alimento y que puede sustituir a la comida. Una minoría diferencia claramente el efecto paliativo de la sensación de hambre que proporciona el acullico, del alimento nutritivo considerado insustituible. Esta confusión es aumentada por las publicaciones y mensajes que muestran los contenidos de proteínas, vitaminas y minerales de la hoja de coca. Algunos de estos mensajes son difundidos oficialmente como argumentos para oponerse a la erradicación de los cultivos de la hoja coca. Ilustrativamente, se incluyen algunas expresiones de los entrevistados al respecto:

Yo no he comprobado, pero creo que (la hoja de coca) puede reemplazar a los alimentos.

Hay zonas que carecen de alimentos, pero con la (hoja de) coca son sanos y saludables.

A veces no tenemos plata (dinero) para almorzar y compramos (hoja de) coca que es más barato.

(La hoja de coca) es alimento, me ha dicho mi papá que su juguito es como la carne.

Hay gente que 'pijcha' (acullica) sin comer.

(Las hojas de coca) tienen muchas vitaminas, calcio, hierro.

Nos han explicado científicamente que la (hoja de) coca no sólo sirve para hacer la droga (clorhidrato de cocaína), sino que tiene muchos derivados (componentes) que pueden servir como alimentos y como vitaminas. Desgraciadamente en nuestro país no estamos utilizando esto. Es muy probable que en países ya desarrollados ya estén aprovechando esto (como nutritivo) y nos estén ya 'tomando el pelo'.

Otros entrevistados aportan valoraciones opuestas o más matizadas, ilustrativamente:

No. (la hoja de coca) no es alimento porque te adormece y te quita el apetito. Cuando trabajas demasiado no te cansas, es cierto, pero no puedes sustituir a los alimentos puesto que igual nomás en las noches te suena el estómago, a no ser que desde que salga el sol hasta que termine la noche se acullique. Pero te consumirías nomás de debilidad por falta de alimentación.

(La hoja de coca) es alimento, pero no mucho; porque poco después sigues con hambre.

(La hoja de coca) hace calmar el hambre, como el alimento.

Todos los entrevistados, sin excepciones, expresan que el acullico incrementa el rendimiento y la productividad en el trabajo. Cuando el trabajo es rudo, como en ciertas labores agrícolas o en las minas, su uso es considerado indispensable: "sin la coca (acullico) no podríamos trabajar".

La hoja de coca es utilizada también en otras situaciones: para pedir la mano de la futura esposa (como regalo que es ofrecido a los padres de la novia. Se considera que si este presente es aceptado, se aceptará también la petición de mano); para expresar la solidaridad y pertenencia al grupo, como símbolo de identidad, en las reuniones, en los velatorios y en diversos rituales comunitarios.

La mayor parte de los entrevistados considera que no existen razones para no acullicar o situaciones en las cuales no se deba hacerlo.

La mayoría opina que no existen diferencias en la cantidad de hoja que acullican hombres y mujeres cuando ambos trabajan. Una tercera parte afirma que los hombres acullican más porque hacen los trabajos más extenuantes; sólo una minoría afirma lo contrario, ilustrativamente:

Las mujeres acullican como los hombres ya que trabajan el doble con el cuidado de los chicos.

La mujer con su rueca y telar está feliz y acullica menos.

¿La mujer? unas veces más, unas veces menos; depende del trabajo que se tenga.

En el campo las mujeres acullicamos más, en la ciudad no.

Algunas acullican más, como las barrenderas que lo usan como un filtro para no aspirar el polvo.

La mayor parte de los entrevistados dice que en la vejez se sigue acullicando aún después de estar alejados de las faenas duras del trabajo. La mayoría no establece diferencias entre los niveles de consumo de los adultos y de los ancianos. Una cuarta parte afirma que el consumo aumenta en la vejez; una proporción algo menor considera que el consumo se abandona.

Exceptuando la infancia ("porque no trabajan ni saben todavía las tradiciones"), no hay una edad para no acullicar. La mayoría acullica a partir de los 16 a 18 años de edad o cuando se incorporan a las tareas laborales más rudas, esto sucede en las comunidades campesinas cuando retornan del servicio militar, a los 19 años. Las mujeres acullican desde que se casan y el consumo está generalizado en el campo y las minas, "quien no acullica recibe un sobrenombrado (apodo) y es aislado de la comunidad".

Algo menos de la mitad de los entrevistados enseñó a acullicar a sus hijos, parientes muy próximos y amigos. Debe destacarse que su aprendizaje forma parte del proceso de socialización y, por tanto, no necesariamente se enseña formalmente ni se aprende de manera consciente: "el acullico no se enseña, se aprende (observando a los mayores y reproduciendo su comportamiento)".

En las ciudades, en general, el conjunto de rasgos que componen la cultura tradicional de la hoja de coca presenta modificaciones debidas a procesos de aculturación y adaptación. Como resultado de estos procesos algunos usos tradicionales son irrelevantes o se han perdido y otros han variado su significación y dimensión originales. Las principales diferencias y regularidades respecto a lo ya descrito son las siguientes:

En las ciudades se acullica menos.

En el campo es una necesidad; en la ciudad, más que todo, es una diversión.
(H061CB)

Existe un consumo ritual y también uno recreativo asociado al consumo de alcohol, en diversas capas sociales. Parece también mantenerse el consumo asociado al trabajo rudo.

No existe una concepción de un estilo de vida particular asociado al acullico. Aunque algunos observan ciertas reglas al acullicar que remiten al carácter sagrado de la hoja de coca, éstas suelen ser distintas de las tradicionales (por ejemplo, hacer la señal de la cruz antes de acullicar).

La mayoría desconoce dónde encontrar buenos curanderos porque, en general, no suele recurrir a ellos ni utiliza los remedios tradicionales para combatir ciertas dolencias (a excepción del mate de coca, cuyo uso generalizado ya ha sido citado). Ninguno sabe "leer" en las hojas de coca y, en general, si utilizan los servicios de adivinos tradicionales (yatiris) lo hacen por las mismas razones, y con las mismas expectativas, que les mueven a hacerse echar las cartas o a interesarse por su horóscopo.

Los acullicadores citadinos, o los oriundos de otras regiones culturales no andinas, no siguen estrictamente los rituales pero asimilan parte de ellos o, a veces, los reelaboran completamente. En el ámbito urbano también se encuentran acullicadores que desconocen completamente los ritos y costumbres andinos; o que los conocen, pero no los practican.

En las ciudades existen acullicadores que sólo consumen hojas de coca durante las fiestas y en reuniones en las que se bebe alcohol, probablemente para "prolongar la noche" y disminuir los efectos depresores del alcohol. Los estudiantes y profesores urbanos acullican para mantener el estado de vigilia y mejorar su capacidad de concentración (según los resultados obtenidos, esta práctica no perjudica la calidad del trabajo que desempeñan).

Los acullicadores urbanos, desarraigados de sus comunidades originarias o los nacidos en la ciudad, acullican con una menor frecuencia y si mantienen prácticas rituales las realizan con una menor periodicidad y discontinuamente. No obstante, las ofrendas anuales en las fiestas carnavalescas sí se mantienen de forma generalizada y son realizadas por personas de cualquier estrato social.

Por último, y como ejemplo del dinamismo y plasticidad resultantes de todo proceso cultural, se aporta a continuación una práctica descrita por un entrevistado, estudiante universitario de clase media y oriundo de la ciudad: "se hace una ofrenda al chanchito con hojas de coca, cada noche en el bar. El chanchito sirve para atraer clientela; a veces yo hago la ofrenda también". Se trata de una alcancía de cerámica con la figura de un cerdo que algunos comerciantes disponen en sus locales.

Pasta de coca (Cochabamba)

Más de un tercio de los consumidores reconoce explícitamente la existencia de reglas compartidas relacionadas con el consumo.

Los "chicos de la calle" consumen la pasta de coca generalmente en grupo. Cada uno de ellos tiene su dosis y sigue su propio ritmo de consumo. Las reglas son quedarse lo más tranquilo posible. A quien se descontrola y molesta se lo margina porque en el momento de la paranoia cualquier ruido o movimiento es muy angustioso para los demás. En general, la norma fundamental entre los consumidores compulsivos es no delatar a sus compañeros y mucho menos a los proveedores.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Si se considera la opinión de la mayoría, el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal se caracteriza por la ausencia de reglas compartidas. No obstante, algo más de un tercio opina que existen algunas reglas, aunque sólo mencionan con claridad la de no denunciar al proveedor. También, si consumen en grupo, deben respetar las cantidades asignadas a cada uno.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de los entrevistados opina que no existen reglas ni una cultura de consumo. Sólo una minoría afirma que existen algunas normas; por ejemplo, guardar absoluto silencio cuando la pipa para fumar el crack está siendo preparada.

Crack (Sao Paulo)

La mayoría afirma que existen reglas para el consumo. El "ritual" que antecede al consumo parece formar parte del placer que ofrece la droga; en este sentido, la preparación de la pipa es una fase importante. Algunos mencionan también el preparado del crack como otra parte de este ritual, pero esto es menos frecuente ya que actualmente éste se compra ya elaborado.

Otra regla básica es estar en silencio y moverse con lentitud para no hacer ruido. Este comportamiento parece estar ligado a la paranoia que produce el consumo. En esta fase, los consumidores creen que existen personas (policía, padres, vecinos) que quieren castigarlos porque consumen y si se mantienen en silencio creen que podrán detectar con más facilidad su llegada, a tiempo para ponerse a salvo.

Otro hecho que contribuye a este comportamiento es la propia desconfianza que se genera entre los miembros del grupo de consumo. Piensan que serán robados o engañados por los compañeros; por lo tanto, cualquier movimiento sospechoso puede comportar una reacción violenta. En esta misma línea, otra regla importante es no consumir la droga de otro, cuando éste está en estado de paranoia. Esta es una precaución importante dada la elevada agresividad latente. En general, y como estrategia de control para atenuar la fuerte ansiedad y el miedo consecutivos al consumo, los consumidores suelen situar a una persona como vigilante en el exterior de los locales o cerca de los lugares de consumo.

También existe una jerarquía en el consumo: consume primero el que ofrece la sustancia; en segundo lugar, el que dio dinero para comprarla; en tercero, el que la compró y a continuación los restantes consumidores que participan en la sesión.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

De la misma manera que en el caso del crack, los pasos que preceden al consumo del clorhidrato de cocaína por vía intravenosa son importantes en el proceso de conseguir placer.

(El "ritual") empieza dentro de la gente. Yo me pongo más espiritual, en contacto con el cosmos. Me concentro. Diluyo el 'polvo' (clorhidrato de cocaína) en un poco de agua. A veces utilizo un filtro de cigarrillo para que no quede 'polvo' y atasque la vena (al inyectarme). (I09SP)

El 'ritual' de la cocaína (clorhidrato, por vía) intravenosa es 'pesado' (desagradable). Necesitas cuchara, jeringuilla, aguja...; y encima, te haces daño. (I17SP)

Algunos entrevistados comentan que cuando se inyectan es común que empujen y tiren repetidamente del émbolo de la jeringuilla, vaciándola y llenándola sucesivamente de sangre, y que esta práctica incrementa considerablemente la sensación de placer (la denominan "paracaídas").

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Buena parte de los entrevistados afirma que no existe una cultura ni reglas rígidas para el consumo. Algunas de las reglas citadas son las siguientes: el que inyecta a los otros se inyecta el último; debe tratar de evitarse el ansia incontrolable de consumir; no se debe molestar al que está preparando el clorhidrato de cocaína.

3.4 Tipología de consumo / consumidores

Como ya ha sido descrito en el capítulo introductorio uno de los objetivos del análisis de los resultados obtenidos era la elaboración de una tipología de consumo. Esta tipología debía permitir, por una parte, clasificar claramente a los entrevistados en diferentes tipos de consumo y, por otra, analizar y comparar la información obtenida respecto a los distintos temas considerados en este proyecto, cuando fuese relevante, según los tipos definidos. Asimismo, la previsión era realizar esta comparación entre los tipos definidos en cada una de las submuestras según derivado y/o método de consumo, entre las submuestras establecidas en cada centro participante y entre las muestras de los cuatro centros participantes.

La elaboración de una tipología requiere un laborioso y complejo esfuerzo analítico (ver subapartado 1.2.3 del capítulo 1). En este caso, las dificultades de todo tipo encontradas durante la realización del proyecto han limitado los resultados obtenidos. La tipología establecida requiere todavía de un proceso posterior de refinación y contraste, cuya realización sobrepasa los límites del proyecto, y por ello no constituye un resultado plenamente satisfactorio. No obstante, y a pesar de las limitaciones señaladas, los tipos definidos (más apropiadamente, categorías; aunque por razones prácticas son denominadas "tipos" en este informe) constituyen un valioso instrumento para caracterizar al consumo y a los consumidores.

Respecto al contenido de este apartado deben añadirse otras consideraciones:

A. Debe señalarse que en Ibadan no se ha llegado a definir tipos de consumo con la claridad requerida. La información obtenida en este centro participante sólo permite afirmar que el consumo recreacional en sentido estricto, tal como es definido a continuación, no forma parte de la muestra ni, probablemente, de la población consumidora de derivados de la coca.

B. Las especiales características del consumo y uso de la hoja de coca, las ya ampliamente desarrolladas en este mismo capítulo y las que se desarrollan en los siguientes, exigen que este derivado sea considerado separadamente. Por ello, los

tipos definidos para la hoja de coca son exclusivos de este derivado; asimismo, a pesar de las similitudes que pueden observarse entre algunos de los tipos o subtipos definidos a partir de los resultados obtenidos al analizar el consumo de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal con alguno de los establecidos para la hoja de coca, éstos no pueden equipararse.

C. Debe recordarse lo ya señalado respecto a que la relación con las drogas forma parte de un itinerario; por ello, en la definición de los tipos, en algunos casos, el itinerario de consumo puede ser una de las dimensiones clave utilizadas. En otros casos, es bastante probable que a lo largo del itinerario de consumo los entrevistados hayan pasado por distintos "tipos". Cuando esto se da el criterio que prevalece para su categorización es el tipo que mejor defina cada historia particular, aunque responda a una situación que forma parte del pasado.

D. La distribución de los tipos definidos en cada una de las submuestras y muestras es el resultado de la aplicación de los métodos de muestreo ya descritos. Esta distribución, que comporta una determinada proporción de la presencia de los tipos, no puede extrapolarse directamente al conjunto de las respectivas poblaciones consumidoras. Asimismo, la inexistencia de un determinado tipo en una muestra o submuestra no excluye necesariamente la existencia de dicho tipo en la población consumidora.

Una vez completada esta introducción se presenta a continuación el contenido específico de este apartado: la definición de los tipos establecidos.

3.4.1 Definición de los tipos

Recreacional

El consumo se produce en contextos festivos o de sociabilidad y siempre relacionado con la diversión. El consumo no es central en el estilo de vida aunque sí puede serlo en determinadas concepciones del ocio (predominancia de la diversión nocturna). El consumo pretende, principalmente, una mejoría de la diversión pero no es imprescindible para que ésta se dé; además, en ese mismo contexto el alcohol desempeña un papel más importante en la consecución de ese objetivo. La fiesta en sí misma y las relaciones sociales que se establecen son más importantes que el consumo, que puede darse tanto en ámbito público (bares, discotecas, etc.) como privado (domicilios particulares).

El patrón de consumo característico de este tipo muestra niveles bajos de consumo (cantidades pequeñas; frecuencia no diaria; preferentemente, consumo durante el fin de semana) y relativamente estables a lo largo del tiempo. Es un consumo controlado que no suele comportar problemas importantes de ningún tipo a los consumidores. El consumo se interrumpe frecuentemente (intermitencia) y con bastante facilidad aplicando mecanismos de auto-regulación.

Este tipo sólo se ha establecido en Cochabamba entre los consumidores de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína por vía intranasal. Representa el 9% de la submuestra de pasta de coca y el 33% de la de clorhidrato de cocaína.

Instrumental

El consumo cumple un papel relevante en los estilos de vida. Aunque el consumo, en muchos casos, está relacionado esencialmente con la diversión, de forma similar al tipo recreacional, se produce también en actividades desligadas del ocio en ambientes de sociabilidad y por variadas razones, frecuentemente más importantes que la

diversión en sentido estricto: aumento de la productividad en el trabajo; como medio para resolver problemas personales o para combatir el aburrimiento; como medio de vida (tráfico); consumo estrictamente hedonista, etc.

El consumo es más elevado y puede llegar a ser diario e intenso en determinados períodos. Es más frecuente el consumo en ámbito privado, en los lugares de trabajo, ligado a exigencias laborales, y en solitario. En este tipo se observa una mayor facilidad de acceso y de disponibilidad de la sustancia, por diversas razones según los casos: niveles altos de renta, actividades relacionadas con la producción y distribución. Las dificultades para mantener un consumo controlado o para reducirlo son frecuentes. El consumo puede comportar la aparición de problemas importantes de todo tipo cuya solución requiere, a veces, ayuda externa, tanto formal como informal.

Como en el caso anterior, este tipo sólo se ha establecido en Cochabamba entre los consumidores de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína por vía intranasal. Representa el 6% de la submuestra de pasta de coca y el 34% de la de clorhidrato de cocaína.

Disfuncional

El consumo desempeña un papel central en el estilo de vida de los consumidores y constituye una prioridad más acuciante que otros comportamientos que antes habían tenido una mayor importancia. Se caracteriza por la administración repetida de la sustancia, y en cantidades elevadas, para mantener los efectos iniciales de estimulación, euforia y aumento de la confianza en uno mismo. El deseo de consumo es muy intenso (*craving*) y la necesidad de consumir se atribuye más a sensaciones internas que a influencias externas (consumo compulsivo). El consumo va asociado a la conciencia subjetiva de la incapacidad para controlarlo y persiste a pesar de las evidentes consecuencias perjudiciales para los consumidores, tanto en la esfera biológica como en la psico-social.

Este tipo de consumo es minoritario en la población consumidora de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y se da más frecuentemente cuando se utilizan vías de absorción rápida, pulmonar e intravenosa. De hecho, cuando se utilizan estas vías (la pulmomar, fumando o inhalando, exclusiva en los casos del crack y la pasta de coca; ambas, minoritarias en el caso del clorhidrato de cocaína) este tipo de consumo, disfuncional, predomina con claridad en la población consumidora. Frecuentemente, en la literatura sobre estos derivados de la coca, se considera que en estos casos, cuando se utilizan dichas vías de administración, es el único tipo de consumo existente.

Se consume diariamente y en cantidades muy elevadas. Las sesiones de consumo suelen prolongarse hasta el agotamiento físico y psíquico y, cuando concluyen, los consumidores caen en fases de sueño prolongado y posteriormente experimentan sensaciones muy intensas de fatiga y depresión. Los vínculos sociales estables y normalizados se fragilizan y, en la mayor parte de los casos, se rompen. Esta cadena de desvinculaciones y rupturas marginaliza progresivamente a los consumidores o profundiza y consolida la usual marginalidad previa al consumo. El consumo comporta problemas importantes de todo tipo (laborales, legales, de relación y de salud), más graves y agudizados cuando se utilizan vías de absorción rápida, y buena parte de los consumidores llegan a situaciones insostenibles que no pueden resolver por sí mismos.

Este tipo representa el 33% de la submuestra de clorhidrato de cocaína por vía intranasal de Cochabamba (además, casi la mitad de estos consumidores son alcohólicos) y el 85% de la de pasta de coca.

Los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, aunque comparten los rasgos definitorios del tipo, presentan, en general, perfiles más normalizados y muestran consecuencias derivadas del consumo menos graves que los de los otros derivados y métodos de administración.

En el tipo compulsivo de la submuestra de pasta de coca pueden diferenciarse las siguientes situaciones (subtipos):

- A. "Chicos de la calle" (19% del tipo; 16% de la submuestra): niños y adolescentes que viven en la calle en grupos organizados y jerarquizados que constituyen una subcultura.
- B. Exclusivos de pasta de coca: representan el 48% del tipo y el 41% de la submuestra.
- C. Consumidores compulsivos de pasta de coca que también consumen o han consumido con alguna regularidad clorhidrato de cocaína por vía intranasal (representan el 24% del tipo y el 21% de la submuestra).
- D. Consumidores compulsivos de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (9% del tipo; 7% de la submuestra).

Todos de los entrevistados que componen la submuestra de crack de São Paulo y las de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa de São Paulo y Río de Janeiro son compulsivos. Entre los consumidores por vía intravenosa pueden diferenciarse dos subtipos: los que logran mantener ciertos vínculos sociales (laborales y familiares), aunque sea precaria y conflictivamente, y los que no. En la submuestra de São Paulo ambos subtipos se encuentran representados en la misma proporción; en Río de Janeiro los que logran mantener dichos vínculos constituyen el 25% de la muestra. En este último caso, en esta cuarta parte de la muestra de Río de Janeiro, aunque el consumo intravenoso parece que sigue siendo central, se observa un consumo simultáneo muy intenso o compulsivo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal.

Por último, los entrevistados de la submuestra de hoja de coca de Cochabamba han sido clasificados en dos tipos: tradicional e instrumental.

Tradicional

La hoja de coca es central en su estilo de vida y, en general, mantiene su carácter sagrado (ver su definición en la nota al pie número 2 de este mismo capítulo). Desempeña múltiples funciones y su consumo y diversos usos están plenamente integrados en la cultura tradicional y en la cosmovisión andina: instrumental-energético, íntimamente asociado al trabajo que realizan (para incrementar el rendimiento y para combatir el cansancio, el sueño y el frío); medicinal: para tratar enfermedades orgánicas y para diagnosticar y tratar enfermedades delimitadas culturalmente; mágico-religioso: para comunicarse con el mundo sobrenatural y conseguir su protección; social: para mantener la cohesión social y la cooperación entre los miembros de la comunidad y como mediador en las relaciones de sociabilidad. En este tipo estos usos se mantienen, aunque en diferentes grados.

El consumo se inicia al final de la adolescencia con la incorporación a la vida laboral y el patrón de consumo (cantidades bajas y frecuencia de consumo diaria) se mantiene relativamente estable a lo largo del tiempo. Todos los consumidores valoran los efectos beneficiosos de la hoja de coca y su importancia ritual y simbólica; ninguno de ellos refiere problemas, efectos o consecuencias negativos.

Este tipo representa el 66% de la submuestra de hoja de coca. En este tipo se pueden diferenciar tres subtipos según el grado de ajuste al modelo tradicional de uso: un primer subtipo en el que perviven con escasas modificaciones todos los rasgos caracterizadores del modelo tradicional (representa el 55% del tipo y el 36% de la submuestra); otros dos subtipos en los que se privilegia alguno de los usos: mágico-religioso (21% del tipo y el 14% de la submuestra) y social (24% del tipo y el 16% de la submuestra).

Instrumental

Modelo de uso que presenta modificaciones debidas a procesos de aculturación y de adaptación a formas de vida de la sociedad moderna. Es más frecuente en ámbito urbano y la hoja de coca y sus usos no tienen una importancia central en el estilo de vida. Como resultado de estos procesos de aculturación y adaptación algunos usos tradicionales son irrelevantes o se han perdido y otros han variado su significado y dimensión originales. Estos consumidores no siguen estrictamente los rituales tradicionales, aunque asimilan parte de ellos, y, a veces, los reelaboran completamente. El rasgo básico caracterizador es un uso descontextualizado, aunque en diversos grados, y particularizado: énfasis en un determinado uso, con una función estrictamente instrumental (energética, social-recreacional, medicinal), y relativa exclusión de los restantes.

Aunque el patrón de consumo se asemeja al descrito en el tipo tradicional presenta diferencias importantes, además de las ya señaladas en la definición: menor o inexistente vinculación con la actividad laboral; regularidad del consumo pero con una menor frecuencia; consumo de cantidades más elevadas en situaciones y momentos concretos. La vinculación de la hoja de coca con la cosmovisión andina tradicional aunque está presente aparece difuminada. A pesar de estas diferencias, todos los consumidores clasificados en este tipo valoran los efectos beneficiosos de la hoja de coca y ninguno de ellos cita efectos o consecuencias negativas.

Este tipo representa el 44% de la submuestra y en él también se pueden diferenciar tres subtipos según el uso predominante o exclusivo de la hoja de coca: energético (60% del tipo; 20% de la submuestra); social-recreacional (27% del tipo; 9% de la submuestra); medicinal (respectivamente, 13% y 5%).

4. Historia del consumo de drogas

4.1 Carreras de consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Más de la mitad de los entrevistados desconoce cualquier tipo de droga ilegal. Sólo una minoría ha visto alguna vez el clorhidrato de cocaína y algunos la pasta de coca. Excepto uno de ellos, los entrevistados que dicen haber visto los derivados de la coca ahora citados dijeron también: "pero yo no los he probado".

En la lengua quechua, lengua materna de casi la mitad de los entrevistados, no existe el concepto de droga. Entre los entrevistados de origen quechua o aymara bilingües y en los de estrato social bajo, la palabra "droga" se asocia exclusivamente con el clorhidrato de cocaína. Esta relación asociativa es, probablemente, algo mucho más generalizado ya que se transmite desde todos los medios de comunicación existentes. Estos mismos entrevistados muestran su sorpresa al conocer que el alcohol, determinados fármacos y otras sustancias con las que están más o menos familiarizados forman parte de la categoría "droga (psicoactiva)".

El consumo de alcohol aparece implícitamente como el más importante para la mayoría de los entrevistados. Esto es así porque dicho consumo se mantiene, de una manera u otra, a lo largo de la vida. El consumo de tabaco parece ser menos importante. Un aculicador minero dice "ya no consumo tabaco porque lo hacía sólo cuando estaba en la mina". Solamente un entrevistado, estudiante universitario, dijo haber experimentado con diversas drogas, incluidas la pasta de coca y el clorhidrato de cocaína, antes del inicio del acullico.

A pesar de lo afirmado en relación al consumo de alcohol, los entrevistados dicen preferir el acullico de hoja de coca (recuérdese que en ningún caso es considerado como el consumo de una droga).

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados tiene conocimiento de varias sustancias psicoactivas; de éstos, casi todos han consumido otras drogas antes del inicio del consumo de pasta de coca.

El alcohol es la droga que con mayor frecuencia ha sido consumida antes de la pasta de coca, seguida por el tabaco; en menor proporción, han consumido marihuana e inhalables en el caso de los chicos de la calle. La marihuana tiene un lugar importante en la iniciación de las drogas ilegales, ya sea sola o combinada con el alcohol, y constituye la droga ilegal de inicio para la mayoría de los consumidores disfuncionales. La pasta de coca sólo ha sido la droga de inicio para un número muy reducido de entrevistados.

Las principales drogas consumidas con posterioridad al inicio en el consumo de la pasta de coca son: alcohol, clorhidrato de cocaína y marihuana. Con mucha menos frecuencia, han consumido sustancias inhalables, tranquilizantes, cactus alucinógenos y LSD. Casi una cuarta parte no ha probado ninguna sustancia más después de la pasta de coca: "después de la 'base' (pasta de coca), el resto pierde su interés"

Aunque más de un tercio (39%) de los entrevistados ha consumido cocaína por vía intranasal a lo largo de la vida, como derivado secundario, la mayoría de ellos había dejado el consumo de esta sustancia cuando fue entrevistada. En cambio, la

marihuana, tanto si se empezó a consumir antes o después de la pasta de coca, se continúa consumiendo. Con el alcohol ocurre lo mismo. Las bebidas más nombradas son la chicha (bebida tradicional que se produce por fermentación del maíz), cerveza, destilados e, incluso, alcohol puro.

Las drogas consideradas como más importantes (usualmente, las consumidas con una mayor frecuencia y/o continuidad en el tiempo) por los entrevistados son, en orden decreciente: pasta de coca, alcohol, marihuana, clorhidrato de cocaína por vía intranasal y, minoritariamente, inhalables (estas sustancias desempeñan una función central en el estilo de vida de los niños y jóvenes que viven en las calles y el río); en algunos casos excepcionales, cactus alucinógenos y LSD. La consideración de los alucinógenos como drogas más importantes por los entrevistados se debe a una específica valoración del contexto y ritual de consumo.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Casi todos los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal conocen un amplio número de drogas.

Antes del clorhidrato de cocaína la tercera parte de los entrevistados había consumido alcohol y marihuana; y de forma minoritaria, psicofármacos, pasta de coca y alucinógenos, naturales y sintéticos. La mayoría de los entrevistados de los tipos recreacional e instrumental sólo había consumido antes alcohol y tabaco. En cambio, más de la mitad de los disfuncionales había consumido marihuana y otras drogas, como psicofármacos y alucinógenos.

Después del primer consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal los entrevistados se iniciaron en el consumo de las siguientes drogas: pasta de coca (una cuarta parte), alcohol, psicofármacos; y muy minoritariamente, heroína y marihuana. Algunos entrevistados han consumido un amplio número de drogas y casi una tercera parte no se inició en el consumo de otras drogas después del primer consumo de clorhidrato de cocaína.

La mayoría de los entrevistados afirma que el clorhidrato de cocaína es la droga más importante de las consumidas. El alcohol y la marihuana son las drogas principales para una minoría. Casi la mitad de los consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína son también consumidores compulsivos de alcohol.

Los entrevistados que habían consumido pasta de coca antes que clorhidrato de cocaína abandonan normalmente el consumo de pasta de coca porque esta droga, según ellos, y en relación al clorhidrato de cocaína, es más adictiva y ansiógena. Además, existe otro factor, frecuentemente señalado, para explicar este abandono: el consumo de pasta de coca es más advertible a causa del olor, que "impregna" al sujeto; también, por la necesidad que comporta de consumir en intervalos cortos.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de la muestra conocía un amplio número de drogas: alcohol, tabaco, marihuana y otros derivados de la cannabis, estimulantes, barbitúricos, tranquilizantes menores, LSD, heroína y solventes orgánicos (inhalables).

Antes de los derivados de la coca (consumo fumado o inhalado de crack o de clorhidrato de cocaína) la mayoría había usado marihuana y otros derivados de la cannabis; casi una cuarta parte, alcohol; una minoría heroína y barbitúricos. Solamente un entrevistado no había consumido ninguna droga antes del clorhidrato de cocaína.

Sobre las drogas usadas después de haberse iniciado con el clorhidrato de cocaína o el crack, casi la mitad de la muestra empezó a usar heroína para contrarrestar los efectos; de forma minoritaria, algunos entrevistados se iniciaron en el consumo de alcohol y marihuana.

Después de haber iniciado el consumo de clorhidrato de cocaína o de crack una minoría dejó de consumir alcohol y, algunos casos, marihuana y heroína. La mayor parte de la muestra continuó usando otras drogas.

La mayor parte de la muestra, en una proporción similar, ha consumido como drogas preferidas (es decir, las que consideran más importantes): crack, clorhidrato de cocaína (fumado o inhalado) o marihuana a lo largo de la vida. Sólo algunos casos mencionan a la heroína como droga más importante.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Los entrevistados, tanto los consumidores de crack como los de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, conocen las mismas drogas. La marihuana es citada por todos los entrevistados, seguida por los fármacos psicoactivos. Entre estos últimos, los más citados son los anticolinérgicos y los anfetamínicos.

Las drogas menos citadas fueron las que no forman parte de la cultura de drogas en Brasil, como: opio, mescalina, éxtasis, heroína y morfina. En general, estas drogas sólo fueron citadas por consumidores que habían estado en otros países.

La marihuana es la principal droga consumida antes del inicio del consumo de derivados de la coca, seguida por los solventes (inhalables) y los fármacos psicoactivos ya citados. En este aspecto no existen diferencias entre las dos submuestras, crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa. Los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa muestran un uso anterior de otras drogas, principalmente anfetaminas, por esta vía. Este hecho no ha sido detectado en los consumidores puros de crack.

El inicio de consumo de los derivados de la coca, tanto para los consumidores de crack como para los de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, se produce casi invariablemente con el clorhidrato de cocaína por vía intranasal. El paso de esta forma de uso a otras parece estar íntimamente ligado a la búsqueda constante de nuevas sensaciones. La curiosidad, la expectativa de una sensación más intensa es lo que parece llevarles a cambiar de vía de administración.

Yo había oido hablar de que la 'locura' (equivale a efecto muy positivo) de la cocaína (por vía) intravenosa era mayor que la de aspirar. Si aspirar (clorhidrato de cocaína) ya era bueno, imagínate la cocaína intravenosa, ¡debe ser excelente! (I19SP)

Los consumidores que han sustituido el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína por el de crack casi siempre abandonan todas las otras drogas. Algunos explican que esporádicamente usan marihuana y/o aspiran clorhidrato de cocaína, o también consumen alcohol, pero la frecuencia con que consumen estas drogas es baja.

Después del crack no hay espacio para ninguna otra droga. (K16SP)

Después del crack nada se le iguala. Hasta hoy sólo crack. Si yo tuviera 'harina' (clorhidrato de cocaína) no la aspiraría, la haría 'piedra' (crack). Si yo tuviera marihuana la vendería para comprar 'piedra'. (K30SP)

Los consumidores de crack le demuestran una gran "fidelidad". Esa propiedad "arrebatadora" del crack parece manifestarse en todo lo que se relaciona con su consumo.

La mayor parte de los que optan por el clorhidrato de cocaína por vía intravenosa mantienen o inician el consumo de alcohol. Algunos explican que esporádicamente consumen marihuana, pero el alcohol parece ser una constante.

Después de la cocaína (clorhidrato, por vía) intravenosa pasé a usar mucho alcohol y la marihuana, al poco tiempo, fue disminuyendo hasta parar. (I13SP)

Algunos siguen consumiendo clorhidrato de cocaína por vía intranasal, pero se trata de un uso esporádico. En general, el consumo del clorhidrato de cocaína por esta vía es una alternativa en lugares donde fumar crack o consumir clorhidrato de cocaína por vía intravenosa no es posible.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Todos los entrevistados habían consumido otras drogas antes de iniciar el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína. Las drogas más utilizadas son la marihuana y las bebidas alcohólicas. También, todos habían consumido clorhidrato de cocaína por vía intranasal.

Casi la mitad de los hombres ha experimentado con algún tipo de alucinógeno (LSD y hongos). Más de la mitad de las mujeres ha consumido algún tipo de fármaco psicoactivo.

4.2 Valoración de las drogas y consecuencias del consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Como ya ha sido citado la hoja de coca no es considerada como una "droga" por los entrevistados, especialmente por los campesinos. La palabra "droga" para estos últimos está asociada al daño a la salud y el acullico es visto como algo "natural y necesario". La mayor parte de los entrevistados opina que el alcohol es la droga que causa mayores daños: "el alcohol hace daño y emborracha, la (hoja de) coca no" (H083CB).

Una cuarta parte de los entrevistados ha tenido problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, en diversos grados. Estas situaciones se producen especialmente en el ámbito urbano; ilustrativamente: "yo me siento mal, porque mucho me duele mi costilla por tomar mucho alcohol".

Hay que destacar que algunos de los campesinos entrevistados consideran a la chicha (bebida alcohólica hecha de maíz fermentado) como algo diferente a "bebida alcohólica". Estas son algunas respuestas ilustrativas: "la chicha de aquí no me gusta porque tiene alcohol"; "me gusta la chicha, no así las bebidas alcohólicas".

Pasta de coca (Cochabamba)

De las drogas consumidas, a la mayoría le gusta más la pasta de coca por sus efectos. Siguen en orden de preferencia la marihuana, el clorhidrato de cocaína y los pegamentos (inhalables).

Las drogas que menos les han gustado a una parte importante de los entrevistados son: la marihuana, por haber tenido experiencias desagradables con ella (se refieren

principalmente a alteraciones de la conciencia y sensopercepción: "me hizo poner como loquito"); y el clorhidrato de cocaína, por su efecto mucho menos intenso ("debería consumir cantidades industriales para sentir su efecto").

La pasta de coca es considerada por algunos como la que menos les gusta, por las consecuencias que su consumo comporta a largo plazo. Estos casos coinciden con los entrevistados que señalaron a la marihuana como la droga más importante.

Una minoría señala a los inhalables como desagradables por sus efectos en la salud; al LSD, cactus y hongos alucinógenos por producir alteraciones sensoperceptivas.

Aproximadamente una cuarta parte de los entrevistados ha tenido problemas por el consumo de otras drogas distintas de la pasta de coca⁽¹⁵⁾. La mayoría de ellos se debe al consumo de alcohol y, entre los chicos de la calle, de inhalables. Los problemas relacionados o causados por las drogas que se mencionan son básicamente la confrontación con la ley (agresiones, arrestos, etc.), la conducta delictiva, la marginalidad y el rechazo familiar y social.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

El clorhidrato de cocaína es la droga valorada como más importante por los entrevistados. Esta valoración se fundamenta en que sus efectos positivos son mucho más amplios que los de las otras drogas; también por el contexto de consumo: festivo y asociado generalmente, sobre todo por los consumidores de los tipos recreacional e instrumental, a ambientes de gente adinerada e intelectuales. Asimismo, el clorhidrato de cocaína es valorado positivamente por los entrevistados porque les potencia la sensación de lucidez, por la euforia que produce y el relajamiento.

En el contexto de consumo ya citado, festivo, el alcohol desempeña un papel destacado y así es valorado por los entrevistados, sobre todo por los consumidores de los tipos recreacional e instrumental.

La droga menos apreciada es la pasta de coca por su poder adictivo y el temor al "descontrol", por la "impregnación" que produce y por la ansiedad. En mucho menor proporción, es la marihuana por los efectos de "paranoia" que produce su consumo.

Cerca de un tercio ha tenido problemas por el consumo de drogas, principalmente con el alcohol (casi la mitad de los de tipo disfuncional son alcohólicos) y, en menor proporción, con la pasta de coca.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayoría de los entrevistados valora más positivamente los efectos del clorhidrato de cocaína o del crack que los de las otras drogas que han consumido a lo largo de la vida. Sólo una minoría expresa su preferencia por los efectos de otras drogas: marihuana, heroína, alcohol y tabaco. Algunos casos indican que no tienen ninguna preferencia especial por alguna droga. La mitad de los que prefieren el clorhidrato de cocaína o el crack señala que esta preferencia se debe a las sensaciones de felicidad, superioridad, euforia o relajación producidas por el consumo, ilustrativamente: "me da mucho placer y energía" (CK12IN); "obtengo mucha más euforia con ella que con otras drogas" (CK17IN); "me hace sentir superior y agudiza mi memoria" (CK18IN); "(me siento) feliz, en la cima del mundo" (CK20IN).

(15) En este capítulo no se analizan los problemas causados por el derivado de la coca y/o método de administración principales. Estos son tratados ampliamente en el capítulo 8.

Los que prefieren la marihuana dan razones como: "mejora mi memoria" (CK13IN); "crea menos adicción (que el clorhidrato de cocaína o el crack) y es barata" (CK14IN); "no produce pérdida de peso. Me permite comer y dormir adecuadamente" (CK30IN). Los que prefieren la heroína aportan todos la misma razón: "me gusta el efecto de euforia" (CK27IN). Respecto al alcohol destacan sus efectos sedantes y soporíferos, ilustrativamente: "me calma, enfriá mi cabeza" (CK01IN).

En referencia a las drogas que les han gustado menos, más de un tercio de los entrevistados menciona a la heroína; una cuarta parte a la marihuana y una minoría menciona el alcohol y el clorhidrato de cocaína o el crack. Muy pocos se refieren al tabaco y al LSD. Las razones aportadas por los entrevistados para considerar a la heroína como la droga que les ha gustado menos se refieren uniformemente a sus efectos "destructivos". De igual forma, la marihuana fue valorada negativamente por "causar dolor de cabeza", "irritación de los ojos", "pérdida de equilibrio" o "aumento del apetito". Una minoría indica que ninguna droga les gusta más que otras o no realizan ninguna valoración negativa de ninguna de ellas.

Más de la mitad de los entrevistados ha tenido problemas con el alcohol. Sólo una minoría refiere problemas por el consumo de marihuana o de heroína. Asimismo, otra minoría no ha tenido problemas con ninguna droga.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayor parte de la muestra identifica a los derivados de la coca como las drogas más importantes de su vida: crack o clorhidrato de cocaína por vía intravenosa. En general, en sus valoraciones del crack, los entrevistados incluyen los dos polos de una dicotomía: "es el bien y el mal"; "es buena y perversa"; "trae la felicidad y la desgracia".

(El crack) es la (droga) más importante en todos los sentidos: es sabroso, te aniquila, corrompe tus relaciones y el trabajo, pero no puedes vivir sin él, es una pasión. Es el bien y el mal juntos. (K08SP)

Otras drogas citadas como importantes son la marihuana, el alcohol y los fármacos psicoactivos, sobre todo anticolinérgicos y anfetaminas.

Las razones que expresan los entrevistados para destacar la importancia de una determinada droga en sus vidas suele referir a valoraciones positivas de los efectos, descritos habitualmente de forma figurada.

(El crack) es una euforia indescriptible. La gente se siente tan bien que olvida que está desempleada. (K09SP)

Adoro el crack. Me transporta a otro mundo. (K02SP)

Las drogas menos apreciadas son, en primer lugar, los fármacos con propiedades anticolinérgicas. También son citados los solventes (inhalables) y el LSD, pero con una menor frecuencia que los anteriores. Las razones que aportan los entrevistados para explicar el rechazo a todos ellos son sus efectos alucinógenos, descritos como desagradables.

La mayoría de los entrevistados no se refiere a las consecuencias de otras drogas. Un pequeño porcentaje cita el alcohol y los fármacos psicoactivos como los principales causantes de problemas. Al alcohol le atribuyen más problemas sociales que de salud.

Llegué a tomar una botella de "Velho Barreriro" (destilado alcohólico) por día. Perdí a mi familia (mujer e hijos). (I13SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Las drogas consumidas que los entrevistados valoran más positivamente o que han sido más importantes en su vida son, en orden decreciente: marihuana; clorhidrato de cocaína por vía intranasal y alucinógenos; minoritariamente, alcohol, clorhidrato de cocaína por vía intravenosa⁽¹⁶⁾ y todas las drogas, sin distinción.

Asimismo, las drogas menos valoradas o que menos les gustaron de las que habían consumido son: marihuana, psicofármacos y alcohol; y en porcentajes menores: heroína/morfina, alucinógenos, clorhidrato de cocaína, crack e inhalables.

4.3 Policonsumo: derivados de la coca y otras drogas

Hoja de coca (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados responde que el consumo simultáneo de hoja de coca con alcohol es indispensable "para darle sabor al 'pijchu' (bola de hojas de coca)".

Respecto a la relación entre el acullico y el consumo de alcohol es necesario diferenciar los contextos laborales de los de sociabilidad. Cuando se acullica en el trabajo el consumo de alcohol es muy limitado y forma parte de las prácticas rituales que preceden al inicio de la actividad laboral; en otras situaciones de sociabilidad el consumo de alcohol puede ser elevado.

Las cantidades de alcohol consumidas simultáneamente o consecutivamente con la hoja de coca varían considerablemente: "un trago solamente"; "dos botellas de singani (destilado alcohólico) entre 8 personas". Existen variaciones en las preferencias de la bebida con que se acompaña el acullico, aunque la mayoría prefiere hacerlo con chicha: "la chicha hace al 'pijchu' más dulce; la lejía no puede faltar".

Al preguntarles sobre la bebida que se complementa peor se obtuvieron respuestas muy dispares. Al parecer, esto obedece solamente a preferencias personales.

Sólo un entrevistado afirma que el consumo excesivo de alcohol le llevó a acullicar aún más: "yo dormía en la calle por borracho y ahí aprendí a tomar (alcohol) y a 'pijchar' (acullicar) más".

No siempre se fuma tabaco cuando se acullica. Sólo en los rituales de ofrenda y en situaciones muy específicas fumar es indispensable como parte del ceremonial. Algunos entrevistados no fuman en ninguna otra ocasión.

El uso de otras drogas (exceptuando el alcohol y el tabaco) es muy minoritario entre los acullicadores entrevistados.

Pasta de coca (Cochabamba)

El consumo de pasta de coca está ligado al de tabaco y/o marihuana, que son necesarios para su combustión. Con el alcohol se asocia en la mayoría de los casos. Las tres sustancias: alcohol, tabaco y marihuana, están en general muy relacionadas con el consumo de la pasta de coca.

(16) Para interpretar correctamente este resultado debe tenerse en cuenta que en la mayor parte de las entrevistas, por un error de interpretación, no fue considerado el método principal de administración del clorhidrato de cocaína (consumo intravenoso).

Se señala al alcohol como la droga que mejor complementa a la pasta de coca porque ésta "regula la borrachera"; y el alcohol "apacigua los nervios", "tranquiliza" y, sobre todo, "quita la paranoia". Los que asocian la pasta de coca con la marihuana expresan razones parecidas: "quita la 'perse' ("la perseguidora", corresponde a paranoia en el sentido de sentirse perseguido)", "da tranquilidad", "mejora el sabor".

Un entrevistado dice que combina la pasta de coca con benzodiacepínicos con el mismo propósito que ha sido descrito para el alcohol. Otro entrevistado, de cultura quechua, señala al 'pijchu' como el mejor complemento de la pasta de coca porque "el efecto se hace más agradable y duradero".

La mayoría dice que no sabe qué drogas combinan peor con la pasta de coca. Sólo una minoría afirma que son la marihuana, inhalables, clorhidrato de cocaína y cactus alucinógenos. Todos ellos indican que la mezcla con estas drogas les produce pérdida de contacto con la realidad, conducta caótica y alteraciones sensoperceptivas.

Para neutralizar los efectos negativos de la pasta de coca, como la ansiedad ligada a la paranoia, la mayoría utiliza el alcohol y menos frecuentemente la marihuana. Con estas drogas pueden contrarrestar los efectos; es decir, consumiendo en forma alternada pasta de coca y alcohol desaparece la paranoia y la embriaguez, de manera que la sesión de consumo puede prolongarse muchas horas.

Los entrevistados no suelen precisar las cantidades de alcohol consumido en cada sesión. No obstante, los datos obtenidos indican cantidades que oscilan entre 100 y 500 cc de alcohol puro. La cantidad de alcohol está en relación con la cantidad de pasta de coca consumida. Sobre la marihuana, sólo de dispone de un dato que indica que se utilizan de 2 a 3 onzas (36 a 48 gramos) por sesión de consumo (ésta puede durar varios días).

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

El alcohol es consumido conjuntamente o alternadamente con el clorhidrato de cocaína por la práctica totalidad de entrevistados. El consumo de tabaco también es muy frecuente. Una minoría consume clorhidrato de cocaína con marihuana porque, según ellos, mejora los efectos y disminuye la paranoia. Son pocos los que sólo consumen clorhidrato de cocaína en la misma sesión.

El consumo alternado o sucesivo de drogas es realizado en todas las sesiones de consumo por un tercio de los entrevistados. Casi la mitad lo realiza frecuentemente; y el resto, sólo ocasionalmente.

En algunos casos, excepcionales no tanto por la mezcla en sí sino por la expectativa, se mezcla la marihuana con un poco de clorhidrato de cocaína y se fuman juntos porque "da la misma sensación que cuando se mezclan la heroína y el clorhidrato de cocaína". Según un entrevistado "la marihuana tiende a bajar un poco, entonces eso logra una nivelación". Para algunos, la única mezcla deseable es la de clorhidrato de cocaína y heroína (denominada habitualmente *speed ball*).

Según los entrevistados, las drogas que peor combinan con el clorhidrato de cocaína son la pasta de coca, el café y las anfetaminas. Sólo una entrevistada cita la marihuana y el LSD.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de los entrevistados afirma que es una práctica común combinar otras drogas con los derivados de la coca, especialmente con el alcohol. Sólo una pequeña

minoría indica que raramente combina los derivados de la coca (clorhidrato de cocaína y crack) con otras drogas.

Las razones que dan para consumir combinaciones de drogas son la experimentación y el deseo de aumentar los efectos. Las drogas más citadas que se consumen conjuntamente, o sucesivamente, en la misma sesión de consumo con el crack o el clorhidrato de cocaína son: alcohol, tabaco, marihuana, tranquilizantes menores y heroína.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de los entrevistados consume también alcohol y alguna otra droga para potenciar o regular los efectos del clorhidrato de cocaína. Además, consideran que esto es frecuente en la mayor parte de los consumidores.

El alcohol alivia y relaja sin interferir en los efectos agradables del clorhidrato de cocaína:

La mezclaba con vodka, porque así tenía un 'viaje' (experiencia) más tranquilo. (I23SP)

Para otros, el alcohol desempeña la función opuesta; es decir, su consumo es percibido como potenciador de efectos.

El alcohol es la droga que más se complementa con la cocaína (clorhidrato por vía) intravenosa porque prolonga la 'locura' (los efectos). (I12SP)

La mayoría considera que el alcohol es la droga que mejor combina con el consumo intranasal o intravenoso de clorhidrato de cocaína. La marihuana y el tabaco también se citan, aunque asociados al consumo de alcohol.

Casi todos los consumidores afirman que para consumir clorhidrato de cocaína por vía intravenosa **es necesario** consumir alcohol. Según se constata, no sólo por las propiedades depresoras del alcohol sino, preferentemente, para contrarrestar la intensa sequedad de la boca que produce el consumo intravenoso.

La mayoría considera que los fármacos son incompatibles, especialmente tranquilizantes y ansiolíticos, porque interfieren en los efectos agradables del consumo.

También los solventes (inhalables) y la marihuana son citados como incompatibles con el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa.

En el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína no parece existir ninguna mezcla con otra droga utilizando la misma vía; la mayor parte de los entrevistados desconocen esta posibilidad. Sin embargo, dos entrevistados declararon un uso inusual de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa con psicofármacos. Uno de ellos dijo haber mezclado un derivado anfetamínico y el otro hizo uso de una droga con propiedades anticolinérgicas.

Crack (Sao Paulo)

Casi todos los consumidores explican que sienten un deseo muy intenso de fumar tabaco cuando consumen crack.

Además del tabaco, algo menos de la mitad consume también otras drogas, siendo la marihuana y/o el alcohol las preferidas. Los tranquilizantes y el clorhidrato de cocaína

por vía intranasal también se citan como drogas asociadas al consumo de crack, pero no parece ser lo usual.

El alcohol y/o la marihuana se consumen para relajarse y para potenciar o prolongar los efectos positivos y/o neutralizar los efectos negativos.

Los tranquilizantes se usan preferentemente para poder dormir. En general, las otras drogas no se utilizan combinadamente de forma habitual ya que no se complementan bien. La única excepción, para algunos consumidores, es el alcohol y en segundo lugar, la marihuana.

No obstante, el crack aparece con un carácter de "absoluto" en la vida de más de la mitad de los consumidores: "consumir crack, es sólo crack".

El crack es completo, tú no quieres saber nada de otra (droga), sólo de él.
(K01SP)

Para estos consumidores el consumo conjunto de crack y otras drogas distorsiona negativamente los efectos del crack.

Creo que juntarlo con otra droga quita la pureza de las sensaciones. Ya experimenté con la marihuana y me quedé frustrado. Priva de la belleza del crack. (K36SP)

Ese carácter totalizante parece que se debe más a la intensa compulsión que provoca el consumo, que a las "maravillosas sensaciones" de sus efectos. No hay espacio para pensar en otra droga.

Quien consume crack gasta todo el dinero en 'piedras', no se gasta en otra cosa. (K04SP)

Las opiniones sobre las drogas que se complementan mejor o peor, tanto entre los consumidores de crack como de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, muchas veces no se refieren al propio consumo sino al de otras personas que forman parte del ambiente de consumo de los entrevistados.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

El consumo de otras drogas durante o inmediatamente antes o después del uso de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa es común entre los entrevistados. La mayoría de los entrevistados utiliza bebidas alcohólicas durante las sesiones de consumo. Otra droga bastante utilizada es el tabaco, seguida en importancia por la marihuana. Al uso del tabaco, en general, no se le atribuye ninguna función en relación a los efectos del clorhidrato de cocaína, siendo su uso independiente del consumo de derivados de coca. No ocurre lo mismo en relación al alcohol y la marihuana, cuyo uso cubre una importante función de control de los efectos del clorhidrato de cocaína. La marihuana es utilizada para reducir el efecto de estimulación del clorhidrato de cocaína; el alcohol es utilizado con este mismo objetivo y, según bastantes entrevistados, también como potenciador de la estimulación. Para la mayoría el uso del clorhidrato de cocaína es concomitante con el uso de alcohol y con las mismas funciones e importancia ya descritas en el caso de São Paulo.

Es casi cierto que quien usa coca (clorhidrato de cocaína) usa alcohol, es una cosa que va junta. (I05RJ)

"La cervecita casa muy bien con la coca (clorhidrato de cocaína). Se hace así, te inyectas para salir y tomas alcohol; después que bebes, te inyectas y después de otra inyección bebes, y así vas. (I09RJ)

En los casos en los que se especifica sobre las bebidas alcohólicas, los entrevistados afirman que el aguardiente es la bebida que peor combina con el clorhidrato de cocaína porque incrementa la sensación de sequedad en la boca y fomenta la agresividad.

El consumo de marihuana en la misma sesión es valorado negativamente por otros entrevistados porque contrarresta los efectos del clorhidrato de cocaína:

La marihuana es la que peor combina porque inhibe la acción del 'pico' (consumo intravenoso). (I29RJ)

Un entrevistado citó al LSD como la droga que peor combina con el clorhidrato de cocaína.

Sólo una pequeña minoría (3 casos) hizo referencia al consumo combinado de clorhidrato de cocaína con otras drogas por vía intravenosa, concretamente con LSD y con un derivado anfetamínico (pervitin).

El pervitin es líquido y destila la cocaína (clorhidrato). El efecto es muy semejante (no varía, pero) aumenta el tiempo de duración del efecto. (I20RJ)

Yo me inyecté (clorhidrato de cocaína) con agua que contenía un LSD. Fue la mayor depresión que tuve (en mi vida). (I10RJ)

5. Inicio del consumo de los derivados de la coca

En los diferentes apartados de este capítulo se describen y analizan todos los aspectos relativos al primer día de consumo.

5.1 Edad y año de inicio

Hoja de coca (Cochabamba)

La edad promedio de inicio (primer día de consumo) es de, aproximadamente, 19 años. La mayoría de los entrevistados se inició antes de los 20 años. Más de un tercio de los campesinos lo hicieron antes de los 15 años.

Un tercio de los entrevistados se inició antes de los años sesenta, la mitad en las décadas de los años sesenta y setenta; y los restantes, en los años ochenta.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría se inicia muy joven, durante la adolescencia; y los chicos de la calle, en la infancia. La edad promedio aproximada de inicio es de 18 años.

La mayoría de los entrevistados inició su consumo en la década de los ochenta.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayor parte se inició en el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal antes de los 25 años. Excepcionalmente, algunos entrevistados han iniciado su consumo a edades más avanzadas (alrededor de los 38 años). La edad promedio aproximada de inicio es de 22 años.

Los entrevistados iniciaron su consumo, predominantemente, entre 1986 y 1990.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayoría de la muestra se inició antes de los 26 años; algo menos de la cuarta parte entre los 26 y los 30 años y una minoría después de los 30 años. La edad promedio aproximada de inicio es de 23 años.

La mayoría se inició en el consumo en la década de los ochenta, en el periodo en el que el tráfico de drogas se incrementó sensiblemente en Nigeria. Una cuarta parte empezó a consumir en los años noventa y sólo algunos casos se habían iniciado en los años setenta.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, de la misma forma que la mayoría de los consumidores de crack, se inician siendo aún muy jóvenes. La edad promedio de inicio de consumo está alrededor de los 20 años.

Debe destacarse que el crack, considerado frecuentemente como una droga de final de itinerario de consumo, entra en la vida de estas personas muy pronto. Esta constatación muestra que para algunos jóvenes el crack puede constituir ya la droga ilegal de inicio; y que otros, pasan a utilizarlo después de un periodo breve en el que han consumido un pequeño repertorio de otras drogas.

La mayoría de consumidores de crack se inició después de 1989. Este dato coincide con la información difundida por los medios de comunicación y por la policía que comenzaron a detectar el consumo a partir de ese año.

Una pequeña minoría de consumidores de crack se inició antes de 1989. Este dato indica que el crack ya existía en esa época en São Paulo, aunque muy poco difundido y limitado a círculos muy restringidos de la clase alta y media-alta (los que se iniciaron entonces, también pertenecían a esos estratos sociales), donde el consumo era totalmente oculto.

Un tercio de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa indica un inicio de consumo a finales de los años setenta y primeros ochenta; algo más de la mitad entre 1985-1990 y sólo una minoría entre 1990-1994. Este dato refuerza la hipótesis de que la incidencia de nuevos usuarios de clorhidrato de cocaína por esta vía ha disminuido. Las razones principales que explican este cambio son las siguientes: 1) la "conveniencia del crack"; es decir, aparentemente "más leve" y con una oferta muy grande y un acceso fácil, según los usuarios; 2) el riesgo de contraer el sida por la utilización de la vía intravenosa. Probablemente, estas razones están contribuyendo decisivamente en la disminución de la población que consume clorhidrato de cocaína por vía intravenosa en São Paulo y, correlativamente, en el aumento de usuarios de crack.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La edad promedio aproximada de inicio del consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa es de 18 años.

La mitad de los entrevistados comenzó a consumir clorhidrato de cocaína por vía intravenosa en los primeros años de la década de los ochenta y más de un tercio lo había iniciado antes, en los años setenta. Sólo una minoría inició el consumo después de 1985.

5.2 Contexto de inicio

Hoja de coca (Cochabamba)

El inicio en el acullico está asociado generalmente al trabajo, principalmente en las labores agrícolas y en las minas. No obstante, una parte relevante de los entrevistados se inicia en ceremoniales religiosos colectivos, velatorios y otros ritos.

La mayor parte de los entrevistados se inicia reproduciendo el comportamiento observado en familiares, compañeros de trabajo y, con menos frecuencia, amigos (forma parte del proceso de socialización en las zonas rurales). El inicio en el acullico en otros ámbitos de socialización es minoritario y sólo se da en las ciudades.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría se inicia en el consumo con amigos, más o menos íntimos, y una minoría con compañeros de actividad, con su pareja u otros familiares.

La mayoría se inicia en lugares públicos (bares, discotecas, chicherías) donde el consumo está siempre asociado al de alcohol; de igual manera, el ambiente de inicio es también festivo en los domicilios y otros lugares privados. En estas situaciones también está presente el consumo de alcohol.

Otro grupo de entrevistados, especialmente los chicos de la calle, se inicia en calles y plazuelas; en general, en relaciones de sociabilidad. Minoritariamente, en domicilios, cuarteles, cárceles o colegios.

Las actividades más frecuentes en las que se produce la iniciación son las de sociabilidad (bebiendo, en bares o fiestas, conversando y/o paseando con los amigos, etc.). Una minoría se inició en actividades laborales. Sólo uno se inició mientras estudiaba. En el grupo de chicos de la calle, una minoría se inició antes realizar un robo (uso instrumental para darse valor).

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría consumió por primera vez con amigos o conocidos. Una minoría se inició con colegas y compañeros de trabajo, algunos de ellos en posición jerárquica o respetada, por su poder o influencia. Algunos con compañeros de estudios. Otra minoría consumió la primera vez con su pareja y algunos se iniciaron estando implicados en el tráfico de algún tipo de droga. En el caso de las mujeres, casi todas ellas fueron iniciadas por el marido o el novio.

El consumo inicial se dio mayoritariamente en un ambiente festivo, tanto en ámbito privado (casas particulares) como público (bares y discotecas). Una minoría consumió en el lugar de trabajo o en la escuela.

En general, dado el ambiente mayoritario de inicio, el primer consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal aparece asociado al consumo de alcohol. Algunos entrevistados iniciaron su consumo cuando se preparaban para un examen, trabajando o para rendir mejor en un evento deportivo.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Casi todos los entrevistados fumaron o inhalaron crack o clorhidrato de cocaína por primera vez con amigos o personas conocidas. Una pequeña minoría se inició con compañeros de trabajo, consumieron solos o con parientes.

Más de una tercera parte de los entrevistados consumió la primera vez en ámbito privado (casas particulares). Una cuarta parte en restaurantes, bares y tascas. Los restantes, en similar proporción, consumieron en la escuela o centro de trabajo y en la calle.

La mayoría se inició en ambientes festivos y una tercera parte en otros ambientes de sociabilidad. Sólo una minoría se inició fuera de estos ambientes.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayor parte de los entrevistados consumió la primera vez con amigos; en general, con personas con las que ya se relacionaba el entrevistado para consumir otras drogas. De hecho, predominan los compañeros de consumo (el vínculo principal entre ellos es el consumo).

Por las propias características del consumo de crack o de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (utilización de jeringuillas, pipas, etc.) casi siempre se refieren a un lugar oculto o apartado en el que sólo estaban las personas que consumían. Son pocos los que dicen que consumieron solos la primera vez y/o en un local abierto, público.

Sobre las actividades que realizaban en esa ocasión, gran parte informa que se trataba de una reunión meramente social que es descrita como un ambiente relajado para conversar y escuchar música, pero cuyo principal objetivo era consumir droga.

Estas características del primer día de consumo son válidas tanto para los consumidores de crack como para los de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados ya utilizaba clorhidrato de cocaína por vía intranasal antes de iniciar el consumo por vía intravenosa. Conocían ambientes y personas que consumían por vía intravenosa y empezaron su consumo por esta vía precisamente a través de esos conocidos. Para la mayoría de los entrevistados la iniciación se desarrolló en ámbito privado, ya fuese en la casa del entrevistado o de amigos suyos, en fiestas o, predominantemente, en reuniones sociales donde el ambiente era amistoso y relajado. En algún caso, el inicio está relacionado con un contexto de comercialización del producto, con implicación directa del entrevistado en la red de tráfico. Asimismo, algunos entrevistados consumieron la primera vez en el lugar de trabajo. Casi la mitad de las mujeres inicia el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa al formar pareja con un consumidor que ya se inyectaba.

5.3 Forma de obtención

Hoja de coca (Cochabamba)

El primer día de consumo las hojas de coca les fueron proporcionadas por otra persona. Este hecho es una práctica habitual. Los que tienen las hojas de coca las reparten en el grupo y éstas están generalmente disponibles en todas las ocasiones de trabajo y en los rituales que realiza la comunidad.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría consiguió la pasta de coca mediante invitación de amigos, su pareja o conocidos. Una minoría la consiguió comprándola y muy pocos la obtuvieron como pago por algún tipo de trabajo realizado.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Casi todos fueron invitados. En general, las mujeres son invitadas por sus respectivas parejas. Sólo una minoría compró la cantidad consumida el primer día o la probó en actividades laborales; en este último caso, casi siempre se trata de actividades relacionadas con el tráfico.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Más de la tercera parte consumió la primera vez por invitación de amigos. Una cuarta parte consiguió la sustancia comprándola y en una proporción similar los entrevistados la obtuvieron mediante formas diversas. Una minoría la obtuvo como pago por algún trabajo o servicio.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de los consumidores entrevistados explica que la primera vez obtuvo la droga de la persona que les enseñó la nueva forma de uso (vía intravenosa en el caso del clorhidrato de cocaína) o el nuevo derivado (crack) y cómo consumirlo. Sólo una minoría los obtuvo comprándolos.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Más de la mitad de los entrevistados compró el clorhidrato de cocaína que utilizó el primer día de consumo intravenoso. La compra, a veces, se realizó entre un grupo de consumidores. En el caso de la mujeres, la mayoría obtuvo la primera dosis por invitación ("como regalo").

5.4 Cantidad de inicio y método de consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Las cantidades del primer día de acullico son variables: desde una cantidad mínima (0.4 gramos) hasta cantidades mayores, que de forma minoritaria pueden superar los 50 gramos. Lo más frecuente es que el día de inicio se consuman una o dos bolas⁽¹⁷⁾.

Pasta de coca (Cochabamba)

Las cantidades de inicio son pequeñas, en comparación con las que se reportan en el uso habitual o, especialmente, durante el periodo intensivo. La mayoría consumió menos de 1 gramo el día de inicio. En general, se trata de uno a tres cigarrillos ("pitillos) o pipas ("tocos") durante la fiesta. Muchas veces el "pitillo" se comparte con los amigos, pasa de uno a otro y al acabarse se enciende otro. Entre los consumidores que posteriormente tienen un consumo disfuncional se encuentran consumos iniciales más elevados. Los chicos de la calle son los que se iniciaron con las cantidades más altas, en relación al resto de la submuestra.

La forma más frecuente de iniciarse en el consumo es fumar la pasta de coca en un cigarrillo ("pitillo") y en menor grado en pipa ("toco").

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La cantidad promedio de inicio es aproximadamente de tres cuartos de gramo. La mayoría de los entrevistados consumió en la primera ocasión medio gramo, como máximo. Una tercera parte consumió de medio a 1 gramo.

La forma inicial de consumo de la mayor parte de los entrevistados es por aspiración intranasal. No obstante, una minoría se inició fumándola y, excepcionalmente, un caso por vía oral.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La cantidad consumida el primer día de consumo por la mayoría de los entrevistados fue de 1 gramo. Una cuarta parte consumieron 2 gramos.

El método de consumo mayoritario fue el "*free basing*" (ver nota al pie número 2 del capítulo 2). Una minoría consumió crack en pipa o cigarrillo de tabaco y algunos entrevistados fumaron clorhidrato de cocaína en cigarrillos con marihuana.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

A pesar de la general imprecisión en las respuestas puede afirmarse que la mayoría de los consumidores de crack consumió la primera vez de 0.5 a 3 gramos. Una minoría se refiere a un consumo superior a los 10 gramos. Los consumidores intravenosos de clorhidrato de cocaína utilizaron una cantidad menor; sólo una pequeña minoría (2 casos) consumió más de 1 gramo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La información obtenida respecto a las cantidades utilizadas la primera vez es poco precisa, principalmente porque los entrevistados utilizan patrones de medida que no

(17) Los consumidores regulares acostumbran a acullicar tres veces durante la jornada de trabajo y en cada ocasión se acullica una bola ("pijcho", en quechua). La bola se forma con, aproximadamente, 8 gramos de hoja de coca.

son homogéneos. No obstante, en general, la cantidad consumida el primer día de consumo intravenoso no suele superar el gramo⁽¹⁸⁾.

5.5 Conocimiento previo y razones para el consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Todos los entrevistados poseían un amplio conocimiento previo sobre la hoja de coca y las razones por las que se acullica. La mayor parte consumió la primera vez porque formaba parte del contexto, laboral o ritual, y una minoría lo hizo buscando los efectos medicinales.

La mayoría de los entrevistados, especialmente los acullicadores de tipo tradicional, afirma que la razón predominante en el primer consumo fue sentir los efectos energéticos del acullico.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría había oído hablar de la pasta de coca a sus amigos y padres y/o tenían conocimiento por los medios de comunicación. La información se refería a los problemas que causa la pasta de coca, sobre todo a nivel delincuencial: robos, violencia y marginación social. La cuarta parte de los entrevistados conocía los efectos de la pasta de coca por su contacto con el ambiente de consumidores y estaba al corriente de lo positivo y de lo negativo: observar a los intoxicados les causaba temor y curiosidad. Una minoría afirma que no tenía ningún conocimiento previo; y los restantes, sólo algunos casos, la conocían por su trabajo (relacionado con la elaboración o la distribución).

Las razones de consumo son muy variadas. Sin embargo, la curiosidad, el deseo de experimentar, constituyó para la mayoría la razón principal. Para algunos entrevistados el inicio se debe a que se presentó la oportunidad: alguien invita y aceptan, por experimentar. Para otros, el deseo de consumir y la curiosidad es mayor y buscaron la oportunidad para iniciarse.

(18) A partir de este punto y en los restantes capítulos de este informe, para evitar una reiteración innecesaria, cuando se describe o analiza la información relativa al clorhidrato de cocaína no se incluye la vía o método de administración. Debe entenderse, como figura en la cabecera que indica el inicio de cada tema, que en Ibadan el clorhidrato de cocaína siempre es fumado o inhalado; en Cochabamba, por aspiración intranasal; y en Río de Janeiro y São Paulo, por vía intravenosa. Estos métodos o vías de administración o consumo sólo son citados en el texto cuando es necesario para evitar que se produzcan confusiones (por ejemplo, referencias al consumo por vía intranasal en Ibadan) y, a veces, porque el redactado así lo aconseja, por razones de estilo. En el caso de la pasta de coca tampoco se incluye que se fuma (dado que se trata del método exclusivo de consumo, salvo raras excepciones) ni en el del crack que se fuma o inhala, por las mismas razones. Con el consumo de la hoja de coca ocurre lo mismo; no obstante, en este caso, a lo largo del informe y por razones de estilo, se utiliza muy frecuentemente la denominación del método de consumo (acullico) como sinónimo de consumo y acullicador como sinónimo de consumidor de hoja de coca, como ya ha podido constatarse. En cambio, aunque también supone una reiteración, en el informe se ha incluido siempre la denominación del derivado de la coca al que se está haciendo referencia; incluso en las citas literales extraídas de las entrevistas cuando éste no figuraba explícitamente o era citado de forma incompleta o confusa (en éstas, frecuentemente, también se ha incluido el método de administración).

La presión de grupo o de la pareja es otra razón importante para el inicio, aunque minoritaria. Está ligada a la necesidad de mostrar una imagen adecuada a las expectativas del grupo y de las personas afectivamente significativas para "no sentirse menos".

Los problemas familiares que son referidos como causa de tristeza, frustración, ansiedad, rabia, etc., fueron la razón principal para el primer consumo en una minoría de los consumidores disfuncionales.

En los niños de la calle, las razones acerca del primer consumo no son claras. Sin embargo, éstas hacen referencia sobre todo a: deseos de perder el miedo, olvidar problemas, dejar de sentir hambre y frío. Algunos entrevistados de este subtipo citan el deseo de experimentar sensaciones intensas y diferentes como "volar".

En los consumidores de tipo recreacional destaca como razón principal de consumo el deseo de eliminar los efectos negativos del alcohol.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados tenía información previa. Las referencias negativas venían de los medios de comunicación; y las positivas, provenían de amigos consumidores. Algunos dicen: "sabía poco, se hablaba poco". En el caso de las mujeres llama la atención que ellas no sabían nada o tenían ideas excesivamente vagas acerca del consumo y sus efectos. Entre las mujeres el inicio coincide generalmente con el comienzo de relaciones amorosas con un consumidor.

Menos de una cuarta parte de los entrevistados había visto o tenido contacto con el clorhidrato de cocaína con anterioridad al primer consumo; en algunos casos este contacto está relacionado con su participación en actividades como la venta y preparación de la sustancia. Para la mayoría de los entrevistados el primer día de consumo fue su primer contacto con el clorhidrato de cocaína.

En general, el consumo fue iniciado por curiosidad o para no sentir la embriaguez. Algunos lo hicieron para rendir mejor en el estudio o en los deportes. En otros casos, minoritarios, para "demostrar la hombría"; o "quedarse bien" con la pareja, según algunas mujeres consumidoras.

Una minoría consumió por primera vez cediendo a la presión del entorno, de amigos o colegas de trabajo. Algunos hombres fueron presionados por amigos; otros, afirman que no podían rechazar porque la invitación venía de jefes, superiores o profesores. Algunas mujeres casadas fueron presionadas por sus maridos; las que mantenían noviazgo aceptaron el ofrecimiento de sus parejas.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Todos los entrevistados afirman que habían oído hablar del clorhidrato de cocaína o del crack a amigos o que conocían su existencia por la información suministrada por los medios de comunicación. La mayoría tenía conocimiento de los efectos antes del primer consumo.

La mayoría de los entrevistados consumió la primera vez por deseo de experimentar. De forma minoritaria, y en una proporción similar, los restantes entrevistados se iniciaron porque deseaban tener una "experiencia agradable" o "por influencia del ambiente", ya que no querían ser "diferentes" o "extraños" en el grupo.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Más de un tercio de los consumidores de crack dice que no sabía nada respecto a esta sustancia antes del primer consumo. En una proporción similar los entrevistados afirman que sí tenían conocimiento o que habían oído hablar sobre los efectos perjudiciales. A pesar de ello, iniciaron el consumo por el intenso deseo de experimentar sensaciones nuevas; y en muchos casos, por el desafío que suponía. También se constata una actitud de auto-confianza en el sentido de imaginar que a ellos no les afectaría negativamente:

Yo ya sabía que el crack era una droga que 'viciaba'⁽¹⁹⁾ (era adictiva) y era peligrosa. Pero tenía la certeza de que a mí no me pasaría. (K04SP)

En el caso del consumo intravenoso la situación es un poco distinta. Menos de la mitad de la submuestra no sabía nada o sólo había oído hablar de los efectos agradables. Entre la minoría que conocía los efectos negativos la actitud fue la misma que en el caso de los que se iniciaron con el crack:

Sabía que era una droga (clorhidrato de cocaína) que yo no debía usar... traía enfermedades por el cambio (uso compartido) de jeringuillas, pero pensaba... si el 90% de los 'roqueiros' (consumidores) consumen, ¿por qué no voy a consumir yo? (I23SP)

Todos dicen que no hubo razones especiales para consumir la primera vez. Como mucho, curiosidad o querer experimentar nuevas sensaciones.

A pesar de que ninguno dice haber sufrido presiones directas para consumir, queda implícito en sus comentarios la existencia de una presión de grupo, o que es percibida así por el propio consumidor, en el sentido de no negarse a hacer lo que hacía el resto para no ser excluido, de no aparentar cobardía, etc.

Algunos explican que el inicio en el consumo se produjo por la falta de otra droga en aquel momento. Esto ocurre principalmente con el crack.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Todos los entrevistados ya conocían y consumían clorhidrato de cocaína por vía intranasal o conocían a consumidores y ambientes de consumo de esta sustancia antes del inicio por vía intravenosa.

La gran mayoría de los entrevistados afirmó que no había tenido ninguna presión directa para consumir. En algunos casos, el entrevistado dijo haber presionado a otras personas para se iniciaran.

(19) En portugués, la palabra "vicio" y sus derivados, cuando se refiere al ámbito de las drogas, tiene un significado valoralmente neutro equivalente a dependencia; en castellano, en cambio, este significado no existe y esta palabra tiene una connotación peyorativa de tipo de moral. En la traducción al castellano de las citas en portugués se ha optado por mantenerla, entrecomillándola, para no modificar excesivamente la forma de expresión de los entrevistados, y se ha incluido entre paréntesis una aclaración que precisa su significado. Los entrevistados en Bolivia, a veces, también utilizan la palabra "vicio" para indicar que se trata de un hábito (equivalente a dependencia); en este caso, quizás, cuando la utilizan los entrevistados predomina su connotación peyorativa.

Las personas con las que consumía no presionaban a nadie. Al contrario, cuando alguien quería iniciarse en las drogas (clorhidrato de cocaína) tenía que ir solo a comprarlo. (I02RJ)

No tuve ninguna presión, yo ya había estado en la 'rueda' (grupo de consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) otras veces y nunca la había experimentado, únicamente que ese día lo decidí (consumir por vía intravenosa). (I09RJ)

Entre las mujeres que fueron iniciadas por sus novios se indica una presión de orden sentimental, una búsqueda de complicidad, como queda reflejado en la siguiente cita:

El la compró (clorhidrato de cocaína), yo la usé con la intención de ver cómo era. El ya se inyectaba. Fue por la proximidad que yo tenía con él, para sentirme más cercana. El me decía: es diferente, vamos a probarla juntos. No hubo presión, yo podía renunciar. (I18RJ)

La mayor parte de los entrevistados apunta como principal razón del primer consumo la curiosidad. Para una minoría no hubo una razón especial. Otras razones indicadas de forma minoritaria son la búsqueda de un efecto más intenso y las ganas de aproximarse a una persona o a un grupo de personas. Este último caso puede considerarse como un tipo de presión interna causada por un sentimiento de admiración y de deseo de pertenencia a un grupo, ilustrativamente:

El ambiente era de personas bonitas, había uno que era artista plástico, otro paracaidista, eran gente de buen aspecto, de buen nivel cultural y que se inyectaban drogas (clorhidrato de cocaína). Yo era un novato (...) Quería ser igual que aquellas personas, que eran interesantes y usaban drogas. (I08RJ)

5.6 Efectos y evaluación del primer consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Destaca la curiosidad por sentir los efectos que describían los acullicadores más experimentados (más energía, menor sensación de hambre y sed). A veces, surgía la sorpresa al percibir que la lengua se adormecía: "todos al mirarme se reían de mí, porque mi lengua estaba tibia, adormecida; y yo quería gritar y no podía".

Se elogia y valora, en una mayoría de los casos, el sabor y la sensación de lucidez, a veces de calma, que surgía poco después de haber iniciado el acullico.

Los que se iniciaron en actividades laborales sintieron al hacerlo una especie de "cambio positivo" en la percepción de su estatus social (rito de paso): "uno empieza a acullicar a los 10-12 años al entrar en la mina, es como ir al cuartel: te hace hombre, respetado y distinguido".

La mayor parte afirma que la iniciación en el acullico no puede rehusarse: "no, como yo era minero, tenía que acullicar para trabajar"; "no podía rechazar (el acullico) en esa ocasión porque sé que quien no comparte la cultura de sus antepasados debe ser alguien muy renegado".

La mayor parte de los entrevistados afirma que les gustó pasar por su primera experiencia: valoran el sabor de la hoja, la vivencia de algún efecto concreto (quitar la sed, el cansancio, sentir energía, etc.) o relacionan su experiencia con

acontecimientos que suceden posteriormente en una relación mágica; ilustrativamente, "la primera experiencia influyó bien, ese mes me fue bien y después quise seguir con esa suerte y continué (acullicando)".

Algunos describen el temor que experimentaron ante lo desconocido: "tenía miedo que me de diarrea, porque sabía que a algunos (el acullico) les hace daño"; "sabía que no podía tragarme las hojas, porque eso enferma". Solamente una minoría de entrevistados describen experiencias negativas como dolor en el abdomen, adormecimiento de los labios, la lengua y el paladar.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría de la submuestra no tenía expectativas claras sobre los efectos del consumo pero estaba dispuesta a experimentar cualquier sensación. Los que tenían alguna expectativa más definida señalan que esperaban sentir diversos efectos como: "volar", alucinaciones, alegría y emociones fuertes, olvidar problemas, valor o coraje, quitarse la borrachera, paranoia e inquietud y fuerza para el trabajo.

En general, esperaban efectos valorados como positivos pero casi la mitad de la submuestra no obtuvo los efectos esperados. Los efectos físicos experimentados fueron negativos para la mayoría. Predominaron los siguientes: adormecimiento de boca, lengua y extremidades; náuseas y vómitos; temblores y sacudidas musculares; palpitaciones; mareos; insomnio; sudoración; cólicos intestinales y "ardor" en los ojos.

Me quedé 'opa' (mudo) posteriormente tuve náuseas y vomité. Mi amigo me dijo: tomá algunas cervezas y se te pasa. Volví a fumar y vomitar hasta que dejé de vomitar y empecé a sentirme bien. Se me pasó la borrachera, me puse lúcido y feliz, me dieron ganas de seguir fumando (pasta de coca).

Sin embargo, los efectos psíquicos fueron valorados como positivos y agradables por la mayoría. En orden decreciente según su frecuencia, fueron los siguientes: euforia, hilaridad, locuacidad, tranquilidad, pérdida del miedo, desinhibición, desaparición del cansancio, aumento de la actividad, olvido de problemas. Sólo una minoría dice haber estado inquieta. Los efectos sensoriales fueron escasos.

El recuerdo de la experiencia es negativo para casi la mitad de la submuestra. En todos estos casos los compañeros más experimentados les apoyaron e incluso les dieron instrucciones para mitigar lo desagradable, casi siempre ofreciéndoles alcohol. Las náuseas y vómitos durante el consumo son señalados como lo más desagradable; también, la disforia al acabarse los efectos positivos, el malestar general y dolor de cabeza al día siguiente.

Quienes señalan lo que más les gustó indican, en orden de importancia: el bienestar y tranquilidad que sintieron; el olor de la pasta de coca; la disipación de la borrachera; la desaparición de las sensaciones de hambre y de miedo.

La mayoría afirma que esta primera experiencia influyó decisivamente en el consumo posterior. Quienes tuvieron una experiencia agradable, porque les gustaron los efectos y querían repetirla; quienes catalogan la experiencia como negativa, querían también repetirla para sentir lo positivo que no experimentaron la primera vez.

Los consumidores de tipo recreacional que esperaban eliminar los efectos de la embriaguez sí experimentaron este efecto, aunque también experimentaron algunos efectos negativos (vómitos, dolor de cabeza, etc.).

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Respecto a los efectos del primer consumo, éstos están estrechamente asociados a los que el consumidor deseaba o imaginaba que iba a sentir (expectativa de efectos). Se sintió "valiente" aquél que fue presionado como "cobarde"; olvidó aquél que quería olvidar; otro, que no esperaba nada, sintió adormecimiento en la nariz y la cara.

Lo que menos les gustó fueron algunos efectos como: dolor de cabeza, náuseas, irritación en los ojos y, en algunos casos, la ansiedad.

La mitad de los entrevistados hizo una valoración positiva de la primera experiencia. Una cuarta parte la valoró neutralemente y en la misma proporción la valoraron negativamente.

En general, esta primera experiencia influyó en el consumo posterior. Unos necesitaron experimentar nuevamente con el fin de "entender" mejor la primera experiencia; otros perdieron el miedo viendo que no "les había pasado nada". Para algunos, según lo afirman, fue el inicio de "cambios importantes en su personalidad y en las relaciones con los demás".

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Respecto a las expectativas del primer consumo, más de la mitad esperaba un efecto positivo y agradable; de forma minoritaria, esperaban un efecto negativo, creían que no sentirían nada o no sabían qué podrían sentir.

Después del primer consumo, más de la mitad afirma que experimentó efectos positivos, como euforia y felicidad. Más de una cuarta parte experimentó efectos negativos, como calor en el cuerpo, paranoia, tensión, nerviosismo y sensación de malestar. Un entrevistado lo describe diciendo: "tuve una sensación de perder la audición, me asusté muchísimo" (CK32IN). Una minoría no recuerda los efectos del primer consumo. A pesar de ello, la mayoría indica que el primer consumo favoreció que siguieran consumiendo crack o clorhidrato de cocaína.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de la muestra imaginaba o esperaba sensaciones mejores y más fuertes que las que sintió; o como mínimo, semejantes a las que les producía el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína: "era lo mismo que 'esnifar' (aspirar), sólo que más fuerte y más rápido"; "un efecto más fuerte que la cocaína (clorhidrato) 'esnifada' (aspirada)". Menos de una cuarta parte no tenía ninguna expectativa previa.

De los consumidores de crack la mayoría sintió efectos agradables. Son pocos los que dicen que no sintieron nada y aproximadamente un tercio describen efectos desagradables.

En general, la paranoia no aparece como efecto negativo de la primera sesión de consumo. No obstante, una minoría dice que sí la sintió aunque consideran que los efectos agradables fueron más importantes.

La corta duración del efecto agradable es lo que menos les gustó, ilustrativamente:

Me dio un bienestar maravilloso y enseguida tuve ganas de fumar más (crack). Pero no me gustó porque me di cuenta que era una sensación muy rápida.
(K04SP)

Una parte de los entrevistados tenía dificultad para precisar los efectos positivos y sus descripciones son de forma figurada: "me elevó a las nubes... era una sensación de belleza y de bienestar"; "me sentí en otra dimensión...";

(El consumo de crack) me adormeció la cabeza, todo el cuerpo... parecía que estaba dentro de un volcán. (K31SP)

La mayor parte afirmó que esa primera vez influyó en el consumo posterior, incluso los que dicen que no sintieron nada. Para unos, fue un desafío para volver a sentir los efectos; para los otros, para conseguir lo que buscaban: "(al consumir crack) no sentí nada bueno ni malo... pero si todo el mundo lo sentía, ¿por qué yo no?"

La mayor parte de los consumidores de clorhidrato de cocaína describe efectos positivos.

Los más citados son: sensación de levedad, ligereza, bienestar y sosiego. La gran mayoría dice que esta primera vez influyó en las siguientes: "parecía que estaba en las estrellas"; "fue como un orgasmo..."

(Con el primer consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) sentí una sensación de ligereza. Me quedé más fuerte, un enorme bienestar. (I40SP)

La utilización de la jeringuilla parece ser el factor más desagradable del consumo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mitad de los entrevistados esperaba tener sensaciones iguales o más fuertes que las obtenidas con el clorhidrato de cocaína por vía intranasal. Algo más de un tercio no tenía ninguna expectativa en relación a los efectos del primer uso por vía intravenosa.

Para la mayoría la primera experiencia fue positiva. Entre los efectos positivos - además de aquellos que confirmaban las expectativas anteriores, como la euforia, la sensación de bienestar y el "viaje estupendo"- se citan otros menos esperados como la "sensación de muerte" y la "visión de la sangre en la jeringuilla". La idea de haber superado una fase, un desafío representado por el primer "pico" (consumo intravenoso), se indica como el principal efecto positivo por parte de dos entrevistadas. Según una de ellas, era como si después de la primera inyección de clorhidrato de cocaína ella fuese "otra persona a partir de aquel momento".

Aproximadamente una cuarta parte de los entrevistados consideró negativa la primera experiencia y describió los efectos negativos como: depresión posterior al uso; sensación de incomodidad y paranoia. La minoría que no sintió nada o casi nada evalúa como negativa la experiencia debido a la "mala calidad" del clorhidrato de cocaína.

Los efectos que más gustaron en la primera experiencia fueron los de "encantamiento" o "extasis"; la sensación de euforia; las ganas de caminar y conversar; la sensación que produce la introducción de la aguja en la vena. Algunas imágenes usadas para describir el efecto del primer consumo fueron: "tener un relámpago y un trueno en la cabeza"; una "sensación de una campana en la cabeza" o incluso la de "estar conectado a una toma de 220 voltios que en vez de electrocutarte te pone en un movimiento acelerado".

Los efectos que menos gustaron fueron la depresión, la paranoia, la falta de control, la poca duración de la sensación placentera y el final del efecto.

6. Características y evolución del consumo

6.1 Duración del consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Según los datos obtenidos, después del primer día de consumo la mayoría de los entrevistados consume ya regularmente, con una determinada pauta. El inicio de este consumo habitual se produce mayoritariamente antes de los 20 años.

La mayor parte de la submuestra lleva consumiendo más de 10 años; más de la mitad, más de 20 años. Los acullicadores con un periodo más prolongado de consumo son los campesinos; entre ellos, un campesino quechua con 65 años de consumo y una mujer, también quechua, que trabaja todavía como comerciante de verduras con 63 años de consumo. Sólo una minoría ha iniciado recientemente el consumo (hace menos de 5 años); de ellos, la mayor parte son acullicadores de tipo instrumental que residen en las ciudades.

A lo largo del consumo más de la mitad de la submuestra ha tenido etapas con un mayor nivel de consumo (periodos intensivos). Las variaciones existentes parecen estar relacionadas con el aumento de la intensidad de trabajo en épocas y circunstancias variables. Los campesinos intensifican el consumo en épocas que coinciden con una intensificación del trabajo (siembra, cosecha). En otros casos, las etapas de consumo intensivo coinciden con fiestas o ceremoniales. En el caso de este derivado, más que etapas de consumo intensivo en sentido estricto, lo que se observa son incrementos del consumo, en relación al consumo habitual, que se producen periódicamente en momentos concretos del ciclo anual y por exigencias del contexto, laboral y ritual. Esta característica del itinerario de consumo es menos frecuente entre los consumidores de tipo instrumental.

Prácticamente todos los entrevistados habían acullicado en los últimos 6 meses y, por tanto, son consumidores en activo (siguiendo el criterio adoptado en el proyecto). Casi la mitad había acullicado el día anterior a la entrevista y prácticamente todos en el último mes.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados empezó a consumir habitualmente inmediatamente después de consumir por primera vez. Aproximadamente un tercio del total inició su consumo habitual, con una cierta regularidad, dos o tres años después de su primer consumo. Este periodo, denominado inicial, y con esta duración, es más frecuente entre los consumidores de tipo recreacional.

La mayoría empezó a consumir habitualmente antes de los 20 años. Los chicos de la calle son los que consumen habitualmente a una edad más temprana (13 años). Por el contrario, los consumidores no disfuncionales (tipos recreacional e instrumental) inician el consumo habitual más tarde (21 y 23 años de promedio, respectivamente).

El inicio del consumo habitual tuvo lugar, mayoritariamente, en los años ochenta. Una minoría de los entrevistados comenzó a consumir habitualmente en los años setenta y los restantes en la década de los noventa.

Aproximadamente un tercio de los entrevistados lleva consumiendo entre 5 y 10 años. Más de un tercio supera los 10 años de consumo y aproximadamente una cuarta parte

lleva consumiendo entre 1 y 5 años. Casi todos los consumidores de tipo instrumental y recreacional presentan itinerarios de consumo de una duración inferior a los 5 años.

La mayor parte de los casos ha tenido etapas de consumo intensivo (85%). En la mayor parte de ellos este periodo de máximo consumo supera el año de duración, siendo el promedio aproximado de 3 años; en general, el periodo intensivo aparece después de 3 años de haber iniciado el consumo habitual. La edad promedio aproximada en la que aparece este periodo es de 23 años. De la minoría que no tuvo etapas de consumo intensivo casi todos son consumidores de los tipos recreacional e instrumental, en los cuales se observa un consumo estable a lo largo del tiempo.

Los más jóvenes son los que con mayor frecuencia muestran periodos cortos de máximo consumo (días o semanas). Estos periodos se dan cuando los entrevistados tienen alrededor de 16 años de edad, apenas unos meses después del inicio del consumo habitual. Prácticamente todos, después de estos periodos reducen la frecuencia y la cantidad de consumo.

Aproximadamente un tercio de los entrevistados no había consumido pasta de coca en los últimos 6 meses y, por tanto, según el criterio establecido en la investigación, son considerados como ex-consumidores. Todos los consumidores de tipo instrumental y casi todos los recreacionales eran consumidores activos cuando fueron entrevistados. En conjunto, más de la mitad había consumido en el último mes y, de ellos, la mitad en la última semana (representa, aproximadamente, una cuarta parte de la submuestra).

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría inició el consumo habitual (con una determinada pauta o regularidad) menos de un año después de probar el clorhidrato de cocaína por primera vez. Para una minoría esta fase de consumo no regular tuvo una duración de 1 a 2 años; el resto, otra minoría, inició su consumo regular inmediatamente después del primer día de consumo.

La edad promedio aproximada de inicio del consumo habitual es de 23 años y la mayor parte de los entrevistados comenzó a consumir habitualmente a partir de mediados de los años ochenta.

Una cuarta parte de los entrevistados lleva consumiendo clorhidrato de cocaína más de 10 años; más de un tercio entre 5 y 10 años y una cuarta parte entre 1 y 5 años. Los consumidores muy recientes son minoritarios.

La mayoría de la submuestra (58%) presenta una etapa de consumo máximo (periodo intensivo) en su itinerario de consumo. La existencia de esta etapa se da en la mayor parte de los consumidores disfuncionales, en la mitad de los instrumentales y en una minoría de los de tipo recreacional.

La mayor parte de la submuestra había consumido en los últimos seis meses; por tanto, ésta está constituida esencialmente por consumidores en activo.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de los entrevistados inició el consumo habitual antes de haber transcurrido diez meses desde el primer consumo. De ellos, más de la mitad, antes de haber transcurrido dos meses.

Una cuarta parte de los entrevistados empezó el consumo habitual cuando tenía entre 21 y 25 años y en una proporción similar, aunque menor, entre los 26 y 30 años. Una minoría empezó a consumir habitualmente con más de 30 años y sólo en algún caso

esto se da en la infancia o en la adolescencia, con 15 años o menos. Una cuarta parte de los entrevistados no recordaba a qué edad había empezado a consumir con regularidad (no obstante, teniendo en cuenta otros datos aportados, entre éstos predominan los inicios anteriores a los 25 años de edad).

Algo más de la mitad de la muestra presenta una etapa de consumo intensivo en su itinerario. Los restantes, uno de cada 5, han consumido de forma más o menos estable a lo largo del tiempo (es decir, sin períodos intensivos) o no aportaron información precisa al respecto (la cuarta parte).

Sólo una minoría de los entrevistados que citó la existencia de un periodo, o períodos, de consumo más elevado que el habitual aportó información sobre la duración de éstos. En estos casos, la duración predominante del periodo intensivo fue, como máximo, de 1 mes. Todos ellos afirman que la duración de este periodo está directamente condicionada por la disponibilidad de dinero para comprar clorhidrato de cocaína o crack.

La mayor parte de los entrevistados son consumidores en activo; es decir, habían consumido durante los seis meses anteriores a la entrevista.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

De los 26 entrevistados que indicaron el crack como derivado principal, menos de una cuarta parte describe no haber tenido periodo inicial (supone un consumo regular inmediatamente después del primer día de consumo). Entre los que tuvieron este periodo, la duración mayoritaria de éste fue inferior a un año: para algo más de la mitad, menor de 6 meses; y para otros, algo menos de un tercio de ellos, fue inferior a un mes.

De los 17 entrevistados cuyo derivado y método principales son el clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, la mayoría afirma que en su itinerario de consumo no se dio un periodo inicial: al día siguiente del primer uso ya consumieron regularmente clorhidrato de cocaína por vía intravenosa. Aproximadamente una cuarta parte de la submuestra describe haber tenido un periodo inicial de al menos 4 meses de duración; y los restantes, una minoría, informan que pasaron más de 6 meses entre la primera vez y el consumo regular, con una cierta pausa.

Dado que el inicio de consumo se da principalmente al finalizar la adolescencia (17 a 19 años) y que el periodo inicial, cuando éste existe, es muy breve, el inicio del consumo habitual se produce a edades muy tempranas, tanto entre los consumidores por vía intravenosa como, sobre todo, entre los consumidores de crack (la edad promedio aproximada es de 20 años).

La existencia de períodos intensivos de consumo es una constante en ambas submuestras. Lo que parece diferente es su tiempo de duración: entre los consumidores de crack ninguno informó sobre un periodo intensivo superior a un año; en cambio, la mayoría de los consumidores de clorhidrato de cocaína tuvo un periodo intensivo de más de un año. Estos períodos intensivos tienen una duración más larga y se dan a edades más tempranas entre los consumidores disfuncionales que no han logrado una mínima normalización de sus vidas.

La mayor parte de los consumidores de crack estaba en activo; y de éstos, casi todos describen un consumo reciente (sólo una minoría de los consumidores en activo no había consumido en los últimos de 15 días); en cambio, la mayoría de los entrevistados que consumían clorhidrato de cocaína no había consumido en los últimos seis meses (eran ex-consumidores en el momento de la entrevista).

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Más de la mitad de los entrevistados tuvo un periodo inicial inferior a un año. Una minoría empezó a consumir habitualmente más de dos años después del primer día de consumo y los restantes, casi un tercio de la muestra, consumieron regularmente a partir del primer consumo.

Cerca de la mitad de los entrevistados inició el consumo habitual de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa antes de cumplir los 20 años; un tercio lo inició entre los 20 y los 25 años y menos de una cuarta parte después de los 25 años.

Más de la mitad empezó el consumo habitual en los años ochenta, la mayoría de ellos en la primera mitad de la década. Casi un tercio de los entrevistados lo había empezado antes, en los años setenta; y una minoría, en los años noventa.

La mayor parte de los entrevistados describe una fase de mayor consumo en su itinerario (periodo intensivo). Todas las mujeres tuvieron esta fase de uso más intenso. Para más de un tercio de los casos la fase de consumo intensivo duró como máximo seis meses y en una proporción similar más de dos años, llegando, en un caso límite, a cinco años. Una minoría experimentó más de una fase de máximo consumo.

Casi una cuarta parte de los entrevistados afirma que nunca ha tenido una fase de máximo consumo (inexistencia de periodo intensivo) porque siempre lo ha mantenido "controlado". Este elevado porcentaje de consumos sin periodo intensivo es un dato anómalo; entre otras posibles interpretaciones de este hecho, su probable sobre-dimensionado ha podido producirse, en parte, por la existencia de informaciones incoherentes (negación de la existencia del periodo intensivo por parte de los entrevistados por desmemoria o por incapacidad para reconocerlo) o por deficiencias de recogida de información. Aunque entre estos casos se encuentran algunos consumidores disfuncionales que no han logrado mantener ningún vínculo social de forma mínimamente estable, predominan los que sí lo han logrado, aunque sea precariamente; de forma ilustrativa:

Yo siempre fui un consumidor controlado y no especializado. Consumía diversas drogas y no sólo coca (clorhidrato de cocaína por vía intravenosa). Además de eso yo tenía mi trabajo que me gustaba y me gusta. (I12RJ)

La mayoría de los entrevistados había consumido clorhidrato de cocaína por vía intravenosa en los últimos seis meses anteriores a la entrevista; los restantes, algo más de un tercio de la muestra, eran ex-consumidores.

6.2 Periodos de abstinencia

Hoja de coca (Cochabamba)

Aproximadamente un tercio de los entrevistados ha dejado de acullicar en diversas ocasiones durante periodos cortos, que varían desde algunas semanas hasta tres meses. No obstante, estas interrupciones han sido poco frecuentes en la mayoría de los casos y se han producido por circunstancias diversas. Algunos de los motivos para dejar el consumo temporalmente son: "no tenía dinero"; "estaba en la ciudad"; "llegaron mis hermanos de Santa Cruz (una ciudad de Bolivia) y ellos me riñen cuando me ven acullicando"; "cuando me encontraba en EE UU mis familiares no podían mandarme (hoja de) coca por este problema del narcotráfico. Los 'gringos' (de EE UU) confunden (la hoja de) coca con clorhidrato de cocaína"; "por la época de lluvias dejamos, casi no

hay trabajo y necesidad de acullicar". Estos periodos cortos de no consumo son más frecuentes entre los acullicadores instrumentales.

Una minoría dejó de consumir durante periodos superiores a 6 meses⁽²⁰⁾. La principal razón por la que dejaron de acullicar fue por la prestación del servicio militar (donde no se permitía el acullico) y en algún caso por viajar a otro país.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados ha tenido periodos de no consumo inferiores a 6 meses a lo largo de su itinerario de consumo. La duración de estos periodos es menor entre los consumidores disfuncionales. La principal razón para no consumir es el intento de dejar el consumo de pasta de coca; no obstante, también se menciona de forma destacada el hecho de no tener acceso a ella: por estar detenidos, por no tener dinero, por la ausencia de los compañeros de consumo o porque han cambiado de ciudad de residencia. Las enfermedades, el agotamiento físico y la falta de interés por la pasta de coca, así como cuidar su imagen en un nuevo trabajo son otras de las razones que se señalan.

La familia, aun sin ejercer una presión directa, puede ser importante para favorecer el abandono del consumo cuando el consumidor se propone hacerlo: visitas de familiares, el retorno al hogar, la llegada de algún familiar especialmente relevante para el consumidor, etc. hacen que se interrumpa el consumo. Sin embargo, en general, éste se reinicia cuando cambian estas circunstancias.

Estos periodos cortos de no consumo se producen con bastante frecuencia cuando las razones para dejarlo son por "agotamiento" o por "salud".

Entre los consumidores de tipo recreacional estos periodos cortos de no consumo suelen coincidir con el alejamiento del ambiente o de las relaciones de consumo.

Aproximadamente un tercio de la submuestra no ha tenido periodos de no consumo de más de 6 meses de duración, periodos de abstinencia en sentido estricto, durante su itinerario de consumo. Los que han estado abstinentes más de 6 meses relacionan estos periodos, sobre todo, con el ingreso en una institución, especialmente en el caso de los niños de la calle (cuartel, cárcel, centro de rehabilitación, hospital) o con otros cambios en las circunstancias que sostenían el consumo: alejamiento del grupo de consumo y de las actividades ligadas a él, dificultades económicas, etc. Muy pocos tuvieron el propósito de dejar la pasta de coca y lograron la abstinencia durante largos periodos sin estar institucionalizados. Estas interrupciones son más frecuentes entre los que tienen una historia de consumo más larga.

He tenido periodos de no consumo (de pasta de coca) de 7 meses en dos oportunidades. Lo dejé por necesidad, mi cuerpo se sentía agotado e ingresé a centros de rehabilitación. (P152CB)

No consumía nada por mis embarazos, tenía temor a perder (el embrión) o que me salieran con defectos. Pese a eso, en mi último hijo, cuando tenía 6 meses de formación, yo consumí pasta (de coca) y me afectó mucho; y creo que mi hijo, por eso, es muy nervioso y agresivo. (P063CB)

(20) En la investigación se ha establecido que los periodos de no consumo sólo serán considerados como periodos de abstinencia en sentido estricto cuando superen los 6 meses de duración. Tanto unos como otros han podido darse en cualquier momento del itinerario de consumo pero siempre con posterioridad al inicio del consumo habitual, cuando ya se consume con una cierta regularidad.

Después de estos periodos, el reinicio del consumo está también ligado al restablecimiento de las circunstancias que lo propiciaban.

Entre los consumidores de los tipos recreacional e instrumental sólo aparecen dos casos con un periodo de abstinencia superior a los 6 meses: se trata de dos mujeres que interrumpieron el consumo a causa del embarazo.

Una minoría de la submuestra no presenta periodos de no consumo, ni breves ni de una duración superior a los 6 meses, a lo largo de la vida.

Para algunos consumidores disfuncionales el abandono del consumo de pasta de coca comporta su sustitución por otra droga (clorhidrato de cocaína o marihuana), tanto en periodos cortos como largos.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La información obtenida sobre la duración de los periodos de abstinencia inferiores a seis meses es muy imprecisa. Con frecuencia las respuestas de los entrevistados refieren periodos muy cortos de interrupción del consumo, como "varios días"; también, "varias semanas".

En el itinerario de consumo de la mayor parte de los entrevistados se constata la existencia de estos periodos breves de no consumo (inferiores a seis meses). Es de destacar que todos los consumidores de tipo recreacional, un tercio de la submuestra, suelen interrumpir el consumo con bastante frecuencia. De hecho, la intermitencia del consumo es una de las características de este tipo.

Los problemas de salud constituyen la principal razón para interrumpir el consumo entre los consumidores disfuncionales; también, los problemas familiares y económicos que genera el consumo elevado son citados con bastante frecuencia por estos entrevistados.

Los consumidores de los tipos instrumental y recreacional apuntan, en general, razones similares con la diferencia que éstas son claramente de menor intensidad o gravedad entre los recreacionales. Otras razones citadas son la realización de viajes y la falta de deseo de consumo ("aburrimiento del clorhidrato de cocaína").

Sólo una minoría ha tenido periodos de abstinencia superiores a seis meses. En la submuestra no hay ningún periodo de abstinencia que supere los dos años. Casi siempre se trata del abandono del consumo por problemas graves debidos a un consumo disfuncional. Sólo dos consumidoras de tipo recreacional tuvieron un periodo de abstinencia de más de seis meses de duración. En ambos casos la razón para dejar el consumo fue un embarazo.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayoría de los entrevistados presenta periodos de no consumo de una duración inferior a seis meses. Aunque de una forma imprecisa, sólo un tercio de ellos afirma que en su itinerario de consumo estos periodos han sido muy frecuentes; en los otros casos, que constituyen la mayoría, según los entrevistados sólo se han dado "algunos" periodos breves de no consumo. Atendiendo a otras características del consumo, y a la imprecisión ya citada al respecto, esta información, probablemente, subestima el número de estos periodos.

La principal razón que motiva estos periodos breves de no consumo es la falta de dinero; también, aunque en menor grado, se cita la inaccesibilidad de la sustancia. De

forma minoritaria, y en proporción similar, se aducen otros motivos: desinterés por el consumo e ingreso en centros de tratamiento.

Los periodos de abstinencia superiores a los seis meses de duración forman parte del itinerario de consumo de algo más de la mitad de la muestra. En más de un tercio de estos casos sólo ha existido un periodo de estas características a lo largo de la vida. Los restantes, en proporción similar, presentan dos o tres o más periodos.

Las razones que se dan para estos periodos de abstinencia, son similares a las anteriores; es decir, falta de dinero, sobre todo, e intentos de dejar el consumo. Para evitar recaídas la principal estrategia señalada por los entrevistados es evitar de forma drástica el encuentro con amigos y compañeros de consumo. Una minoría afirma que recurre a las creencias religiosas.

De los entrevistados que nunca interrumpieron el consumo durante periodos largos (superiores a los seis meses), que constituyen casi la mitad de la muestra, destacan los que afirman que no han dejado el consumo por presión de los amigos o del ambiente. Una minoría señala que no lo ha hecho debido a "conflictos personales". En este último caso, debe entenderse que el consumo de clorhidrato de cocaína o crack es percibido por los entrevistados como una solución a dichos conflictos.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Se observa una gran dificultad para dejar de consumir crack, incluso por periodos cortos. Cuando el consumo se interrumpe, la ansiedad incontrolable por volver a consumir que el crack comporta para los entrevistados supone, casi siempre, un retorno al consumo.

Desde que comencé a usar crack solamente paré cuando fui internado; y después, cuando salí de allá (centro de tratamiento), conseguí estar dos meses sin usarlo. Aguantaba algunos días por falta de dinero. Cuando pasaba esto sentía mucha ansiedad, me encontraba mal. Pensaba (en el crack) durante las 24 horas del día. No consumí nada en este tiempo que resistí. Pero volví a consumir porque no aguantaba más. (K09SP)

Más de la mitad de los entrevistados no ha dejado nunca de consumir crack. El resto, sólo ha dejado el consumo por periodos cortos. Sólo en algún caso, y por circunstancias especiales (por ejemplo, cambio de residencia a otro país, que dificulta establecer los contactos para obtener drogas), aparecen periodos largos de abstinencia, aunque no un abandono definitivo del consumo.

Durante estos periodos de abstinencia del crack es frecuente el consumo de otras drogas o de clorhidrato de cocaína por vía intranasal o, menos frecuentemente, por vía intravenosa para controlar la ansiedad.

Entre las razones para dejar el consumo la voluntad explícita de hacerlo es minoritaria. La razón principal suele ser algún conflicto con la policía que genera un internamiento. La falta de dinero o el internamiento para seguir un tratamiento son también motivos de interrupción del consumo por breves periodos de tiempo. Como ya se ha dicho, las recaídas son muy frecuentes.

Como ya ha sido señalado la mayoría de los consumidores de clorhidrato de cocaína llevaba más de seis meses sin consumir por esta vía cuando fueron entrevistados, lo cual supuso considerarlos como ex-consumidores. No obstante, este hecho no siempre supone un abandono definitivo del consumo de derivados de la coca o de otras drogas. A través de las entrevistas se observa que muchos de ellos, al

abandonar el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, sustituyeron su consumo por el de crack u otra droga y que las consumen con la misma compulsividad que caracterizaba al consumo intravenoso.

En general, los entrevistados que consumen o consumían clorhidrato de cocaína describen períodos cortos y, especialmente, largos (superiores a los seis meses) de interrupción del consumo. Estos períodos se deben, en la mayoría de los casos, a períodos de internamiento en centros de tratamiento o al abandono del consumo por graves problemas de salud. También es frecuente que el internamiento en una institución penitenciaria, por problemas con la justicia, comporte que se interrumpa el consumo.

En casi la mitad de la submuestra los períodos de abstinencia a lo largo del itinerario de consumo, ya sean largos o cortos, parecen suceder siempre por una imposibilidad de continuar consumiendo clorhidrato de cocaína y no tanto por voluntad propia. Por esta razón, en general, cuando finaliza la institucionalización -en cárceles, centros de tratamiento y otras instituciones- vuelven al ambiente de consumo y reinician el consumo.

En la otra mitad de la submuestra, constituida por los consumidores intravenosos que logran mantener ciertos vínculos sociales normalizados, se observa una situación diferente. Los consumidores entrevistados que responden a este perfil manifiestan de forma explícita que desearían abandonar el consumo por los problemas que les causa, tanto en su salud como en sus relaciones sociales. No obstante, si los problemas de salud no son percibidos como suficientemente graves el abandono del consumo sólo suele ser temporal; es decir, también se da con frecuencia el retorno al ambiente de consumo aunque en este caso éste se ve dificultado por la existencia de las relaciones normalizadas ya citadas, que constituyen un factor de cierta regulación y control.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados ha dejado de consumir durante períodos breves (inferiores a los seis meses) a lo largo de su itinerario de consumo. No obstante, estos períodos han sido limitados en número para la mayoría de la muestra. Aunque la información obtenida respecto al número de estos períodos es imprecisa, sí puede afirmarse su mayor frecuencia entre los consumidores que mantienen vínculos sociales normalizados más o menos estables (constituyen la cuarta parte de la muestra).

Las razones principales que explican estos períodos breves de no consumo son la aparición de problemas, sobre todo de salud, y las dificultades económicas para costear el consumo.

Los períodos de abstinencia superiores a los seis meses son menos frecuentes. De hecho, estos períodos no aparecen en la mayoría de los itinerarios de consumo de los entrevistados que forman parte de la muestra. Los entrevistados que han abandonado el consumo durante períodos largos (40% de la muestra) lo han hecho, en casi todos los casos, en una o dos ocasiones. La razón predominante de estos períodos de abstemia es la aparición de problemas graves.

6.3 Características del consumo: cantidad, frecuencia y método

Como ya ha sido planteado en el capítulo 1, la relación entre los individuos y las drogas no constituye un acto aislado sino que forma parte de un itinerario. En este proyecto se ha intentado reconstruir estos itinerarios con la mayor precisión que ha sido posible. Con este objetivo, fueron establecidos cuatro marcadores significativos en el itinerario de consumo de cada entrevistado: el primer día de consumo (analizado en el capítulo 5) y tres períodos:

El *periodo inicial* abarca desde el primer día de consumo hasta que se establece una pauta de consumo con alguna regularidad. Su duración es variable y no siempre existe (individuos que consumen con regularidad desde el primer consumo). *Periodo actual o último*: recoge las características del último mes de consumo. Para los consumidores en activo en el momento de la entrevista constituye el consumo actual; para los ex-consumidores refleja la etapa final de su itinerario de consumo. *Periodo intensivo*: etapa que se caracteriza por un consumo particularmente elevado en relación a la pauta regular de cada entrevistado. Este periodo, de duración variable, no necesariamente existe (entrevistados con un consumo estable a lo largo de su itinerario) o, de existir, puede haber más de uno. Por otra parte, el periodo intensivo puede haberse dado en cualquier momento del itinerario; por ejemplo, puede coincidir con el periodo actual o último.

Por otra parte, debe señalarse la dificultad -a veces, la imposibilidad- para obtener datos con un grado de fiabilidad aceptable sobre las cantidades de consumo; especialmente, cuando éstas se intentan recoger a lo largo de itinerarios de consumo de bastantes años de duración o respecto a períodos concretos de esos itinerarios muy alejados en el tiempo. En general, cuando la información obtenida al respecto ofrecía una mínima garantía ésta ha sido tenida en consideración: todas las referencias que se aportan sobre las cantidades de consumo son aproximaciones, y así deben ser interpretadas, resultantes del contraste de la información más fiable y su inclusión en el informe cumple un objetivo esencialmente orientativo. No obstante, a pesar de sus insuficiencias esta información es valiosa y de interés.

6.3.1 Periodo inicial²¹

Hoja de coca (Cochabamba)

Más de la mitad de los entrevistados aculicó diariamente en el periodo inicial de consumo, aunque discontinuamente. Una minoría lo hizo con una periodicidad semanal (de 1 a cuatro sesiones/días de consumo a la semana); otra minoría aculicó

21 Es importante señalar que cuando se analiza información que es referida a los períodos inicial e intensivo, que no necesariamente forman parte del itinerario de consumo de los entrevistados, el total de casos no es el de la muestra o submuestra que está siendo considerada sino el de los entrevistados en cuyo itinerario se han dado dichos períodos. Este hecho supone, a veces, una considerable reducción del número casos como se ha podido comprobar en el apartado 6.1 de este mismo capítulo. A título recordatorio, y para evitar interpretaciones erróneas de los comentarios, se incluye a continuación la proporción de itinerarios en los que existe el periodo inicial en cada una de las muestras o submuestras: en Cochabamba, hoja de coca, 40%; pasta de coca, 40%; clorhidrato de cocaína, 85%. En Ibadan, clorhidrato de cocaína y crack, 75%. En São Paulo, crack, 75%; clorhidrato de cocaína, 35%. En Río de Janeiro, clorhidrato de cocaína, 70%

mensualmente (de 1 a 3 sesiones de consumo al mes) y el resto, esporádicamente (menos de una sesión al mes).

Las cantidades en esta etapa varían desde algunas hojas (aproximadamente un gramo) hasta cantidades de 920 gramos en una semana. La mayoría de los consumidores, sobre todo los de tipo tradicional, utilizó una dosis media de 24 a 32 gramos los días de consumo (3 ó 4 "bolas" de 8 gramos aproximadamente).

Los acullicadores de tipo instrumental presentan en esta etapa frecuencias semanales o mensuales de consumo. Cuando consumen, las cantidades son, aproximadamente, de 3 bolas al día.

Pasta de coca (Cochabamba)

En el periodo inicial un tercio de los entrevistados, aproximadamente, consumió con una periodicidad semanal; menos de una cuarta parte lo hizo diariamente, una minoría mensualmente y algunos casos consumieron de forma esporádica. Un número importante de entrevistados (20%) no pudo precisar la frecuencia de consumo en este periodo.

Algo más de la cuarta parte de los entrevistados consumió cantidades semanales menores de 2.5 gramos, como promedio aproximado, durante el periodo inicial. De forma minoritaria, el consumo semanal no superó los 10 gramos (de 2.5 a 10 gramos) y en proporción similar (en torno al 15%) fue de más de 10 gramos; entre estos últimos, algunos consumos superan los 50 gramos semanales (hasta un máximo de 100 gramos). No se obtuvo información de más de la tercera parte de los entrevistados.

En general, los entrevistados se inician fumando la pasta de coca en cigarrillos ("pitillos") y algunos de ellos pasan después a fumar en pipa. Fumar en pipa tiene las siguientes ventajas: se necesita menos tabaco; permite fraccionar la pasta a consumir en un mayor número de dosis y con ello, según los consumidores, disminuye la angustia que aparece cuando se percata de que se les va terminando su provisión; finalmente, permite inhalar de golpe el humo producido por la combustión de la pasta de coca evitando las pérdidas que se producen cuando se consume en cigarrillo. La ventaja del "pitillo" es que puede ser consumido en ámbito público (bares, discotecas) porque aparenta ser un cigarrillo común, de tabaco.

En esta etapa inicial, en ciertas fases de su duración, destaca el consumo diario y de cantidades elevadas (promedio aproximado de 25 gramos semanales) en la mayor parte de los niños de la calle. El consumo diario, que de forma minoritaria supera los 10 gramos semanales, también se da discontinuamente en esta etapa inicial en la cuarta parte del resto de los consumidores disfuncionales; no obstante, el consumo semanal es predominante. La mayoría de consumidores de tipo recreacional ya desde el inicio consumen casi exclusivamente los fines de semana. Los de tipo instrumental, en la etapa inicial, consumen de forma esporádica (menos de una vez al mes). En ambos tipos, recreacional e instrumental, las cantidades son bajas y oscilan entre 1 y 4 gramos mensuales.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

En el periodo inicial las frecuencias de consumo predominantes son mensuales y esporádicas, en la misma proporción. El consumo semanal y diario es minoritario en esta etapa.

Más de la mitad de los consumidores de tipo recreacional consumió con frecuencia mensual y más de un tercio de forma esporádica. Sólo una minoría consumió

diariamente en algunas fases durante el periodo inicial. Entre los entrevistados que han sido categorizados como instrumentales se observa una mayor variabilidad con una presencia destacada de consumos semanales y, en menor grado, diarios, aunque siguen predominando los consumos con frecuencias mensuales o esporádicas. Esta situación, con un ligero incremento de los consumos diarios, se reproduce entre los consumidores de tipo disfuncional.

La mayoría de los entrevistados consumió cantidades bajas durante el periodo inicial: hasta 2.5 gramos como promedio mensual aproximado. Este nivel de consumo es más frecuente entre los consumidores de tipo recreacional y menos frecuente entre los que han sido categorizados como disfuncionales. Una cuarta parte consumió cantidades más elevadas: de 2.5 a 10 gramos y, minoritariamente, más de 10 gramos mensuales. Ningún consumidor de tipo recreacional consumió cantidades mensuales superiores a los 10 gramos durante este periodo.

Además del consumo por vía intranasal, casi una cuarta parte de los consumidores de clorhidrato de cocaína entrevistados afirma haberlo fumado durante este periodo. Este dato, sin embargo, es difícil de precisar porque en algunas entrevistas no queda claro si la sustancia que fumaron fue clorhidrato de cocaína o pasta de coca.

Asimismo, algunos entrevistados consumieron crack y un estudiante universitario se inyectó en dos ocasiones clorhidrato de cocaína, con carácter experimental.

Los he consumido diferenciadamente. Primero, como te digo, probé 'cristal' (clorhidrato de cocaína) en 'jale' (intranasal), 'base' (pasta de coca) en 'toco' (pipa) o en 'pitillo' (cigarrillo), 'free base' (crack) fumada, 'cristal' en inyectable (por vía intravenosa) pero esto lo hice sólo dos veces de inyectarme. De ahí no más. Me daba miedo las veces que me inyectaba, me gustaba pero tenía miedo... y además consumía otras drogas, que no se sacan o no se hacen de la hoja de coca. (C168CB)

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mitad de los entrevistados consumió diariamente durante diversas fases del periodo inicial. Una minoría (10%) lo hizo con una frecuencia mensual y algunos casos, en número similar, de forma semanal o esporádica. Un tercio de los entrevistados no aportó información sobre este aspecto.

No fue posible precisar las cantidades de consumo. Por otra parte, el consumo intranasal tampoco es característico de este periodo inicial.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Fue difícil para los entrevistados identificar este periodo (desde el primer día de consumo hasta el inicio de un consumo con una determinada pauta). En general, se trata de periodos cortos, poco relevantes en los itinerarios de consumo y que están muy alejados en el tiempo, sobre todo entre los consumidores intravenosos.

En el itinerario de consumo de la mayor parte de los consumidores de crack se observa la existencia del periodo inicial; en cambio, para la mayoría de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa este periodo no existe. Estos consumidores empiezan a consumir de forma regular inmediatamente después del primer consumo.

Para ambos derivados, el consumo durante el periodo inicial se produce de forma esporádica o con una frecuencia máxima de 2 o 3 veces al mes. Las cantidades aproximadas de consumo son de 2 a 8 gramos, cada día de consumo, entre los

consumidores de crack; y de 1 a 3 gramos entre los consumidores de clorhidrato de cocaína.

La mayor parte de los consumidores entrevistados, tanto de crack como de clorhidrato de cocaína, describió que mantenía un nivel bajo de consumo porque en este periodo consumía también cantidades relevantes de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y otras drogas.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Una parte importante de los entrevistados, en torno al 40%, carece de periodo inicial; es decir, consumieron regularmente desde el primer día de consumo.

La mitad de los que sí tuvieron un periodo inicial en su itinerario de consumo consumió de forma esporádica durante el mismo. Los restantes, en proporción similar, consumieron diariamente o con una frecuencia semanal.

Las cantidades de consumo durante el periodo inicial no han podido ser precisadas en las entrevistas.

6.3.2 Periodo intensivo²²

Hoja de coca (Cochabamba)

En el periodo intensivo la cantidad promedio aproximada de consumo es de 130 gramos al día y la frecuencia de consumo siempre es diaria (varias veces al día). Las cantidades consumidas varían sensiblemente: desde cantidades que nunca superan los 30 gramos al día, cantidad que constituye un nivel de consumo bastante frecuente, hasta otras que superan los 200 gramos diarios. Algunos entrevistados han consumido cantidades más elevadas, que pueden considerarse excepcionales, por ejemplo: conductor de vehículos en viajes a larga distancia que llegaba a consumir hasta 1380 gramos en cada viaje (usualmente, de más de un día de duración); ex-minero que consumía 230 gramos cada día cuando trabajaba en el interior de la mina; campesino que consumía 460 gramos diarios durante la época en la que trabajó "pisando hoja de coca". Este trabajo, extenuante, forma parte del proceso de maceración de la hoja de coca en la primera fase de la elaboración del clorhidrato de cocaína (ver la descripción del proceso de obtención de la pasta de coca en el apartado 2.1 del capítulo 2).

En general, la duración de este periodo intensivo suele ser muy corta. Los aculicadores tradicionales presentan un consumo muy estable a lo largo del tiempo que se caracteriza, también, por la existencia de incrementos periódicos o estacionales del consumo, en estrecha relación con las épocas de intensificación del trabajo. Cuando éstas concluyen el nivel de consumo desciende y se estabiliza en la

22 Recuérdese que la existencia de una etapa, o etapas, con un consumo más elevado (periodo intensivo) no siempre forma parte de la evolución del patrón de consumo de los entrevistados. Al igual que en relación al periodo inicial, y con el mismo objetivo, se incluye a continuación la proporción de itinerarios en los que existe el periodo intensivo: en Cochabamba, hoja de coca, 55%; pasta de coca, 85%; clorhidrato de cocaína, 58%. En Ibadan, clorhidrato de cocaína y crack, 75% (total de casos con información). En São Paulo, crack, 100%; clorhidrato de cocaína, 100%. En Río de Janeiro, clorhidrato de cocaína, 75% No se han considerado los casos sin información. Esta decisión sólo afecta de forma relevante a la muestra de Ibadan; por esta razón, la proporción de casos en cuyo itinerario se ha dado un periodo intensivo en este centro participante ha sido redimensionada.

pauta regular. En los consumidores de tipo instrumental, que consumen con una función esencialmente recreacional, también se observan etapas de corta duración con un consumo diario más elevado. En estos casos suele tratarse de incrementos relacionados con celebraciones o fiestas concretas.

Pasta de coca (Cochabamba)

Casi todos han consumido diariamente y sólo unos pocos (4 casos) con una frecuencia semanal, éstos últimos corresponden a consumidores de los tipos recreacional e instrumental.

Las cantidades varían considerablemente y los datos obtenidos son imprecisos, debido en parte a que una vez iniciado el consumo el usuario suele perder el control: puede permanecer varios días, incluso semanas (se han reportado hasta 3 semanas), fumando continuamente. La duración de las sesiones de consumo depende, por una parte, de la disponibilidad de la pasta de coca y, por otra, de la resistencia del organismo del consumidor.

Fumaba (pasta de coca) y después dormía mucho, así que no sé cuánto fumé en total. Sólo sé que estuve muy alterada y vomitaba demasiado, tenía temblores, dolor de cabeza y estómago. (P062CB)

Fue sin medida, la cantidad (de pasta de coca) es difícil de precisar. (P079CB)

Asimismo, en el periodo intensivo existe una segunda modalidad de uso que se caracteriza por un consumo diario excesivo, pero que se interrumpe durante el día o la noche, o durante uno o dos días, para "descansar" y reponer energías ingiriendo alimentos, líquidos y durmiendo. En un mismo consumidor disfuncional pueden encontrarse ambas modalidades de consumo.

Fumaba (pasta de coca) todas las noches, dormía un rato y luego salía a vender. Pero durante una semana fumé en forma constante, día y noche. (P165CB)

A pesar de la variabilidad y de la imprecisión, ya citadas, respecto a las cantidades, puede considerarse como promedio aproximado de consumo durante el periodo intensivo la cantidad de 20 gramos diarios.

La mayoría de los entrevistados recuerda, aunque de forma bastante imprecisa, la existencia de días de consumo particularmente intenso. En general, estos días de máximo consumo durante el periodo intensivo están relacionados con una especial disponibilidad de la pasta de coca y con las consecuencias de algunos acontecimientos importantes en la vida (especial sentimiento de frustración, situación de riesgo que les origina sentimientos auto-destructivos).

Ya me di al vicio, estaba a la muerte; quería drogarme (consumir pasta de coca) hasta morir. (P087CB)

Nuevamente, el consumo más intenso, en frecuencia y cantidad, aparece en los niños de la calle, donde se encuentran casos que consumen más de 500 gramos de pasta de coca en un mes. En ellos aparecen también los periodos de consumo intensivo más largos. Los casos extremos son un entrevistado que consumió a diario, y continuamente, durante tres meses; y otro, que llegó a consumir 600 gramos en 3 semanas.

El periodo intensivo, con consumos elevados diarios, no aparece entre los consumidores de los tipos recreacional e instrumental. No obstante, en momentos y situaciones concretos, pueden consumir cantidades elevadas de pasta de coca, que nunca superan los 20 gramos al mes, junto con alcohol y otras drogas. Esta situación es muy minoritaria.

Las tres veces que consumí así (pasta de coca), en cantidad, era porque me decepcioné de mi padre y quería olvidar que existía. No podía hablar con mi madre, me daba rabia y pena. Entre cinco compañeros y dos chicas, esos días, nos tomamos cuatro botellas de singani (bebida alcohólica destilada) y dos cajas de pasta (de coca) con una caja de marihuana, durante dos noches y dos días. (P154CB)

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados que han tenido etapas intensivas de consumo consumió durante esos períodos con una frecuencia diaria. Los consumidores que durante el periodo intensivo no llegaron a consumir diariamente son todos de los tipos recreacional, sobre todo, e instrumental.

La mayor parte de los entrevistados consumió cantidades superiores a los 10 gramos al mes. Estas cantidades son sensiblemente mayores entre los consumidores disfuncionales:

Consumía a diario 5 gramos (de clorhidrato de cocaína), raras veces me faltaba. En esta etapa era 'standard', el consumo era la misma cantidad: 5 gramos al día. El día de mayor consumo fue fuera de esta etapa, en 1989. Una sola vez más de 7 gramos de golpe: el efecto me duró de ocho de la mañana hasta las cuatro de la tarde. Lo hice por decepción de mi pareja. (C118CB)

Hasta 2 gramos (de clorhidrato de cocaína) inhalando día y noche en 'jales' (por aspiración intranasal) en forma diaria. No recuerdo el día, fue cuando me enteré que ella estaba embarazada, no sé cuantas veces. (C090CB)

La mayoría de los consumidores de tipo recreacional e instrumental ha consumido también cantidades elevadas aunque suelen ser consumos aislados por razones concretas, ilustrativamente:

Tenía que haber un cambio, olvidarme de todo. Problemas familiares y con mi chica. Por esas razones, porque pasó la crisis. Cada 3 noches, 3 a 4 gramos (de clorhidrato de cocaína), inhalando (por aspiración intranasal). (C014CB)

Por tener más libertad, más fiestas y reuniones con amigos. Semanal, 2 gramos. En una fiesta en la Universidad (consumí) unas 7 veces, casi 6 gramos. (C047CB)

Estaba trabajando. Ese día me quedé en la oficina, quería estar solo para olvidar mis problemas; esa noche consumí dos 'jales' ("aspiradas" de clorhidrato de cocaína) y me sentía muy bien. Pero lo más interesante fue que habían pasado las horas y no me di cuenta; cuando me fijé, el reloj marcaba las siete treinta de la mañana. Para evitar sospechas de mis compañeros volví a consumir, esta vez 3 'jales' y preparé en cigarrillo para fumarlo. (C148CB)

Como ya se ha dicho, casi todos los entrevistados consumen por vía intranasal y también es así en el periodo intensivo.

El consumo por vía intravenosa es muy minoritario (10% de la submuestra) y suele ser esporádico, esencialmente como experimentación (sólo un entrevistado utiliza esta vía regularmente a lo largo de su consumo). Esta vía sólo es utilizada por algunos consumidores disfuncionales y se asocia a la búsqueda de sensaciones más intensas (ilustrativamente, "veo hasta visiones y paso al estado de alucinación").

Más que por vicio creo que tenía mucha libertad y hacía lo que se me ocurría, no pensaba en otra cosa que en 'jalar' ("esnifar", clorhidrato de cocaína). A veces (consumía) 'illemanis' (pasta base con marihuana), también me 'pico' (inyecto) cuando la 'papa' (clorhidrato de cocaína) es cien por cien pura. (C156CB)

Fumar clorhidrato de cocaína también es muy minoritario. En algún caso se fuma para pasar desapercibido; en otros, puede constituirse en el método de consumo utilizado en las etapas con un consumo más intenso (consumidores de crack).

Excepcionalmente, dos consumidores utilizan una solución acuosa de clorhidrato de cocaína y se la administran en forma de gotas nasales. En ambos casos, la elección de esta opción está relacionada con problemas en la mucosa nasal provocados por el consumo aspirado por vía intranasal.

Estoy 'jodida' (mal) de la nariz, por eso uso en gotas. En Chile venden, pero es fácil de preparar. Sólo se prepara un gramo o más (de clorhidrato de cocaína), depende de ti, con agua destilada y lo usas como gotas y no sientes mucho dolor. (C179CB)

Son los mismos efectos cuando 'jalas' ("esnifas") o cuando te goteas porque es la misma droga (clorhidrato de cocaína). (C147CB)

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de los consumidores que han tenido periodos intensivos de consumo ha consumido diariamente, varias veces al día, durante dichos periodos. Los consumos con frecuencias no diarias son minoritarios.

Respecto a las cantidades de consumo características del periodo intensivo los datos obtenidos son muy imprecisos. De hecho, los datos sólo permiten afirmar la propia existencia del periodo intensivo.

Crack (Sao Paulo)

La mayoría describe un uso diario que dura prácticamente todo el día: inician el consumo por la mañana continuando hasta la noche. Algunos dicen que no duermen y continúan el consumo durante toda la noche, hasta el día siguiente.

Yo consumía (crack) todo el día. No vivía para fumar, fumaba para vivir. (K11SP)

Lo uso (el crack) todo el día, de la mañana a la noche. A veces paso el día y la noche sin dormir. (K26SP)

Muchos describen un uso totalmente incontrolado cuya única limitación es la disponibilidad de la sustancia o la inexistencia de medios para conseguirla.

La información sobre las cantidades de consumo siempre es aproximada y muy poco precisa. Normalmente, los entrevistados utilizan el número de "rocas" de crack como

medida y su conversión a gramos plantea dificultades; entre otras razones, porque el tamaño de las "rocas" varía.

Teniendo en cuenta estas dificultades, y con la debida reserva, la mayoría de los entrevistados consume más de 10 gramos diarios de crack durante el periodo intensivo, como promedio aproximado; una tercera parte entre 5 y 10 gramos y algunos casos cantidades menores.

La mayor parte no recuerda si en el periodo intensivo hubo días con un consumo particularmente más elevado. Entre los que lo recuerdan, pocos saben la cantidad. Los motivos de esos consumos más elevados son variados, aunque generalmente se refieren a situaciones caracterizadas por estados depresivos, por haber sufrido una decepción importante o por una mayor disponibilidad de crack:

Consumí (crack) sin parar unos tres días después de perder mi empleo. Fueron unas 30 o 40 'piedras' en total. (K36SP)

En esa época estaba con paranoia, una depresión muy fuerte y había adelgazado mucho. (K02SP)

Un amigo había ganado mucho dinero y lo gastamos todo en crack. Fue tanto que perdí la cuenta. (K17SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayor parte de los entrevistados describe un consumo diario durante el periodo intensivo. Estos consumidores informan sobre las cantidades de forma más ajustada que los de crack porque compran en gramos. La mayoría refiere cantidades menores que los consumidores de crack durante el periodo intensivo. No obstante, la comparación directa de las cantidades consumidas por unos y otros no puede realizarse al tratarse de derivados de la coca diferentes⁽²³⁾

Una cuestión de interés respecto a las cantidades que pueden consumirse está directamente relacionada con la vía de administración. Con la vía endovenosa, e independientemente del consumidor, surge una limitación física con el paso del tiempo

(23) Como ya se ha dejado constancia, las cantidades de consumo de los distintos derivados de la coca que se han incluido en el informe son sólo aproximaciones. A pesar de la imprecisión de los datos obtenidos éstos son útiles, por ejemplo, para mostrar con claridad diferencias relevantes según tipo de consumo en cada uno de los derivados. Como excepción, las cantidades de consumo de hoja de coca, sobre todo las de los consumidores de tipo tradicional, son las más fiables y precisas por la regularidad que caracteriza al acullico.

Por otra parte, para poder comparar rigurosamente las cantidades de alcaloide de cocaína que "realmente" consumen y asimilan los entrevistados (no en condiciones de laboratorio), además de obtener datos precisos sobre ellas, sería necesario tener en cuenta diversos factores ponderando además su incidencia: los distintos derivados de la coca analizados contienen compuestos químicos diferentes; todos ellos contienen cantidades variables de sus respectivos compuestos químicos básicos (sulfato de cocaína, clorhidrato de cocaína,...); a excepción de la hoja de coca, los restantes se venden al por menor adulterados con otras sustancias en un grado variable; existencia de diferencias de absorción y asimilación según la vía y método de administración; y otros factores posibles. A otro nivel, aunque relacionado, quizá sea de interés incluir aquí, a título orientativo, las cantidades de hoja de coca que se necesitan, según suele citarse, para elaborar 1 gramo de los restantes derivados: clorhidrato de cocaína, 500 gramos; crack, 400 gramos; pasta de coca, 200 gramos.

y todos los entrevistados relatan dificultades para encontrar venas en las que inyectarse, ilustrativamente:

Cuando voy a inyectarme (clorhidrato de cocaína) he de pensar dónde hacerlo... No es fácil encontrar venas en un cadáver. (I39SP)

Ya no tenía más venas... Me inyectaba (clorhidrato de cocaína) en las venas del pie o en la pierna. (I07SP)

Consumiendo crack esta limitación no existe y ninguno de los entrevistados refiere otra limitación similar. Este hecho quizá facilite todavía más el incremento del consumo.

El 40% de los consumidores de clorhidrato de cocaína utiliza cantidades superiores a los 10 gramos diarios y una proporción similar entre 5 y 10 gramos; los restantes, como promedio aproximado, consumen cantidades menores.

Como ocurre con los consumidores de crack, pocos consumidores de clorhidrato de cocaína recuerdan un día de mayor consumo (día de consumo máximo en el periodo intensivo) o la cantidad utilizada.

El que se inyecta (clorhidrato de cocaína) no es capaz de decir la dosis. A lo mejor puede decir que tenía 10 gramos cuando empezó la noche y no le quedaba nada a la mañana siguiente. ¿Pero cuánta ha desperdiciado? Cuando hay mucha preparo la droga sin cuidado y mucha acaba perdiéndose. (I39SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados consume diariamente, varias veces al día, durante este periodo. Los resultados obtenidos sobre la cantidad de consumo son excesivamente imprecisos y por ello no son tenidos en consideración.

Los entrevistados que en el periodo intensivo no llegan a consumir diariamente constituyen una minoría. Todos ellos forman parte del subtipo que ha logrado mantener sus relaciones laborales y familiares, aunque sea conflictiva y precariamente, y consumen clorhidrato de cocaína por vía intravenosa con un "cierto control" (este aspecto es analizado en el apartado 9.1 del capítulo 9). En general, son consumidores intensivos de otras drogas y, en particular, de clorhidrato de cocaína por vía intranasal.

6.3.3 Periodo actual o último

Hoja de coca (Cochabamba)

En el último mes de consumo (periodo actual o último) la frecuencia predominante de consumo sigue siendo diaria para la mayoría de los entrevistados. Una cuarta parte consume con una frecuencia semanal y el resto, una minoría, esporádicamente.

Las cantidades de hoja de coca consumidas son muy variables. Casi todos consumen de 1 a 4 bolas ('pijchos') cada día de consumo (de 8 a 32 gramos de hoja de coca). Una minoría consume cantidades menores.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría consume diariamente y una minoría con una periodicidad semanal. Muy pocos casos consumen con una frecuencia mensual o esporádica.

Las cantidades se distribuyen de la siguiente manera: casi un tercio consume cantidades menores de 2.5 gramos a la semana. En una proporción similar, en torno al 20%, consumen cantidades de 2.5 a 10 gramos y de 11 a 50 gramos a la semana. Una cuarta parte consume cantidades semanales más elevadas (entre los 50 y los 150 gramos) y una pequeña minoría supera los 150 gramos.

El consumo diario es característico de los consumidores disfuncionales. Entre los consumidores recreacionales e instrumentales predominan las frecuencias de consumo mensual y esporádica. Esta diferencia tan marcada según tipos de consumo se observa también en las cantidades. Considerando un promedio semanal aproximado, la mitad de los consumidores disfuncionales usan cantidades superiores a los 50 gramos; además, son frecuentes los consumos superiores a los 100 gramos, especialmente entre los niños de la calle. En muy pocos casos las cantidades son inferiores a los 2.5 gramos. Por el contrario, consumir menos de esa cantidad es lo común entre los no disfuncionales (tipos instrumental y recreacional).

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Una cuarta parte consume diariamente, una o varias sesiones de consumo cada día. La mitad consume con una frecuencia semanal y la cuarta parte restante lo hace con una frecuencia mensual o esporádica.

Casi la mitad consume como máximo 2.5 gramos a la semana (de ellos, la mayoría consume menos de 1 gramo). Un tercio consume de 2.5 a 10 gramos semanales; y los restantes (20%), cantidades más elevadas (superiores a los 10 gramos).

El consumo diario sólo se da en los consumidores disfuncionales. Los consumidores de tipo instrumental tienden a consumir semanalmente y los de tipo recreacional tienen un consumo más esporádico. La mayor parte de los consumidores recreacionales y aproximadamente la mitad de los instrumentales consumen cantidades bajas (hasta 2.5 gramos semanales). Los consumos que superan los 10 gramos a la semana corresponden casi exclusivamente a los consumidores de tipo disfuncional.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

De una tercera parte de la muestra no se ha podido obtener la frecuencia de consumo durante el último mes. De los restantes, la mayoría ha consumido diariamente y el resto, en proporción similar, con una frecuencia semanal, mensual o esporádica (en conjunto las frecuencias de consumo no diarias representan algo más de la cuarta parte del total).

Al igual que respecto a los anteriores períodos considerados no ha sido posible obtener datos fiables sobre las cantidades de consumo.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Después del período intensivo es frecuente observar que tanto los consumidores de crack como los de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa cambian su patrón de consumo. Las consecuencias del período intensivo parecen alertarlos y es en ese momento cuando toman medidas para disminuir o abandonar el consumo; este último objetivo casi nunca es alcanzado sin intervención externa (tratamiento).

Gran parte de los entrevistados (principalmente los usuarios de crack) se encontraba en esa situación, recién finalizado el período intensivo. Por esta razón, fue común encontrar consumidores que llevaban pocos días abstinentes -en estos casos, la última etapa de consumo coincidía con la intensiva- o que intentaban utilizar el crack o el clorhidrato de cocaína por vía intravenosa de una forma "controlada" disminuyendo la frecuencia y/o la cantidad.

Se observa una tendencia por parte de los consumidores a describir un uso más bajo del crack o del clorhidrato de cocaína, refiriéndose al consumo intensivo como un hecho del pasado. La mayor parte de las veces, por todos los indicios (fecha del último consumo, cantidades, indicadores observados durante las entrevistas, etc.), se llega a la conclusión de que esta declaración no se ajusta a la realidad y que los entrevistados se encuentran aún en la fase intensiva. Este dato se constató en la mayoría de los consumidores de clorhidrato de cocaína.

Exceptuando los casos en los que el periodo actual o último coincide con el intensivo, tanto entre los consumidores de crack como entre los de clorhidrato de cocaína predominan los consumos diarios inferiores a los 5 gramos a la semana.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

En el periodo actual o último sólo un tercio de la muestra consume diariamente, casi la mitad dice haber consumido como máximo en dos o tres ocasiones (frecuencia mensual) y el resto, una minoría (17%), con una frecuencia semanal.

Los resultados obtenidos sobre la cantidad de consumo son excesivamente imprecisos y por ello no han sido considerados.

6.3.4 Consumo habitual²⁴

Hoja de coca (Cochabamba)

Las frecuencias y cantidades de consumo a lo largo de la vida son bastante estables en casi todos los consumidores. La mayoría de la submuestra mantiene siempre una frecuencia de consumo diaria (la mayor parte de estos entrevistados son consumidores de tipo tradicional). De los restantes, la mayor parte consume con una frecuencia semanal y una minoría consume cada mes, en dos o tres ocasiones, o de forma esporádica.

En todos los casos suelen mantener a lo largo de los años, con pocas alteraciones, el mismo nivel de consumo establecido en el inicio del consumo con una cierta regularidad. La mayor variabilidad se presenta en los consumidores que residen en la ciudad: entre ellos se observa, con mayor frecuencia, la existencia de épocas de consumo más intenso. Los consumidores tradicionales suelen mantener un consumo diario estable desde el inicio. Casi la tercera parte de ellos presenta un incremento progresivo del consumo, durante el periodo inicial, hasta que éste se estabiliza: en general, entre los 24 y los 32 gramos diarios (supone el acullico espaciado en períodos regulares de 3 ó 4 bolas de hoja de coca a lo largo de la jornada laboral). Cuando

24 El consumo habitual ha sido definido como el consumo característico, típico, a lo largo del itinerario de consumo de los entrevistados. Debe tenerse en cuenta que los itinerarios de consumo se caracterizan por su complejidad y variabilidad. Cuando el itinerario de consumo es muy prolongado, los períodos que han sido elegidos como marcadores pueden mostrar solamente un fragmento temporal limitado. Aunque este hecho no necesariamente supone una simplificación excesiva de itinerarios particulares o una pérdida de información clave, estos problemas sí pueden darse. El objetivo de la inclusión de las características del *consumo habitual* es evitar, en la medida de lo posible, que esto suceda y complementar la información aportada en los períodos considerados y en relación al primer día de consumo. Debe considerarse, además, que no siempre las características del consumo habitual difieren de las de algunos de los períodos significativos establecidos, o de todos ellos. Esto es especialmente cierto cuando los patrones de consumo y otras características de la relación entre los consumidores y las sustancias son estables a lo largo del tiempo.

existen, las variaciones en el nivel de consumo se deben a la intensificación del trabajo.

El consumo instrumental con una finalidad estrictamente medicinal (2 casos) es diario desde el inicio y supone el consumo estable de una cantidad pequeña (15 a 20 hojas de coca). Estos consumidores no utilizan lejía ("llipta") ni bicarbonato.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados consume pasta de coca diariamente. Aumentan el nivel de consumo casi desde el inicio y consumen ya diariamente; a veces, después de una breve etapa de consumo semanal o mensual (periodo inicial). Las cantidades tienden a incrementarse independientemente de si se inician con cantidades bajas (menos de 10 gramos) o más altas. Los que llevan más tiempo consumiendo, o consumen cantidades más elevadas, tienen periodos de consumo muy intenso y luego lo disminuyen; la mayor parte de las veces, por problemas de distinta índole, casi siempre graves. Sólo una minoría, en la que se incluyen los consumidores recreacionales y casi todos los de tipo instrumental, mantiene a lo largo de su itinerario (de menor duración promedio que el de los disfuncionales) un consumo habitual con una frecuencia semanal o mensual, en proporción similar. El nivel de consumo se establece desde el inicio y suele ser estable a lo largo del tiempo no llegando nunca a una frecuencia diaria, ni en la etapa intensiva. Casi nunca consumen cantidades superiores a los 2.5 gramos semanales.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Aproximadamente la mitad de la submuestra consume a lo largo de su itinerario con una frecuencia semanal o mensual, con un predominio del consumo semanal. Una cuarta parte consume cada día y una minoría de forma esporádica. Las frecuencias de consumo más intensas -semanal y, sobre todo, diaria- son características de los consumidores disfuncionales. Del mismo modo, las menos intensas se corresponden con los niveles de consumo de los consumidores de tipo recreacional; éstos, habitualmente no superan las frecuencias semanales.

Las cantidades habituales son bajas para más de un tercio de la submuestra (en torno a los 2.5 gramos mensuales). El resto, en proporciones similares, consume cantidades medias (2.5 a 10 gramos) o altas (más de 10 gramos). Respecto a las cantidades, también son los consumidores disfuncionales los que presentan consumos muy superiores a los de los otros tipos. La mayoría de los consumidores de tipo recreacional consume cantidades bajas y ninguno de ellos consume más de 10 gramos mensuales como promedio aproximado de consumo habitual.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Además de la variabilidad general de los itinerarios, ya comentada, en este caso lo característico para la mayoría de los entrevistados es su irregularidad. Puede hablarse de un predominio de los consumos diarios aunque, frecuentemente, los consumidores muestran etapas con frecuencias de consumo menores y períodos de no consumo, breves y de una duración que supera los 6 meses (períodos de abstinencia en sentido estricto). Este mismo proceso se observa en las cantidades de consumo (variabilidad e irregularidad).

La razón principal que explica esta peculiaridad del consumo en Ibadan es de tipo económico, aunque existen otras que pueden ser más relevantes en casos particulares. Al parecer, según los datos obtenidos, la disponibilidad o no de medios económicos para financiar el consumo -que también parecen caracterizarse por la irregularidad- constituye un factor decisivo en las características del patrón de

consumo, con una incidencia mucho más destacada que en las restantes situaciones analizadas.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayor parte de la muestra consume diariamente (varias sesiones de consumo al día). Una vez que se ha establecido una pauta regular, el consumo diario constituye una constante en la vida de los consumidores (principalmente para los usuarios de crack).

La mayoría de la submuestra de crack afirma que la cantidad promedio aproximada consumida a lo largo de su itinerario supera los 5 gramos diarios. En el caso de la submuestra de clorhidrato de cocaína, la mayoría indica un consumo menor a los 5 gramos diarios. La única diferencia respecto al consumo habitual (típico) se establece en los períodos intensivos con un claro incremento de la cantidad diaria de consumo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La frecuencia de consumo predominante a lo largo del itinerario de consumo es diaria. Los restantes entrevistados, una parte importante de la muestra (40%), afirman que la frecuencia habitual de consumo es semanal o, en menor grado, mensual. Esta elevada proporción de consumos no diarios supone seguramente una subestimación de la frecuencia real de consumo a lo largo de la vida.

Como ya ha sido citado anteriormente, no se ha podido obtener información fiable respecto a las cantidades.

6.4 Evolución del consumo

6.4.1 Patrones temporales de consumo²⁵

Hoja de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los consumidores de hoja de coca presenta un patrón de consumo estable a lo largo del tiempo. Esta estabilidad se da especialmente entre los consumidores de tipo tradicional y no queda alterada por los periódicos incrementos del consumo (equivalentes a etapas intensivas) relacionados con la intensificación del trabajo, estacionales en la agricultura, o con períodos del ciclo anual en los que se

25 En el proyecto fueron definidos cinco patrones temporales de consumo para recoger, simplificadamente, la evolución de los niveles de consumo (frecuencia y cantidad) y otras características básicas de los patrones de consumo (períodos y duración de los mismos) a lo largo del tiempo. Los patrones temporales son los siguientes: *descendente*, el máximo de consumo (periodo intensivo) se sitúa en el inicio y el nivel de consumo desciende progresivamente con el paso del tiempo (tiende a la abstemcia, temporal o definitiva); *ascendente*, el consumo se incrementa progresivamente desde el inicio hasta un máximo (periodo intensivo) que coincide con el periodo actual o último; *estable*, el consumo se mantiene estable, o con ligeras variaciones, a lo largo del tiempo; *ascendente/descendente*, sigue la misma pauta que el ascendente hasta un máximo situado en algún punto intermedio del itinerario (periodo intensivo). A partir de ese punto el consumo decrece, como en el descendente; *intermitente*, la evolución se caracteriza por múltiples interrupciones y reinicios del consumo, siguiendo una pauta no definida; *irregular*, se caracteriza por la existencia de múltiples cambios en los niveles de consumo y por su distribución irregular a lo largo del itinerario de consumo.

concentran actividades festivas o rituales. Entre los consumidores de tipo tradicional se encuentran algunos casos, que deben ser considerados excepcionales, que responden a los patrones ascendente y descendente. Todos ellos se deben a la realización de tareas profesionales que exigen un gran esfuerzo durante períodos prolongados. Cuando estas actividades concluyen el consumo desciende y se estabiliza como en los casos predominantes.

Los patrones temporales que muestran incrementos y decrementos, el irregular y el intermitente, aun siendo minoritarios, son más frecuentes entre los consumidores de tipo instrumental que, en general, residen en las ciudades.

Pasta de coca (Cochabamba)

En el itinerario de consumo de la mayor parte de la submuestra está presente, con claridad, la tendencia al progresivo incremento del consumo.

El patrón temporal ascendente/descendente recoge la evolución del consumo de una parte importante de la submuestra (40%). Se trata de una evolución en la que después de haber alcanzado un máximo, periodo intensivo, o máximos el consumo decrece ante la aparición de problemas, en diversos grados de gravedad. Una cuarta parte de los entrevistados consume desde el inicio de forma compulsiva y en solitario (estos entrevistados carecen de periodo inicial) y la evolución de su consumo queda reflejada en el patrón descendente (periodo intensivo en el inicio del itinerario). El problema aquí, y en otros casos, radica en que a veces los patrones temporales utilizados simplifican excesivamente la evolución del consumo; de hecho, una representación gráfica más ajustada del itinerario de estos entrevistados sería la resultante de encadenar los patrones descendente y ascendente/descendente. Ambas evoluciones son características de los consumidores disfuncionales (constituyen el 82% de la submuestra).

La evolución del consumo a lo largo del tiempo de, aproximadamente, una cuarta parte de los entrevistados sigue el patrón ascendente. Todos estos casos responden a entrevistados que se encontraban en el momento de la entrevista en el periodo intensivo. Son consumidores disfuncionales y algunos son de tipo instrumental.

El patrón temporal de consumo estable es minoritario en la submuestra, por la elevada presencia de consumidores disfuncionales, pero describe la evolución de la mayor parte de los consumidores de tipo recreacional y de los restantes consumidores instrumentales (debe recordarse que éstos son sólo 5 en la submuestra).

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Más de un tercio de los entrevistados mantiene a lo largo de su itinerario un patrón estable. Algunos de ellos, antes de estabilizar el consumo han pasado por una etapa en la que éste se incrementaba progresivamente (periodo inicial); una vez estabilizado el nivel de consumo ya no aparecen períodos con un consumo más elevado (periodos intensivos). Este patrón muestra la evolución de la mitad de los consumidores recreacionales y de los instrumentales. Ningún consumidor disfuncional presenta un consumo estable y sin un periodo intensivo destacado a lo largo del tiempo.

Los patrones ascendente y descendente son muy minoritarios y sólo se dan en consumidores de los tipos recreacional e instrumental. Estos patrones deben ser considerados como casos muy particulares y los "máximos" que los definen no son equiparables a los observados en los consumidores disfuncionales. Que en este caso la evolución de ningún consumidor disfuncional de clorhidrato de cocaína se ajuste a ellos se debe, exclusivamente, a que ninguno de ellos se encontraba en el periodo intensivo de consumo en el momento de la entrevista (excluye el patrón ascendente); y

que la submuestra no incluye ningún entrevistado sin periodo inicial que iniciara su consumo con un máximo (patrón descendente).

El patrón ascendente/descendente es algo más frecuente, aun siendo minoritario (15% de la submuestra) y casi todos los casos corresponden a consumidores disfuncionales (es el patrón más frecuente en este tipo). El único que no lo es, un entrevistado del tipo instrumental, después del periodo intensivo ha logrado estabilizar el consumo a un nivel más bajo, a diferencia de los otros cuya evolución tiende a la abstemia (está relacionado con la diferente intensidad del máximo de consumo alcanzado y de los problemas asociados).

Las restantes evoluciones quedan descritas por los patrones intermitente (una cuarta parte de la submuestra) e irregular (20%). La distribución por tipos es similar en ambos patrones e incluye consumidores recreacionales, instrumentales y disfuncionales.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayoría de la muestra presenta un patrón temporal de consumo irregular. No obstante, es posible que por dificultades de interpretación una parte de los que así han sido considerados, cuya magnitud no puede precisarse, se ajusten mejor a otros patrones, especialmente al intermitente. Todos los restantes patrones son minoritarios en la muestra: ascendente, descendente y ascendente/descendente (cada uno de ellos en torno al 5% de los casos); estable e intermitente, en torno al 10% de los casos.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de la submuestra de crack presenta una evolución del consumo que sigue los patrones descendente y ascendente/descendente, característica del consumo disfuncional junto con la evolución ascendente (los restantes casos, un tercio de la submuestra). Si se han considerado aquí conjuntamente los patrones descendente y ascendente/descendente ha sido porque los períodos hasta alcanzar el máximo de consumo (periodo intensivo), cuya existencia es el rasgo que diferencia ambas evoluciones, tienen una duración muy breve.

Entre los consumidores intravenosos la situación es similar. De hecho, las diferencias existentes se deben al distinto peso relativo de las fases de la evolución del consumo en cada una de las submuestras. En este caso, la mayoría de los consumidores fue entrevistada cuando se encontraba en el periodo intensivo de consumo (patrón temporal ascendente). Salvo una pequeña minoría, la evolución del consumo de los restantes entrevistados, en torno al 40%, sigue los patrones descendente y ascendente/descendente, considerados conjuntamente por las razones ya aportadas respecto al consumo de crack.

La pequeña minoría a la que se ha hecho referencia, son sólo dos casos, presenta una evolución del consumo que sigue un patrón irregular, aunque tiende a una relativa estabilidad a lo largo del tiempo. En estos dos casos no existe un periodo intensivo y ambos consumidores pertenecen al subtipo que ha logrado mantener, de forma conflictiva y precaria, relaciones sociales normalizadas.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mitad de la muestra presenta un patrón ascendente/descendente; y algo más de la cuarta parte, el descendente. Ambos patrones muestran con claridad, aunque reflejan distintas fases de la evolución, la tendencia al incremento del consumo característica, sobre todo, del consumo disfuncional. A estos dos patrones habría que añadir el ascendente, muy minoritario en la muestra.

Una minoría de los entrevistados (en torno al 15%) asegura que su consumo se ha mantenido relativamente estable a lo largo del tiempo. Estos casos corresponden, como en Sao Paulo, a consumidores que han logrado mantener ciertos vínculos sociales normalizados pero aquí su representación en la muestra es más elevada. La relativa estabilidad del consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa no excluye la existencia de etapas de consumo muy intenso de esta sustancia por vía intranasal. En la muestra existen también algunos casos cuyo patrón temporal de consumo podría haberse considerado como estable (pertenecen a los restantes entrevistados que aseguran no haber tenido un periodo intensivo en su itinerario). Al analizarlos, y pese a las dificultades encontradas para clasificarlos con seguridad, se han encontrado indicios que parecen sugerir que se ajustan mejor a los patrones irregular e intermitente.

6.4.2 Evolución de frecuencias y cantidades

Hoja de coca (Cochabamba)

Para la mayoría de los entrevistados el nivel de consumo a lo largo del tiempo se mantiene relativamente estable: la frecuencia de consumo es diaria y las cantidades son de 3 ó 4 bolas diarias (equivale a de 24 a 32 gramos de hoja de coca). La evolución del consumo, desde el inicio, sólo sufre cambios durante los períodos en los que se intensifica el trabajo y, por tanto, también el acullico, estrechamente relacionado con él entre los consumidores de tipo tradicional.

Entre los consumidores de tipo instrumental el nivel de consumo también es bastante estable a lo largo del tiempo. No obstante, en estos casos la variabilidad es mayor. La frecuencia de consumo puede variar de diaria a semanal o a esporádica, o viceversa, en períodos concretos de itinerarios particulares de consumo. Las cantidades pueden oscilar desde unas pocas hojas a varias bolas al día; normalmente, nunca más de 4 (equivale a 32 gramos de hoja de coca). También se dan incrementos de la cantidad de consumo más elevados que en los consumidores tradicionales, aunque en circunstancias concretas y durante períodos muy breves.

Pasta de coca (Cochabamba)

La evolución de las frecuencias de consumo a lo largo del itinerario presenta mucha variabilidad en el conjunto de la submuestra. Esta variabilidad está estrechamente relacionada con los distintos tipos de consumo y con las características de la fase actual o última de consumo.

Entre una parte de los consumidores disfuncionales se observa la progresión -a veces, muy rápida- de los consumos mensuales o semanales, en el inicio, hasta su estabilización como consumo diario; entre los restantes, la frecuencia diaria es estable desde el inicio, especialmente en los niños de la calle. La disminución de la frecuencia de consumo respecto a la característica de períodos anteriores al intensivo sólo se observa entre una minoría de los consumidores; éstos, cuya evolución queda recogida en el patrón ascendente/descendente, seguían como consumidores activos en el momento de la entrevista.

La frecuencia de consumo es estable desde el inicio entre los consumidores de tipo recreacional y, también, aunque menos uniformemente, entre los instrumentales. Entre estos últimos también se observa una tendencia al incremento de la frecuencia del consumo a lo largo del tiempo; no obstante, a diferencia de lo que ocurre con los disfuncionales, en este caso, la progresión sólo es de consumos iniciales esporádicos o mensuales a semanales.

La evolución de las cantidades de consumo a lo largo del tiempo presenta también una gran variabilidad. Para poder analizar esta información ha sido necesario establecer unas categorías con las cantidades de consumo. Con ello se acepta una simplificación la información obtenida y una reducción de la variabilidad existente.

Una parte importante de los entrevistados (alrededor del 40%) consume cantidades bajas (hasta 10 gramos semanales) y medias (de 11 a 50 gramos semanales), que se van incrementando a lo largo del tiempo, hasta llegar a un máximo (periodo intensivo) en el que consumen cantidades altas y muy altas (de 51 a 100 gramos; más de 100 gramos semanales); posteriormente, en el último periodo de consumo, el consumo se reduce a cantidades medias o bajas. Una cuarta parte sigue la misma evolución, y con las mismas cantidades, hasta el periodo intensivo, momento en el que estos consumidores fueron entrevistados. Todos los entrevistados que muestran estas evoluciones son consumidores disfuncionales.

Algo menos de una cuarta parte mantiene la cantidad de consumo a lo largo de su itinerario en la categoría baja (hasta 10 gramos semanales). Esta "estabilidad", por lo ya apuntado, no excluye la existencia de variaciones en las cantidades de consumo dentro de esta categoría (consumo bajo). Entre ellos están todos los consumidores de los tipos recreacional e instrumental y una minoría de los disfuncionales.

Muy pocos entrevistados, todos ellos disfuncionales, logran mantener consumos altos (de 51 a 100 gramos semanales), de forma más o menos estable, a lo largo del tiempo.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La evolución de frecuencias y cantidades de consumo muestra una amplia variabilidad, especialmente entre los entrevistados que presentan una etapa intensiva de consumo (éstos constituyen la mayoría de la submuestra).

La evolución de las frecuencias de consumo, en los entrevistados en cuyo itinerario no se ha dado un periodo intensivo de consumo (42% de la submuestra), es como sigue: la mitad de ellos mantiene la frecuencia inicial de consumo (mensual) a lo largo del tiempo; la otra mitad la incrementa hasta un consumo semanal, nunca diario. Todos son consumidores recreacionales e instrumentales.

En los itinerarios en los que existe un periodo intensivo se dan principalmente estas dos situaciones, en una proporción similar: evoluciones de consumos esporádicos o mensuales que llegan a ser diarios en el periodo intensivo y que posteriormente se reducen a semanales o, minoritariamente, a las frecuencias iniciales; evoluciones similares a las anteriores pero con consumos diarios en el último periodo (coincide con el intensivo). También se dan otras evoluciones (en torno al 20%) en consumidores disfuncionales en activo: estabilidad del consumo diario desde el inicio hasta el último periodo de consumo; consumos diarios desde el inicio que son reducidos a una frecuencia semanal en el consumo actual.

En relación a la evolución de las cantidades, cuando no existe un periodo intensivo, la mayor parte de los consumidores mantiene, de forma relativamente estable, consumos bajos (hasta 2.5 gramos mensuales) a lo largo del tiempo; los restantes, una cuarta parte, lo van incrementando paulatinamente hasta alcanzar consumos medios (de 2.5 a 10 gramos mensuales). Este incremento marca una tendencia al aumento del consumo, con claridad en algunos casos, pero no define, en rigor, la existencia de etapas intensivas en el itinerario.

En los casos con periodo intensivo se observa un proceso similar al de las frecuencias. Simplificando la información obtenida, predominan dos situaciones: evoluciones de consumos iniciales bajos y medios que alcanzan cantidades altas en el periodo intensivo (más de 10 gramos al mes) y que, posteriormente, se reducen a niveles similares a los iniciales; evoluciones que indican una tendencia continua al incremento, desde cantidades de consumo bajas y medias, y que, en el momento de la entrevista, se encuentran en el nivel alto de consumo (periodo intensivo). Una minoría de los consumidores ha mantenido desde el inicio del consumo habitual cantidades medias y altas de consumo.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Las limitaciones de la información recogida respecto a las frecuencias de consumo y, especialmente, las cantidades no permiten reconstruir de una forma fiable su evolución. Quizá, lo único que puede sustentarse, sin olvidar la irregularidad que caracteriza a los itinerarios de consumo, es la aparente tendencia al incremento de la frecuencia y de la cantidad de consumo a lo largo del tiempo; por lo menos, en una parte importante de la muestra.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La evolución de las frecuencias y cantidades, a pesar de la variabilidad existente, presenta unos rasgos bastante uniformes sólo diferenciados por el estadio del itinerario de consumo en el momento de la entrevista. Los consumidores, desde el primer día de consumo o después de un periodo muy breve, pasan a consumir con una frecuencia diaria, varias veces al día. Mientras se mantienen como consumidores en activo esta frecuencia no varía y sólo disminuye con la aparición de problemas y ante la perspectiva de dejar el consumo, temporal o definitivamente. Las cantidades siguen una evolución semejante, incrementándose con claridad en los periodos intensivos.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La evolución de las frecuencias de consumo a lo largo del tiempo se asemeja a la de Sao Paulo. Predominio de los consumos diarios, a los que se llega muy rápidamente, y periodos con una menor frecuencia de consumo (semanal) en fases de intento de abandono o de control del consumo. Estos periodos de consumo no diario son más frecuentes entre los consumidores que han logrado mantener ciertos vínculos sociales normalizados.

Como ya ha sido explicado al analizar los distintos periodos de consumo, no se ha podido obtener información fiable de las cantidades de consumo.

6.4.3 Evolución de los métodos de consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

Aunque sea innecesario citarlo, la forma de consumo (el acullico) se mantiene inalterable a lo largo del tiempo.

Pasta de coca (Cochabamba)

La pasta de coca se fuma indistintamente en cigarrillo o pipa. En el periodo intensivo parece existir un ligero predominio del uso de la pipa; no obstante, la información disponible respecto a este hecho no permite afirmar la relación entre esta forma de consumo y consumos más intensos.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados ha consumido exclusivamente por aspiración intranasal a lo largo de su itinerario.

Aunque los datos no siempre son del todo claros (puede incluir casos de confusión con la pasta de coca), casi una cuarta parte de la submuestra ha fumado en diversas ocasiones clorhidrato de cocaína. En cualquier caso, este método de consumo es claramente secundario y casi nunca sustituye al consumo intranasal. Además, se produce sobre todo en el periodo inicial y casi siempre va asociado al consumo en lugares públicos y como estrategia de ocultación. El consumo fumado sólo constituye el método principal de consumo para unos cuantos entrevistados, consumidores de crack en el último periodo de consumo. Como ya ha sido explicado, algunos consumidores han experimentado con la vía intravenosa; y uno de los entrevistados la ha utilizado regularmente.

Además, dos entrevistados han consumido una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en forma de gotas nasales y otro afirma que lo ha ingerido oralmente ("pero me dolía la garganta cuando lo hacía comido", C167CB). Estos métodos, junto con el frotado de clorhidrato de cocaína en las zonas genitales, gotas oculares y otros posibles, deben ser considerados como casos muy minoritarios y poco relevantes. Su interés radica en que muestran, a pesar de su excepcionalidad, entre otros rasgos más importantes, la riqueza de usos y las múltiples facetas que caracterizan al consumo de clorhidrato de cocaína y, por extensión, al conjunto de los derivados de la coca.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

En todos los itinerarios que forman parte de la muestra parece predominar el consumo inhalado de crack, sobre todo utilizando el método "*chasing de dragon*" y, secundariamente, el "*free basing*" (estos métodos han sido descritos en el apartado 2.1 del capítulo 2, ver notas al pie números 3 y 4). El crack también se fuma en cigarrillo aunque este método es utilizado más frecuentemente para consumir el clorhidrato de cocaína. El consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal parece minoritario y suele darse solamente en ámbito privado. De nuevo, no parece que pueda hablarse, en rigor, de una evolución de los métodos de consumo a lo largo del tiempo: la utilización de uno u otro parece deberse sobre todo a las circunstancias del consumo, que se caracterizan por su variabilidad.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Casi todos los entrevistados iniciaron el consumo de clorhidrato de cocaína utilizando la aspiración intranasal.

Los consumidores de crack continúan consumiendo clorhidrato de cocaína por vía intranasal durante la etapa inicial de consumo de crack. No obstante, la frecuencia y la cantidad de consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal va disminuyendo paralelamente al aumento del consumo de crack.

La mayoría de la submuestra abandona el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal cuando empieza el consumo regular de crack. Los restantes, algo menos de un tercio, alterna a lo largo de su itinerario el consumo de crack con el de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, aunque no parece existir un esquema regular de uso de este último.

Los consumidores que antes del consumo de crack habían consumido clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, alternan durante una breve etapa ambos consumos, a veces también con el consumo intranasal, hasta que consumen crack de forma exclusiva.

Al final era sólo crack, ya no me inyectaba y 'esnifaba' raramente (clorhidrato de cocaína). (K28SP)

En lo referente al consumo por vía intravenosa, algunos entrevistados comentan que es frecuente el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal antes o después del intravenoso para potenciar los efectos. También destaca el cambio al consumo intranasal en lugares donde el consumo intravenoso no es posible. Sólo una minoría ha consumido de forma casi exclusiva por vía intravenosa a lo largo de la vida.

Antes de inyectarme (clorhidrato de cocaína), a veces (lo) 'esnifaba'. También 'esnifaba' cuando estaba en sitios donde no podía inyectarme. (I15SP)

Me 'pinchaba' (inyectaba clorhidrato de cocaína), 'esnifaba', me pasaba así toda la noche... Cuando salía a sitios que había música, 'esnifaba'; cuando estaba libre para inyectarme (cuando podía hacerlo), me 'pinchaba' y luego 'esnifaba'. (I35SP)

Cuando deciden disminuir o dejar el consumo de crack, o de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, el consumo intranasal parece asumir un papel importante en la vida de algunos consumidores.

Sólo 'esnifaba' (clorhidrato de cocaína) para no inyectarme (lo). (I20SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Todos los entrevistados iniciaron el consumo de clorhidrato de cocaína utilizando la aspiración intranasal. Aunque la información es algo confusa, una parte importante de la muestra sigue consumiendo clorhidrato de cocaína por vía intranasal a lo largo de la vida. No obstante, en la mayor parte de los casos, el método principal de consumo sigue siendo el intravenoso. Asimismo, una minoría combina la vía intravenosa con el consumo de crack.

7. Contextos de consumo y de obtención

7.1 Contexto de consumo

El contexto de consumo incluye los lugares, ambientes, personas con las que se consume (grupos de consumo, grupos de sociabilidad) y las actividades que se desarrollan durante el consumo.

7.1.1 Periodo inicial²⁶

Hoja de coca (Cochabamba)

El consumo se realiza predominantemente en el trabajo, principalmente entre los acullicadores que son agricultores y mineros. En el consumo de tipo tradicional suele consumirse con los familiares; con ellos se comparte el consumo de hoja de coca en el trabajo, en la casa, en ritos y ceremonias y en otras situaciones festivas o de sociabilidad.

El acullico con los compañeros de trabajo, amigos y vecinos -tanto en el trabajo como en actividades ceremoniales, rituales y de sociabilidad- es muy frecuente en la mayor parte de los entrevistados. Estas relaciones sociales con otros consumidores son más importantes que las familiares entre los acullicadores que no trabajan en la agricultura y en los que residen en la ciudad. Sólo una minoría acullica exclusivamente en escenarios de sociabilidad relacionados con la diversión (bares y similares); todos ellos forman parte de un subtipo, el social-recreacional, del consumo instrumental.

Existe también un consumo en solitario, aunque muy minoritario, en relación con las características peculiares de algunos trabajos, por ejemplo: conductores de vehículos de larga distancia; agricultores, mientras realizan la venta de sus productos; estudiantes y profesionales cualificados cuando estudian o trabajan, normalmente durante la noche.

Pasta de coca (Cochabamba)

En el periodo inicial más de un tercio de los entrevistados consumía en la calle (plazuelas, lugares deshabitados, bajo los puentes del río, etc.). Ningún consumidor de los tipos recreacional e instrumental consumió en esos lugares; por el contrario, el consumo en la calle aparece en casi todos los niños de la calle y en casi la mitad de los restantes consumidores disfuncionales.

El consumo en domicilios (ámbito privado) se da en un tercio de los entrevistados. Este ámbito de consumo es predominante entre los consumidores de tipo recreacional y muy minoritario en los restantes tipos de consumo definidos.

Algo menos de una cuarta parte de los entrevistados consumió en bares y escenarios de sociabilidad similares (ámbito público) durante este periodo. El consumo en el lugar de trabajo o en la escuela es minoritario; no obstante, en esos escenarios consumían todos los entrevistados de tipo instrumental. Un entrevistado consumió durante su estancia en la cárcel.

26 Debe dejarse constancia, de nuevo, que cuando la información analizada se refiere a los periodos de consumo inicial o intensivo -establecidos, junto con el actual o último, como marcadores significativos del itinerario- el total de casos no coincide, necesariamente, con el total de la muestra o submuestra sino con el de los entrevistados en los que dichos periodos existen (ver notas al pie números 2 y 3 del capítulo 6).

La mayoría consumió en esta etapa con amigos, que casi siempre son compañeros de consumo. La existencia de estas relaciones de consumo destaca especialmente entre los niños de la calle; en este caso, la presencia de los amigos da seguridad por la posibilidad de recibir ayuda en cualquier situación de crisis. Así lo expresa uno de los entrevistados.

Fumaba día y noche, hasta que un día la droga (pasta de coca) me pateó. Empecé a vomitar, mis ojos se pusieron brillosos, fosforescentes... vi arder un fuego a mi lado y vi salir de ahí al diablo. Me quise tirar del puente y mis amigos me sujetaron.

Sólo una minoría consumió con compañeros de trabajo; todos ellos son entrevistados de tipo instrumental. El consumo con la pareja es muy minoritario y se observa casi exclusivamente en mujeres entrevistadas, de tipo disfuncional, que en este periodo consumieron con su pareja cuando mantenían relaciones sexuales.

Para más de un tercio de los entrevistados, desde el inicio, el consumo no se produjo durante el desempeño de ninguna actividad: la única "actividad" fue el propio consumo. En una proporción similar predominó el consumo vinculado a relaciones de sociabilidad y en ambientes festivos.

Uno se pone más alegre; es decir, consume pasta (de coca) y tabaco. Es como poner un buen sazonador a las comidas. Se podría decir que tanto el trago (bebida alcohólica) como la pasta son los ingredientes esenciales para pasarlo bien y a todo dar.

Una minoría consumió cuando trabajaba o cuando realizaba actividades delictivas.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

En el periodo inicial el consumo tuvo lugar, en igual proporción, en ámbito privado (domicilios) y público (bares, discotecas, etc.). En el trabajo consumió una minoría; casi exclusivamente, son entrevistados de tipo instrumental.

El círculo social de consumo estuvo constituido fundamentalmente por amigos y conocidos, sobre todo para los consumidores de tipo recreacional. Algo menos de una cuarta parte consumió con compañeros de actividad (un tercio de los instrumentales). El consumo con el cónyuge o pareja es minoritario. El consumo en solitario se dio desde el inicio en una cuarta parte de los entrevistados. Casi la mitad de los entrevistados de tipo instrumental consumió en solitario en el lugar de trabajo para mantener oculto el consumo; también consumieron en solitario un tercio de los entrevistados de tipo disfuncional. No obstante, durante este periodo inicial, el consumo en solitario no suele ser exclusivo.

El consumo de clorhidrato de cocaína está claramente vinculado con relaciones de sociabilidad y en ambiente festivo, especialmente en las salidas nocturnas del fin de semana. También se da en ambientes de relación social, con compañeros o relaciones de trabajo, una vez finalizada la jornada laboral, en restaurantes, whiskerías, etc. En estos locales el consumo puede realizarse de forma más o menos abierta y compartida, en grupo; o "privatizada", en solitario o con otra persona, y oculta (en los lavabos de los locales).

En el trabajo, el consumo se vincula al rendimiento intelectual o laboral.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Algo más de la mitad de los entrevistados consumió, predominantemente, en bares durante el periodo inicial. Casi un tercio lo hizo en ámbito privado (domicilios particulares); y los restantes, una minoría, en la calle u otros lugares.

La mayor parte consumió con amigos y conocidos. El consumo con personas con las que se mantiene una relación más estrecha (familiares y amigos íntimos) es minoritario. Sólo un entrevistado consumió predominantemente en solitario.

El consumo está vinculado a relaciones de sociabilidad y en ambientes festivos. Sólo una pequeña minoría consumió en actividades de otro tipo, laborales o escolares.

Crack (Sao Paulo)

La mayoría de los consumidores de crack ha consumido durante el periodo inicial con amigos o compañeros en domicilios particulares. En lugares aislados, como locales abandonados, o en el domicilio de traficantes consumió una minoría. Menos de la cuarta parte consumió predominantemente en solitario.

Siempre en sitios bien escondidos. Consumía (crack) con los amigos que se iniciaron conmigo, no consumía solo. (K04SP)

Desde el inicio, para la mayor parte de los entrevistados la actividad principal era fumar crack.

Lo único que hacíamos era fumar crack. (K36SP)

No se hacía nada. No se hablaba, sólo se consumía crack. (K16SP)

Sólo unos pocos dicen que durante este periodo consumían para mejorar su rendimiento en el trabajo (legal o ilegal) o, explícitamente, por placer (consumo hedonista).

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

En la etapa inicial de consumo del clorhidrato de cocaína, todos los que la tuvieron relatan actividades como ir a fiestas, bailar, enamorarse, conversar con amigos, etc. Estos entrevistados atribuyen al consumo el poder de "liberarlos", de mejorar el desempeño de estas actividades.

Casi todos explican que en este periodo consumían en diversos lugares y ambientes. No obstante, el consumo en fiestas es el más destacado. En general, los ambientes de consumo en este periodo son descritos como "relajados".

Yo la usaba (consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína) para ir a la discoteca... (I17SP)

Ir a un bar, reunirse con los amigos, beber cerveza... (I33SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mitad de los entrevistados consumió preferentemente en domicilios particulares (ámbito privado) y más de una tercera parte en la calle. Sólo una minoría lo hizo en otros lugares.

El círculo social de consumo se componía mayoritariamente de amigos y conocidos. Una minoría, en torno al 13%, consumió con amigos íntimos o con su cónyuge o

pareja; y en una proporción similar, con relaciones de consumo (el vínculo principal es el propio consumo). También, otra minoría consumió predominantemente en solitario.

El consumo tuvo lugar preferentemente en ambientes genéricos de sociabilidad (más de un tercio) o en fiestas (una cuarta parte); el resto, más de un tercio, en ambientes diversos o en solitario

7.1.2 Periodo intensivo

Hoja de coca (Cochabamba)

En el periodo intensivo el contexto de consumo (lugares, ambientes, personas y actividades) prácticamente no se modifica. En todo caso, por lo ya visto en capítulos anteriores, se incrementa la importancia de los ambientes laborales, sobre todo entre campesinos, y de las actividades rituales y ceremoniales.

Pasta de coca (Cochabamba)

El consumo siempre se da en lugares privados o privatizados (aislados u ocultos). En una proporción similar, los entrevistados consumen en la calle (en lugares deshabitados o en el río) o en casas particulares. Los que consumen en la calle son exclusivamente entrevistados de tipo disfuncional.

El consumo en bares, escuelas o lugares de trabajo, como lugares prioritarios de consumo, sólo se da en algún caso. Una minoría consume en cualquier lugar, indiferenciadamente.

Algo más de la mitad consume en solitario y el resto con amigos. El consumo con compañeros de escuela o de trabajo es casi inexistente.

Para la mayor parte de los entrevistados, tanto si han consumido solos o con amigos, la actividad central es fumar la pasta de coca.

Consumía (yo solo) en mi casa y en el cementerio porque allí no va nadie. No hacíamos nada, sólo conversábamos y consumíamos (pasta de coca).

Sólo una minoría consume durante este periodo en ambientes de fiesta o de sociabilidad. En esta minoría se encuentran todos los entrevistados de tipo recreacional y sólo 3 consumidores disfuncionales. El consumo en actividades delictivas (robos), mientras trabajan (tipo instrumental) o cuando mantienen relaciones sexuales es muy minoritario.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

El ámbito de consumo mayoritario es el privado. La mayoría consume en fiestas y reuniones en casas particulares de amigos y conocidos. Entre los consumidores disfuncionales destaca el consumo en ambientes de sociabilidad, donde todo el mundo consume y donde el consumo en sí mismo desempeña un papel clave. Frecuentemente, supone el consumo de cantidades elevadas en sesiones que pueden durar días.

(Consumía solo) en mi casa o en casas de amigos. O sea, me perdía semanas de mi casa, me quedaba en casa de mis amigos drogándome todo el día. Como te digo, siempre terminaba en orgías, siempre. Todo el que iba tenía que (consumir clorhidrato de cocaína) porque si no, ¿para qué iba? (C080CB)

Las situaciones más extremas se dan en el caso de los proveedores:

Consumía (clorhidrato de cocaína) en diferentes sitios, en casas de gente que trabajaba para mí, en fiestas... En casas donde se consumía, ahí me quedaba, tenía cama, comida, crédito. La gente me tenía mucho respeto. Ese tiempo había una viejita, una 'buena señora', ahora 'mala señora', con ella consumía en su casa, nunca solo. (C159CB)

El consumo en solitario, en casa, durante la noche, es también frecuente, aunque no necesariamente exclusivo, en este periodo (un tercio de los entrevistados).

(Consumía clorhidrato de cocaína) en mi cuarto, consumía 2 'papelinas' (2 gramos) por noche, hasta las 6 de la mañana... me duchaba para ir a la Universidad. Con videos o con la televisión era un 'k'olo' (consumidor) bien pasado. Era por pasar el rato... me ponía nervioso, apagaba la 'tele'; otra vez, la encendía, hasta que acababa con la 'papelina'. (C156CB)

Otra constatación importante es que durante el periodo intensivo una minoría de los consumidores, todos ellos disfuncionales, consume en cualquier lugar y situación, acompañada y en solitario. En estos casos todo gravita exclusivamente sobre el consumo.

Menos de la cuarta parte de los entrevistados ha consumido preferentemente en bares, discotecas u otros lugares públicos; sobre todo son consumidores de tipo recreacional. Una proporción similar consume preferentemente en el lugar de trabajo; entre ellos se encuentran los consumidores de tipo instrumental y, especialmente, los que trabajan en la elaboración o venta de clorhidrato de cocaína.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Más de la mitad de los entrevistados consume, predominantemente, en bares y más de un tercio (41%) en ámbito privado (domicilios particulares). Sólo un caso consume sobre todo en la calle.

La mayor parte consume con amigos y conocidos. El consumo con personas con las que se mantiene una relación más estrecha (familiares y amigos íntimos) es minoritario (12%). Los restantes, también un 12%, consumen con compañeros de actividad o en solitario.

El consumo está vinculado a relaciones genéricas de sociabilidad o se produce principalmente en ambientes festivos (la mitad de los entrevistados en cada caso).

Crack (Sao Paulo)

En el periodo intensivo se configura claramente un consumo en solitario.

Los que elaboran el crack parecen ser los únicos que consumen con otros, pero siempre con un número reducido de personas. No obstante, también dicen que muchas veces habían consumido solos durante el periodo intensivo.

Asimismo, se observa un cambio interesante en el lugar de consumo. Si en el periodo inicial predominaba la casa de los amigos en el intensivo es la propia casa. Este hecho parece revelar el aislamiento a que se someten los consumidores en ese periodo. Estos son algunos testimonios ilustrativos:

El crack yo no lo comarto con nadie... y cuando estoy consumiendo no hablo con nadie. (K28SP)

Yo salía de casa, iba a buscar la droga, volvía, me encerraba. Todo el mundo sabía que estaba consumiendo (crack), pero yo no abría la puerta, no cogía el teléfono... no quería tener contacto con nadie. (K31SP)

Casi todos declaran que no realizaban ninguna otra actividad que no sea la de consumir crack, en un ambiente definido como tenso y agresivo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Se refleja también entre los usuarios de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa una preferencia por consumir en soledad.

En esa época consumía en casa, solo. Era muy terrible consumir 'pinchado' (clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) delante de otra gente, incluso de los que consumían. Se veía demasiada sangre... (I18SP)

Esa tendencia al aislamiento no es tan fuerte como la constatada con el crack. La idea de poder ser ayudado en caso de una "sobredosis" o ante cualquier otro accidente durante la administración de la droga favorece que se busque la compañía de otros. A este hecho se añade la dificultad de algunos para inyectarse.

Yo siempre consumo (clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) con alguien porque no me la sé inyectar. (I01SP)

Yo consumía (clorhidrato de cocaína) sola pero siempre en presencia de mi prima. Tenía mucho miedo de estar sola y tener alguna cosa (problema cuando se inyectaba). (I23SP)

La casa del entrevistado aparece como el lugar más citado para el consumo de la droga en solitario.

Yo no hacía nada, sólo quería consumir (clorhidrato de cocaína en mi casa). En esa época yo no tenía escrúpulos. (I18SP)

Algunos asocian el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa a la búsqueda de placer y a actividades relacionales, de sociabilidad, o para "desinhibirse" (para tener relaciones homosexuales).

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados consume preferentemente en domicilios particulares (ámbito privado) o en la calle (39% en cada caso). Sólo una cuarta parte consume en otros lugares, sobre todo en zonas reservadas de bares o locales similares que facilitan la ocultación del consumo.

Una cuarta parte consume con amigos íntimos o con su cónyuge o pareja; y en una minoría de los casos (15%) el círculo social de consumo se compone de amigos y conocidos. Los restantes, en una proporción similar, consumen con personas sólo vinculadas por el propio consumo (compañeros de consumo) o en solitario.

Para la mitad de los entrevistados el consumo tiene lugar, preferentemente, en ambientes genéricos de sociabilidad. No obstante, y sin excluir la importancia de factores de relación social, el consumo en sí mismo es la actividad más importante. Para los restantes, la otra mitad, la única actividad es el consumo.

7.1.3 Periodo actual o último

Hoja de coca (Cochabamba)

Las características del contexto de consumo en el periodo actual o último (último mes de consumo) son las mismas que en los dos períodos ya descritos. Se sigue acullicando preferentemente en el trabajo, con los familiares y compañeros. Las actividades ceremoniales y recreativas también son relevantes en la mayoría de los casos.

Casi la tercera parte de los acullicadores tradicionales consume también en cualquier lugar (algunos de ellos tenían el "aculli" en la boca mientras se realizaba la entrevista) y en solitario en algunas ocasiones, aunque no realicen ninguna actividad; otros consumen principalmente en rituales y ceremonias. Los acullicadores citadinos lo hacen preferentemente en rituales, en situaciones de sociabilidad o en escenarios de interacción social relacionados con la diversión (bares y similares). Sólo en estos escenarios el acullico está directamente asociado al consumo de alcohol.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte consume en domicilios particulares (ámbito privado) o en la calle, en una proporción similar. Una minoría consume en bares y chicherías o en el trabajo (tipo instrumental).

La mayoría de los consumidores disfuncionales fuman la pasta de coca con amigos o compañeros de consumo (una o dos personas de confianza). Un tercio consume en solitario.

Cuando se consume, la actividad principal es el propio consumo para la mayoría de la submuestra. Menos de una cuarta parte consume en ambientes de sociabilidad; y en el trabajo sólo consumen los de tipo instrumental, una minoría. El consumo mientras se realizan actividades delictivas es muy minoritario.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

En el periodo actual o último el consumo de la mitad de los entrevistados se realiza preferentemente en ámbito privado (domicilios particulares). Aproximadamente, en un tercio de los casos los entrevistados indican que consumen en lugares públicos, discotecas, restaurantes, etc. El consumo en otros lugares es minoritario.

La mitad de los consumidores consume con amigos y conocidos. Una minoría comparte el consumo con su pareja. Asimismo, destaca el consumo en solitario, aunque éste no sea exclusivo, especialmente en los entrevistados de tipo disfuncional.

(Consumo clorhidrato de cocaína) solo. (Es) drogarse todo el día y salida a 'discos' (discotecas) en la noche. (C080CB).

Casi todos consumen en actividades relaciones y festivas, tanto en ámbito público como privado. En estas actividades participan, sobre todo, grupos de amigos.

En cualquier lugar... discotecas, reuniones. Se hizo hábito y sólo (consumía clorhidrato de cocaína) con él (su pareja). (C031CB)

En cantinas, discotecas, bebiendo porque quiero consumir droga (clorhidrato de cocaína) y tomar más (alcohol). (C172CB)

Una minoría consume en actividades laborales o de estudio (entrevistados de tipo instrumental).

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayoría de la muestra consume, sobre todo, en bares durante el último periodo de consumo y casi un tercio en ámbito privado (domicilios particulares). Sólo algún caso consume en la calle u otros lugares.

La mayor parte consume con amigos y conocidos. El consumo con personas con las que se mantiene una relación más estrecha (familiares y amigos íntimos) es minoritario.

El consumo está vinculado, casi exclusivamente, a relaciones de sociabilidad. Es muy frecuente que el consumo se produzca en ambientes festivos.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

En el capítulo anterior (capítulo 6) ya ha sido descrito que buena parte de los entrevistados se encontraba en el periodo intensivo durante la fase de entrevista. Por esta razón, las características del contexto de consumo en el periodo actual o último coinciden, a grandes rasgos, con las ya aportadas al analizar el periodo intensivo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados consume preferentemente en domicilios particulares (ámbito privado) y sólo una minoría en la calle o en otros lugares (en conjunto, suponen el 20%).

El círculo social de consumo está formado mayoritariamente por amigos íntimos o por los cónyuges o parejas de los entrevistados. Una minoría consume predominantemente con amigos o conocidos y algún caso con compañeros de consumo.

El consumo aparece vinculado a relaciones de sociabilidad, preferentemente en ambientes festivos en ámbito privado (domicilios particulares) o a actividades diversas; entre ellas, el consumo en sí mismo.

7.1.4 Consumo habitual

Hoja de coca, pasta de coca y clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

A lo largo de la vida de los entrevistados los lugares de consumo característicos, típicos, que predominan son los siguientes: lugar de trabajo y casas propias o de familiares o amigos (hoja de coca); casas propias o de amigos y lugares solitarios en la calle (pasta de coca); casas propias o de amigos y bares o equivalentes (clorhidrato de cocaína).

Los círculos sociales de consumo característicos que destacan a lo largo del consumo son: familiares, compañeros de trabajo y amigos (hoja de coca); relaciones de consumo, amigos íntimos y consumo en solitario (pasta de coca); amigos y, en menor proporción, en solitario (clorhidrato de cocaína). El consumo en solitario supone, de hecho, la inexistencia de un círculo social de consumo.

Las actividades típicas predominantes en las que se consume a lo largo de la vida son: laborales, rituales y de sociabilidad comunitaria y grupal (hoja de coca); en ninguna actividad (sólo consumo) y sociabilidad (pasta de coca); sociabilidad y actividades festivas (clorhidrato de cocaína).

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

A lo largo del itinerario de consumo predomina claramente el consumo en ámbito público (bares, restaurantes) con amigos y conocidos. El círculo de relación social caracterizado por vínculos más estrechos es poco relevante. El consumo aparece incorporado mayoritariamente en ambientes de sociabilidad.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

A lo largo de la vida el consumo tiende a recluirse, bien en el domicilio propio o en lugares aislados y protegidos. Asimismo, las relaciones sociales se fragilizan progresivamente y los consumidores tienden a consumir en solitario, con más claridad entre los consumidores de crack. En cualquier caso, el grupo de consumidores tiende a reducirse limitándose a unas cuantas personas de confianza, compañeras de consumo. Aunque en el periodo inicial el consumo puede formar parte de actividades de sociabilidad o festivas más amplias, con el tiempo, éstas se diluyen y el consumo en sí mismo se convierte en la única actividad.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Predomina con claridad el consumo en ámbito privado (domicilio propio o de amigos), tanto con amigos o conocidos como con personas con las que se mantiene una relación personal más estrecha (amigos íntimos, cónyuge o pareja). También destaca, especialmente en fases concretas del itinerario, el consumo en solitario y la tendencia al aislamiento (más de un tercio de la muestra). El consumo, por un lado, forma parte integrada de ambientes y relaciones de sociabilidad más amplias (patrón más "normalizado"); por otro, se constituye en la actividad principal de los consumidores y en el vínculo más importante que mantienen entre sí, como en la muestra de Sao Paulo.

7.1.5 Evolución del contexto de consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

La mayor parte de la submuestra no modifica de forma sustancial las características del contexto de consumo establecidas desde la etapa inicial. Esta constatación es más relevante si se considera que algunos consumidores, a pesar de haber abandonado la agricultura y la minería, al trasladar su residencia a la ciudad continúan aculicando habitualmente y mantienen, con pocos cambios, todos los rasgos del acullico tradicional.

Pasta de coca (Cochabamba)

Más de un tercio de los entrevistados ha consumido en la calle, el río y otros lugares abiertos a lo largo de la vida, sin cambios (son, sobre todo, los chicos de la calle y más de un tercio del resto de los consumidores disfuncionales). Los restantes consumidores disfuncionales consumen en casas deshabitadas, en lugares ocultos o apartados. El consumo en la calle o en lugares apartados también se da, aunque minoritariamente, en las fases de consumo intensivo de otros consumidores. Los consumidores de los tipos recreacional e instrumental mantienen de forma relativamente estable el lugar de consumo a lo largo de la vida: domicilios particulares, bares y, en el caso de los instrumentales, lugares de trabajo

El consumo con amigos se mantiene a lo largo del tiempo, especialmente entre los chicos de la calle (subtipo de los disfuncionales) y los consumidores de tipo recreacional. El consumo con compañeros de trabajo es muy minoritario y se da casi exclusivamente en los de tipo instrumental. El consumo en solitario sólo se da entre los consumidores de tipo disfuncional y, especialmente, en algunos periodos. Estos consumidores se protegen en lugares aislados, relativamente seguros, y entonces

pueden prescindir de los amigos y compañeros de consumo, que en un ambiente callejero son necesarios para una mutua protección.

Ya desde el inicio, para más de un tercio de la submuestra, fumar pasta de coca es la actividad central, tanto si consumen solos como si están con otros consumidores. En el periodo intensivo fumar pasta de coca constituye la actividad principal para la mayor parte de la submuestra. El consumo de los entrevistados de tipo recreacional siempre se da en ambientes de sociabilidad y festivos. Los consumidores de tipo disfuncional suelen consumir también en ambientes de sociabilidad cuando el nivel de consumo desciende (en algunos casos, constituyen grupos de consumo en los que todos consumen cantidades elevadas). El consumo durante el desempeño de otras actividades -de forma regular a lo largo de la vida, en periodos importantes o en situaciones especiales- es muy minoritario: los de tipo instrumental consumen cuando trabajan y algunos disfuncionales lo hacen cuando realizan actividades delictivas.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados no muestra cambios importantes en las características del contexto de consumo a lo largo de la vida. Esta estabilidad se observa de forma destacada entre los consumidores de tipo recreacional.

Desde el inicio, el consumo está preferentemente ligado a ambientes de relación social y festivos y tiene lugar, sobre todo, en ámbito privado (domicilios particulares). Los consumidores de tipo recreacional consumen preferentemente en ámbito privado y, posteriormente, más de la mitad consume también en bares, discotecas y locales similares. El consumo en el lugar de trabajo, de forma regular, es minoritario (consumidores de tipo instrumental).

Cuando el nivel de consumo aumenta el consumo tiende a ser más oculto y se reduce el grupo de personas con las que se consume; asimismo, también se modifican los vínculos entre los consumidores. Si al principio la relación social y la amistad son prioritarias (grupos de sociabilidad) posteriormente, para más de la mitad de la submuestra, lo esencial acaba siendo el consumo (grupos de consumo). Esta tendencia se observa en casi todos los entrevistados de tipo disfuncional y en una parte de los instrumentales. El consumo en cualquier lugar, situación o actividad se da, sobre todo, en la etapa intensiva; también, el consumo en solitario (todos ellos son consumidores disfuncionales).

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

En general, se observa bastante estabilidad en las características del contexto de consumo a lo largo del tiempo. Predomina el consumo en escenarios públicos de interacción social (bares, restaurantes y locales similares) y, en menor grado, en ámbito privado (domicilios particulares). En este último ámbito se consume también clorhidrato de cocaína por aspiración intranasal, aunque es un método minoritario, como ya ha sido señalado. Se suele consumir preferentemente con amigos y conocidos, sin variaciones importantes, y en ambientes de sociabilidad o festivos.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Después de un periodo, de duración variable, en el que se consume mayoritariamente en domicilios particulares y con amigos, en un ambiente festivo, cuando el consumo se intensifica los consumidores se aíslan progresivamente y predomina el consumo en solitario en lugares ocultos, sobre todo entre los consumidores de crack.

Los consumidores de clorhidrato de cocaína o de crack afirman que en el ambiente de consumo no hay amistades, ni solidaridad, ni cualquier otra clase de compañerismo.

La droga transforma las relaciones convirtiéndose en el objetivo central y cualquier otra actividad que no sea el propio consumo queda relegada.

Sólo unos pocos afirman que la relación con los compañeros es más importante que el consumo en sí mismo. En estos casos se refieren solamente a su pareja o a alguien que puede ayudarles ante la aparición de problemas cuando se administran el clorhidrato de cocaína o el crack.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

A lo largo del tiempo se mantiene la preferencia por el consumo en ámbito privado (domicilio propio o de amigos). En las etapas intensivas de consumo se incrementa el consumo en la calle y en lugares ocultos y deshabitados.

El círculo de consumo se mantiene relativamente estable, en términos generales: se consume con amigos y conocidos. Con el paso del tiempo, y a medida que el consumo adquiere una mayor importancia, el círculo de consumo se restringe, las relaciones sociales se fragilizan y aumenta el consumo en solitario o con personas cuyo único vínculo es el propio consumo. Del mismo modo, la importancia de las actividades en las que se produce el consumo, sociabilidad y diversión, va decreciendo a medida que éste se incrementa y cuando el consumo es compulsivo la única actividad relevante es el propio consumo.

7.2 Mercado callejero

7.2.1 Accesibilidad

Hoja de coca (Cochabamba)

Dado que la hoja de coca es legal en Bolivia, ésta se obtiene en el mercado normalizado con la misma facilidad que otros productos. La compra y venta de hoja de coca se realiza en la ciudad, en los mercados feriales. Los vendedores, generalmente mujeres, venden la hoja de coca a granel, por libras (1 libra son 460 gramos), onzas (1 onza son 30 gramos) o puñados (1 puñado equivale a, aproximadamente, 16 gramos). En estos lugares se venden también "lejías" de diferentes procedencias y calidades (ver nota al pie número 3 del capítulo 3), y cigarrillos de tabaco elaborados artesanalmente, denominados "k'uyunas" (palabra quechua que significa "torcidos" y que los describe acertadamente por su aspecto), que suelen fumarse cuando se acullica. En algunas ofrendas el consumo de tabaco, principalmente "k'uyunas", es indispensable porque forma parte del ritual.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de la submuestra afirma que es "fácil" o "muy fácil" conseguir la pasta de coca si se tienen los contactos adecuados y, por supuesto, si se dispone de dinero. Lógicamente, su obtención es más difícil cuando la policía intensifica el control.

Los que están involucrados en el tráfico tienen a su disposición, en los puntos de venta, cantidades que van, normalmente, desde 1/4 de kilo a 1 kilo.

La pasta de coca es mucho más fácil de obtener que el clorhidrato de cocaína, más caro y cuya distribución es más restringida. Los vendedores, según la mayoría de los entrevistados, venden exclusivamente pasta de coca; no obstante, algunos venden también clorhidrato de cocaína y marihuana.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Para la mayoría de los consumidores es bastante fácil conseguir clorhidrato de cocaína. Cuando no es así es porque no tienen buenos contactos o porque no conocen suficientemente bien la ciudad. Se pueden mencionar otras razones menos relevantes como las batidas policiales, los factores económicos y el hecho de no ser conocido como consumidor por los vendedores.

Los contactos son fundamentales, no solamente uno sino varios, y es mejor si éstos forman una red. Con ello, se trata de garantizar el abastecimiento en cualquier situación, incluso en caso de viaje.

Una parte de los proveedores vende clorhidrato de cocaína, pasta de coca y marihuana; otra, sólo vende clorhidrato de cocaína. Un entrevistado señala que los vendedores de clorhidrato de cocaína son diferentes a los de pasta de coca, siendo los primeros, normalmente, "gente elegante y de mayor nivel social".

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de los consumidores consigue fácilmente el clorhidrato de cocaína o el crack. El principal factor para obtenerlo con facilidad es tener dinero; la relación de amistad con los vendedores sólo es señalada por una minoría.

La mayoría de los entrevistados indica que la marihuana es más fácil de obtener que el clorhidrato de cocaína o el crack. De forma minoritaria, mencionan que algunos psicofármacos también se obtienen más fácilmente (estimulantes, barbitúricos).

La mitad de los entrevistados afirma que los distribuidores de derivados de la coca venden también heroína; una minoría cita la venta conjunta, en los mismos lugares y por los mismos vendedores, de crack, clorhidrato de cocaína y marihuana.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Los entrevistados no tienen ninguna dificultad para encontrar crack, sobre todo, y/o clorhidrato de cocaína.

Los consumidores de crack alegan que la mayor facilidad relativa para encontrarlo se debe a que los traficantes prefieren negociar con ese derivado. La mayor parte de ellos afirma que en la mayoría de los puntos de venta de drogas sólo se vende crack. También informan que en la actualidad es mucho más fácil encontrar crack que cualquier otra droga ilegal, incluso que la marihuana.

Los consumidores de clorhidrato de cocaína afirman que este derivado se consigue con facilidad por el conocimiento que tienen de los lugares donde lo venden o por sus contactos con personas que trafican. Buena parte de ellos asegura también que es más fácil conseguir crack que clorhidrato de cocaína.

Todos coinciden en afirmar que la marihuana, en este momento, es un producto escaso en el mercado.

Las razones que pueden explicar la amplia difusión del crack son, según los entrevistados: por un lado, el tráfico es más lucrativo porque las cantidades utilizadas por los consumidores de crack son superiores a las que usan los consumidores de clorhidrato de cocaína y, por tanto, el beneficio para el traficante también es mayor; por otro lado, el crack parece generar dependencia mucho más rápidamente convirtiendo al consumidor en un comprador asiduo y fiel.

Estos factores condicionan claramente la oferta y los traficantes, siguiendo la lógica del máximo beneficio, acaban ofreciendo exclusivamente crack. Esta estrategia de mercado acaba no dando alternativas al consumidor de drogas generando de esa forma una demanda muy rentable. Todos los entrevistados coinciden en afirmar que, en la actualidad, si alguien quiere iniciarse en el consumo de clorhidrato de cocaína, y carece de contactos, le será difícil encontrarlo en el mercado; en cambio, encontrará crack en cualquier punto de venta. Con esta presión de la oferta, si se mantiene, es probable que en un futuro próximo el crack se convierta en la principal droga ilegal de inicio. Estas son algunas descripciones que pueden ilustrar claramente esta situación:

En este momento no se encuentran otras drogas, sólo crack... Yo sólo 'esnifaba' (clorhidrato de cocaína); de repente, 'las bocas' (locales de venta) cerca de casa pasaron a tener sólo crack. Yo no quería consumir... así empecé, porque no tenía otra cosa. (K31SP)

El crack es más fácil (de obtener porque) hay mucha oferta. La gente tiene miedo del sida (asociado al consumo intravenoso) y se ha pasado a consumir crack. El crack está en todos los sitios. (K19SP)

El crack es más fácil de encontrar porque hay muchos consumidores. Es un negocio que da mucho dinero. Da más dinero que vender 'polvo' (clorhidrato de cocaína). El traficante sabe que el que compra crack acaba volviendo enseguida. (K32SP)

La venta de clorhidrato de cocaína en el mismo lugar que el crack es infrecuente. Algunos señalan que, a veces, se pueden encontrar traficantes que venden ambos derivados de la coca, pero no es habitual. Todavía es más difícil encontrar otras drogas (marihuana, LSD, etc.); éstas sólo se consiguen por encargo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Según casi todos los entrevistados conseguir clorhidrato de cocaína en Río de Janeiro es muy fácil. En cambio, obtener crack es comparativamente muy difícil porque su presencia en el mercado callejero es muy limitada.

Al parecer, este hecho, que establece una diferencia muy marcada respecto a lo que ocurre en São Paulo, forma parte de una estrategia de la oferta para evitar que el crack entre en competencia con el clorhidrato de cocaína, derivado que es considerado más rentable. Asimismo, los consumidores de crack son considerados por algunos entrevistados relacionados con el tráfico como "más violentos e irresponsables" y, por ello, indeseables para el buen funcionamiento del negocio, especialmente si participan de alguna forma en la cadena de distribución. Esta última información se contradice con la obtenida de un entrevistado, que había trabajado como "vigía" (vigilante) en un lugar de venta, y que afirma que el crack, fumado con marihuana, era utilizado precisamente, y de forma casi exclusiva, por personas relacionadas con la venta y durante el desempeño de su actividad para mantenerse alerta.

La mayor parte de los entrevistados afirma que los distribuidores venden conjuntamente clorhidrato de cocaína y marihuana. Algunos afirman que esta última droga y los derivados anfetamínicos son más fáciles de obtener que el clorhidrato de cocaína.

7.2.2 Formas y lugares de obtención; cambios en el funcionamiento del mercado

Hoja de Coca (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados compra la hoja de coca en los mercados feriales, como ya ha sido citado en este mismo capítulo. En la submuestra también hay algunos productores que, lógicamente, la obtienen de su propia cosecha. Una minoría recibe hojas de coca como parte de la remuneración por el trabajo realizado.

Los entrevistados refieren que es más difícil comprar hoja de coca en la estación de las lluvias porque se produce una clara disminución de la oferta. Al parecer, ésta es la única variación importante en el funcionamiento del mercado. Además, por las dificultades existentes en el transporte, en esas épocas su precio se incrementa.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los consumidores compra la pasta de coca; también es frecuente su obtención intercambiándola por otros objetos (ropa, joyas, artículos eléctricos y otros). Los consumidores que están involucrados en la distribución a pequeña escala suelen obtenerla como pago por sus servicios.

Los lugares más comunes de obtención están situados en la calle: existen proveedores callejeros en las zonas más concurridas del centro de la ciudad y de la periferia. También es frecuente comprar la pasta de coca en el domicilio del proveedor (una cuarta parte de la submuestra). Otros lugares de obtención, aunque menos relevantes, son algunos bares y chicherías.

Las únicas diferencias que se señalan en el funcionamiento del mercado están relacionadas con la incidencia de las acciones de control de la policía, que hacen disminuir temporalmente la oferta.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados lo compran. Algunos compran cantidades superiores a las que consumen para vender una parte y con el beneficio que obtienen costean su propio consumo. La compra conjunta también es frecuente, sobre todo entre los consumidores de tipo recreacional (amigos o conocidos que aportan dinero formando un fondo común). La invitación es una forma relativamente frecuente de obtención de clorhidrato de cocaína, sobre todo en las mujeres (tipo recreacional). La obtención como pago por servicios o por intercambio de otros productos es muy minoritaria.

Prácticamente la mitad de la submuestra obtiene el clorhidrato de cocaína en domicilios particulares, el propio o el de amigos consumidores, a los que se desplazan los vendedores. La obtención en el domicilio del proveedor, en lugares públicos (bares, discotecas), en la calle u otros lugares es menos frecuente.

Las llamadas telefónicas desempeñan un papel importante en el funcionamiento de la red de distribución. En general, una llamada telefónica al contacto precede al abastecimiento en los lugares ya citados. En todas estas situaciones se trata de asegurar la calidad del producto. Cuando se quiere conseguir clorhidrato de cocaína y no se pueden utilizar los contactos habituales, por cualquier razón, éste se busca en la calle, en algunos puntos de venta de dulces, pequeñas tiendas o en el río. En este último lugar puede reconocerse cuándo están vendiendo drogas porque "encienden y apagan fósforos".

Las únicas diferencias que se señalan en el funcionamiento del mercado coinciden con las ya citadas al analizar la pasta de coca. Puede añadirse, complementariamente, que el mercado callejero intensifica su actividad durante la noche.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Casi todos los entrevistados afirman que la forma más frecuente de obtención del crack o del clorhidrato de cocaína es la compra. Sólo algunos de ellos dicen que los obtienen como pago por el desempeño de algún trabajo o servicio, no necesariamente relacionados con el tráfico, o intercambiándolos por otra droga.

La compra se realiza mayoritariamente en domicilios particulares, preferentemente de los propios traficantes y sólo muy minoritariamente en los de los consumidores. También, aunque su papel parece ser secundario, existen puntos de venta en la calle y en algunos locales de consumo de bebidas alcohólicas.

Según los entrevistados no existen variaciones importantes en el funcionamiento de la red de distribución según determinadas épocas del año, días de la semana u horas del día. Destacan que lo único importante para obtener drogas con facilidad es disponer del dinero necesario, conocer el funcionamiento de la red de distribución y guardar ciertas reglas para evitar problemas con la policía.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayor parte de la muestra afirma que obtiene el crack o el clorhidrato de cocaína comprándolos. Muchos dicen que el dinero para comprar estas drogas lo consiguen a través de actividades ilícitas o delictivas: robo, prostitución o trabajando como "correos" (intermediarios entre consumidores y traficantes; son denominados "aviones").

En general, la distribución se realiza en lugares en los que hay mucha actividad y movimiento (bares, pubs, etc.) porque facilita la ocultación del comercio, ilegal, y no despierta sospechas.

Según los entrevistados las "favelas" (núcleos marginales) también parecen ser lugares adecuados para la distribución. En estos barrios existen calles totalmente comprometidas con el tráfico. Una parte de los consumidores compran la droga en esas calles, en lugares totalmente abiertos (esquinas, en plena calle, etc.).

El domicilio del traficante casi no se cita como lugar de distribución. Según los entrevistados, como medida de seguridad, el traficante sólo utiliza su propia casa como punto de venta para los "clientes antiguos" (y de confianza).

Ninguno de los entrevistados apuntó a la policía como obstáculo para la obtención de crack o de clorhidrato de cocaína. Más bien parece que existe un cierto "pacto" de coexistencia pacífica entre traficantes y policía que permite el funcionamiento del mercado.

No parece existir ningún factor relacionado con la época del año que tenga influencia en el funcionamiento del tráfico de derivados de la coca. Solamente algunos citan que durante el día es un poco más difícil comprarlos porque los traficantes aprovechan ese periodo para dormir.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados obtiene el clorhidrato de cocaína comprándolo a pequeños proveedores, denominados "vapores de asfalto"; éstos, compran pequeñas cantidades en los lugares de venta (denominados "bocas de humo"), situados casi

exclusivamente en las "favelas" (barrios marginales), en las colinas de la ciudad ("morros"), y las revenden a un número limitado de clientes, más o menos habituales.

Si esta red falla por alguna razón, según la mayoría de los entrevistados, los consumidores compran directamente a los distribuidores de las "favelas", frecuentemente utilizando intermediarios especializados, denominados "aviones", para realizar la transacción. Los "aviones" se sitúan fuera de las "favelas", muy cerca de ellas, y allí reciben el dinero de los compradores; con el dinero, entran en la "favela", realizan la compra y le entregan el clorhidrato de cocaína al comprador, que espera fuera. Este procedimiento es una medida de seguridad, sobre todo para los compradores, que evita que éstos se adentren en un territorio particularmente peligroso para los extraños.

Es fácil porque cuando tú tienes buenos contactos con personas que consumen, y que tienen otros contactos, es una red de consumo que difícilmente falla. Y si falla, todavía está el "morro" (la colina). Quien va allá siempre encuentra (clorhidrato de cocaína). (I11RJ)

7.2.3 Características de los distribuidores y relaciones entre consumidores y distribuidores

Hoja de coca (Cochabamba)

La relación que tienen los consumidores con los vendedores de hoja de coca es netamente comercial. Los vendedores de hoja de coca compran a los productores "cargas" de 50 kilos y las venden en pequeñas porciones. Cuando las hojas de coca se transportan a largas distancias, desde las zonas productoras, el precio aumenta proporcionalmente y es una fuente de trabajo para algunos pequeños comerciantes.

Una minoría de los entrevistados, agricultores productores de hoja de coca, se provee de sus propios cultivos y lleva su producción a los mercados de hoja de coca existentes en los poblados de la zona productora cercana a Cochabamba (Chapare). Los productores suelen ser campesinos quechua o aymaras, o ex-mineros que perdieron su trabajo al cerrar las minas, cuyos únicos ingresos provienen del cultivo del arbusto de la coca, el único cultivo rentable en dicha zona productora, y que les permiten vivir, aunque de forma muy modesta.

A pesar de que la compra-venta de hoja de coca es legal, algunos vendedores encuentran frecuentemente dificultades para transportar las "cargas" de hoja de coca, e incluso cantidades menores, desde las zonas productoras. Ilustrativamente, uno de los entrevistados afirma: "han querido quitarme en las 'trancas' (puestos de control de la policía) por llevar cinco o diez libras de (hoja de) coca (de 2 a 4 kilos)".

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte mantiene una relación de tipo comercial con los proveedores. Para una minoría, los proveedores son sus amigos o personas de confianza.

Los vendedores son descritos como "personas normales y corrientes" que tienen un negocio. Algunos entrevistados dicen que son "gente que no les importa el bienestar ajeno" y otros describen a los grandes narcotraficantes como "gente con mucho dinero".

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Como ya ha sido descrito, la relación con los vendedores es esencial para garantizar la calidad del producto y el abastecimiento. En general, los proveedores son personas

socialmente integradas y según la mayoría de los entrevistados son de un nivel social más alto que los vendedores de pasta de coca.

Aproximadamente la mitad de los consumidores compra el clorhidrato de cocaína a vendedores con los que mantienen una relación exclusivamente comercial. Las relaciones de los restantes entrevistados con los vendedores son definidas, en una proporción similar, como de amistad o conocimiento.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Casi la mitad de los entrevistados afirma que su relación con los vendedores es de "amistad"; para los restantes, la relación es definida como estrictamente comercial.

Según las descripciones de los entrevistados, entre los traficantes se encuentran comerciantes de petróleo, miembros de las fuerzas armadas y comerciantes de armas y municiones. Según parece, las bandas criminales consumen clorhidrato de cocaína o crack antes de realizar robos a mano armada; por ello, la misma gente que vende armas y municiones a los criminales también vende derivados de la coca.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de los entrevistados señala que tiene relaciones estrictamente comerciales con los traficantes. Una minoría dice que la relación es de "amistad"; sin embargo, esta relación es definida como "superficial" o "falsa", ya que esencialmente se mantiene por el interés de no ser engañados en la compra de la droga. Son muy pocos los que dicen que son verdaderamente amigos de los traficantes. Otros afirman que el traficante llega a ser un "conocido" cuando los consumidores se convierten en "clientes habituales" de un único vendedor.

Mantengo una amistad superficial con los traficantes (de crack), sólo para que no me engañen. (K14SP)

Voy tanto al mismo sitio (a comprar crack) que acabo haciendo conocidos en el local. (K26SP)

Describen a los vendedores como gente muy diversa: desde "personas normales", que generalmente tienen otra actividad legal, a "criminales".

Son personas normales que tienen su negocio. Conozco algunos que querían vender dulces en el centro de la ciudad pero siempre les fiscalizaban el puesto. Acabaron en ese otro negocio (tráfico de drogas). (K36SP)

Son bandidos, gente sin cultura, sin condición social. (I28SP)

Los vendedores a pequeña escala pertenecen normalmente a la clase social baja, tienen un bajo nivel de instrucción y en gran parte residen en las "favelas" (núcleos marginales).

Algunos entrevistados se han convertido en correos (los llamados "aviones"). Normalmente son distribuidores a pequeña escala que reciben crack para su propio consumo como pago por su servicio. Se mantienen en esa "profesión" temporalmente y/o se dedican a ella en algunas ocasiones.

Para los traficantes a pequeña escala, la venta constituye su sustento y eventualmente el de su familia; en el caso de los "aviones", su implicación en el tráfico sólo les permite el mantenimiento de su propio consumo.

La mayor parte de los traficantes son hombres. La violencia que envuelve ese tipo de actividad parece que lo convierte en una actividad "típicamente masculina".

El tráfico se desarrolla, preferentemente, en los barrios más pobres de la ciudad ("favelas"). Este "comercio" se rige por reglas muy estrictas y rígidas. Su desobediencia siempre comporta represalias violentas, cuando no la muerte. Las deudas, el robo a los traficantes, o incluso su tentativa, son las principales causas de enfrentamiento.

A un amigo lo mató el traficante. Quiso robarle (clorhidrato de cocaína), empezaron a pelear y murió, le rompió la cabeza. (I17SP)

A mi amigo (...) se lo llevaron a la vía del tren y lo mataron a pedradas. Había intentado robar droga (crack). (K22SP)

Según los entrevistados, la policía es otro segmento en la cadena del tráfico. Muchos la describen como activa participante de ese comercio ilícito. Además, aparece muy citada como generadora de violencia.

En la misma línea, según los entrevistados, los traficantes pagan a la policía para no ser "importunados" y para que los "proteja". Además, varios entrevistados afirman que el consumo está extendido entre la policía.

Muchos de los amigos con los que consumo (crack) son policías. (K05SP)

Algunos, incluso, citan varios puntos de venta como "pertenecientes" a sectores de los cuerpos policiales. Ese ambiente desmoralizado y corrupto propicia y favorece las situaciones de agresividad y violencia. En caso de detención de los culpables se sabe que difícilmente serán castigados; por las mismas razones, las víctimas muy raramente harán alguna denuncia porque también saben que en estos casos las leyes que rigen son las del tráfico, no las de la sociedad. Las leyes de la sociedad no sólo no son respetadas sino que las infracciones gozan de una total impunidad.

Algunos consumidores describen un tráfico más de élite. En este caso, los clientes son de clase social alta y la compra se efectúa por teléfono y se entrega a domicilio. Este tipo de tráfico está más relacionado con el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Aunque en Río de Janeiro se ha obtenido una información menos detallada que en São Paulo, los datos reflejan una situación con más similaridades que diferencias.

Quizá es de interés añadir algunos de los aspectos que son destacados por los entrevistados de Río de Janeiro y que complementan a lo ya descrito para São Paulo:

Por una parte, según algunos entrevistados, cuando los consumidores son detenidos por la policía éstos suelen negociar con los agentes el pago de una "fianza" para evitar ser procesados. En la práctica, al parecer, se trata de un mecanismo de extorsión empleado por una parte de la policía; además, estos policías suelen quedarse con las drogas intervenidas para su propio consumo o, según se afirma, para venderlas a otros consumidores.

Por otra, el control de los puntos de venta en las "favelas" ha generado, y genera, enfrentamientos muy violentos entre grupos organizados, fuertemente armados, en los que han muerto un número considerable -y creciente, según parece- de personas.

Estos enfrentamientos, calificados como una verdadera guerra, son los que han convertido algunas áreas cercanas a los puntos de venta en zonas particularmente peligrosas, como ya ha sido citado anteriormente.

7.3 Cantidades, precio y calidad

7.3.1 Cantidades y presentación

Hoja de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los acullicadores compra las hojas de coca en cantidades inferiores a 460 gramos. Sólo una minoría compra una mayor cantidad (hasta 4 libras, 1840 gramos) para el consumo familiar. Sólo un entrevistado suele comprar 4 o 5 kilos de una vez, para su propio consumo, porque en la región minera en la que reside su precio es más elevado. Otro realiza un intercambio de productos agrícolas de su propia cosecha por hoja de coca. Dice:

Cambio una "arrobada" (11.5 kilos) de 'papa' (patata) por dos libras y media (1150 gramos) de (hoja de) coca o una "arrobada" de haba (VICIA Fava L.) por una libra de coca (460 gramos). Pero (el patrón de cambio) no siempre es el mismo; a veces, la (hoja de) coca sube o los productos suben de precio, cuando es invierno. Entonces no se cambia por la misma cantidad.

Pasta de coca (Cochabamba)

La pasta de coca se presenta en el mercado callejero en sobres de papel que contienen 1 gramo. Con menos frecuencia, se presenta en sobres más grandes que contienen 2 ó 3 gramos.

La cantidad que se compra con más frecuencia es 10 gramos. Se vende en cajas grandes de cerillas que contienen 10 sobres de 1 gramo. Cuando se compran cantidades mayores, el contenido total de la caja puede ser de 20 a 30 gramos (en 10 sobres de 2 ó 3 gramos). También se puede comprar un "bollo" (de $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ o 1 kilogramo) o cigarrillos elaborados ("pitillos") que se pueden comprar por unidades o en cajetillas de 20.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La cantidad de clorhidrato de cocaína que se compra habitualmente varía de 1 a 3 gramos.

Por lo general, el clorhidrato de cocaína se presenta en sobres de aproximadamente 1 gramo. También se vende, aunque menos frecuentemente, en cajas de cerillas que contienen de 2 a 5 gramos.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La compra más habitual es de 1 gramo, aunque también es frecuente comprar 2 gramos. Tanto el crack como el clorhidrato de cocaína se venden en envoltorios de papel que contienen 1 gramo.

Crack (Sao Paulo)

El crack se vende normalmente en un envoltorio llamado "papel" o "papelote" que contiene de 3 a 4 "piedras". Este número de "piedras" (rocas) es el resultado habitual del proceso de elaboración (cocinado) de un gramo de clorhidrato de cocaína.

Aunque la forma más común de venta es el "papel" (3 ó 4 piedras), en ciertos puntos de venta de la ciudad se venden "piedras" sueltas, por unidades; en este caso su peso suele ser mayor, de 1 a 5 gramos. En otros lugares venden "papeles" que contienen 5 gramos de crack.

Sólo una minoría de los consumidores de crack cita con precisión la cantidad de las unidades de compra. Las equivalencias en gramos no siempre son posibles ya que no existen patrones de esas medidas, que además, varían muchas veces según los lugares de venta.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

El clorhidrato de cocaína se vende también en "papel" y "papelote", con un contenido aproximado de 1 gramo. De la misma forma que en el caso del crack, también se puede comprar en cantidades mayores en el mercado callejero. No obstante, parece que lo más frecuente es comprar "papeles" de 1 gramo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Al igual que en Sao Paulo, el clorhidrato de cocaína se vende en envoltorios de papel cuyo contenido varía de 1 a 5 gramos. También, parece que lo más frecuente es que los consumidores compren "papeles" de 1 gramo.

7.3.2 Precio y calidad

Hoja de coca (Cochabamba)

La cantidad más pequeña que se compra es de, aproximadamente, 16 gramos (un "puñado") por el precio de 20 centavos de boliviano (0.04 dólares). Una libra (460 gramos), procedente del Chapare, se vende al precio de 3 bolivianos (0.65 dólares). La hoja de coca procedente de La Paz, que es más apreciada por su calidad y sabor dulce, tiene un valor de 7 bolivianos por libra (1.5 dólares). El precio disminuye muy poco cuando se compran cantidades mayores.

Los entrevistados consideran que la relación precio-calidad es buena. Las hojas frescas son más caras y el precio sube en la estación de las lluvias.

Algunos entrevistados relacionan el alza de los precios con las acciones de represión al narcotráfico. Uno de ellos dice:

Cuando la (hoja de) coca sube de precio es que los 'narcos' están comprando mucho para elaborar la cocaína (clorhidrato); y cuando rebaja, es porque los 'leopardos' (policía contra el narcotráfico) no los dejan elaborar y por eso el precio baja.

Reconocen por el gusto las hojas podridas, pero, al parecer, los acullicadores no saben detectar en la coca que consumen la presencia de herbicidas o plaguicidas, aunque algunos creen que los productores sí saben reconocerlo.

Eso yo no sé... Ahora que usted me pregunta, me parece que sería bueno saber cuándo (la hoja de coca) tiene herbicidas. Creo que el campesino productor sabe con detalle eso.

Sin embargo, un campesino productor respondió así:

No es fácil distinguir, pero los 'yanquis' (de EE UU) han traído mariposas blancas para picar la hoja de coca y ahora cuesta mucho cultivar coca.

La mayoría de los entrevistados afirma que el gasto que realizan en la compra de hoja de coca no es importante en su economía. Una minoría respondió: "es muy cara". Una vendedora de verduras dijo que "a veces sólo gano para comprarme mi coquita (hoja de coca)".

El gasto promedio mensual en hojas de coca es de, aproximadamente, 20 a 30 bolivianos (de 5 a 6 dólares). En algunas empresas mineras se les descuenta esta cantidad del salario para la compra y dotación de hoja de coca.

Pasta de coca (Cochabamba)

El precio más frecuente es de 1 dólar por gramo. El sobre cuesta de 2 a 20 bolivianos (0,40 a 4 dólares). La caja cuesta de 10 a 60 bolivianos (2 a 12 dólares). Un "pitillo" cuesta 4 ó 5 bolivianos (1 dólar) y la cajetilla de 20 "pitillos" 45 bolivianos (9 dólares).

Las diferencias de precio en cada unidad de medida se explican por la variación de la cantidad que contienen los sobres y/o las cajas, pero también por el diferente grado de pureza de la sustancia.

Al comprar cantidades mayores el precio baja, sobre todo si se trata de "bollos": $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ y 1 kilo de pasta de coca.

Los entrevistados consideran que la relación calidad-precio es buena. En general, a mayor calidad el precio aumenta. La mala calidad del producto se da cuando el proveedor la adultera para obtener mayores ganancias. Esto sucede, sobre todo, cuando los chicos de la calle que habitan en el río venden a los experimentadores.

Los consumidores dicen conocer con facilidad si la pasta de coca está adulterada y refieren diversos métodos para evaluar el grado de pureza. El más común es probarla con la punta de la lengua y valorar su efecto anestésico, otro es calentarla y observar si se disuelve sin formar grumos.

La mayoría de los entrevistados no informa con precisión sobre el porcentaje de sus ingresos que dedican a la compra de pasta de coca. Sólo algunos, que tienen un consumo de tipo dependiente (consumidores disfuncionales), afirman que se lo gastan todo.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Los sobres con una cantidad aproximada de 1 gramo son adquiridos por un precio que oscila entre los 25 y 60 bolivianos (de 5 a 12 dólares). El precio más frecuente es de 30 bolivianos (6 dólares).

Todos afirman que es posible detectar si el clorhidrato de cocaína está adulterado. En general, los consumidores utilizan diversos métodos para reconocer la calidad: observación del color y el brillo, frotarlo entre las palmas de las manos, diluir en agua una pequeña cantidad, etc. Sin embargo, otros afirman que sólo se puede conocer la calidad del clorhidrato de cocaína después del consumo, por los efectos; también, por los grumos que no son absorbidos por las mucosas, por la irritación del tabique nasal, etc.

Según la mayoría de los entrevistados, la calidad es el factor principal para determinar el precio. Asimismo, en general, el precio parece disminuir si aumenta la cantidad de clorhidrato de cocaína comprada.

El monto del dinero gastado es muy variable y no se poseen datos suficientes para determinar qué proporción de los ingresos destinan a la compra de clorhidrato de cocaína.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Los precios oscilan entre 1 y 25 dólares por gramo, tanto para el crack como para el clorhidrato de cocaína. Esta amplísima variabilidad en el precio está relacionada con la calidad de la sustancia. La mayoría de la muestra afirma que el precio desciende cuando se compran cantidades mayores; los restantes, un tercio, afirman que éste no varía.

La mayoría cree que la relación precio-calidad es buena. El principal factor que influye en la calidad de la sustancia que se puede comprar es quién es el vendedor e, implícitamente, el tipo de relación que se tiene con él. Aunque no se han obtenido suficientes valoraciones sobre la calidad promedio del crack o del clorhidrato de cocaína ni sobre los métodos que los consumidores utilizan para evaluarla, sí puede aportarse que los consumidores suelen relacionar los efectos negativos del consumo, como vómitos y mareos, con una mayor adulteración de las sustancias que consumen.

La mitad de la muestra no ha aportado qué proporción de sus ingresos destinan a la compra de crack o clorhidrato de cocaína. Entre los que sí lo han hecho se observa una gran variabilidad. En la información obtenida destaca que casi un tercio de la muestra destina la mayor parte de sus ingresos a la compra de dichas sustancias.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Cuando apareció el crack en el mercado el precio por gramo era menor que el del clorhidrato de cocaína; esta diferencia de precio quizá formó parte de una estrategia de penetración comercial. Con el paso del tiempo, el crack se fue encareciendo y en la actualidad no hay diferencias de precio. Por otra parte, en el mercado a pequeña escala, el precio no varía cualquiera que sea la cantidad comprada, tanto de crack como de clorhidrato de cocaína.

En relación a la calidad, ocurre lo mismo: con independencia del grado de pureza el precio no varía. Algunos entrevistados describen que existen puntos de venta en los que se incrementa un poco la cantidad comprada para compensar al consumidor por la mala calidad del producto.

El traficante te da un poquito más cuando la cocaína (clorhidrato) es 'floja' y un poco menos cuando es 'fuerte', pero el precio es el mismo. (I13SP)

En general, parece difícil distinguir si el crack está adulterado o no. Según los entrevistados esto sólo se sabe cuando se consume, por los efectos que produce. Por otra parte, creen que es difícil adulterarlo "porque su elaboración requiere un proceso químico".

Asimismo, es frecuente que los consumidores sean totalmente engañados: el crack se vende dentro de un envoltorio que no es transparente y el único indicio que tiene el comprador para verificar que se trata de crack es el tacto (el envoltorio puede contener, como afirman algunos entrevistados, granos de arroz). Cuando tienen la oportunidad de ver lo que compran, los entrevistados eligen las "piedras amarillas" porque, según ellos, "éas son las mejores".

Los entrevistados consideran que el clorhidrato de cocaína es más fácil de adulterar y citan, como principales sustancias adulterantes, las siguientes : yeso, harina, sal y

ácido acetil-salicílico. En este caso es más fácil identificar la adulteración por la textura, el sabor, el color y el olor.

Yo consigo saber cuando una cocaína (clorhidrato) no es buena sólo mirándola, porque la buena brilla. Cuando me la pongo en la boca salgo de dudas. (I13SP)

Ante la posibilidad de ser engañados y las dificultades para controlar, aunque sea mínimamente, la calidad de lo que compran, todos los entrevistados, tanto si consumen clorhidrato de cocaína como crack, dicen tomar precauciones seleccionando al vendedor, por ejemplo: evitan a los pequeños traficantes-consumidores porque casi siempre adulteran lo que venden para sustituir la cantidad que ellos consumen.

Todos los entrevistados afirman que gastan, como mínimo, la mitad de sus ingresos en la compra de crack o de clorhidrato de cocaína. Los entrevistados que logran mantener ciertos vínculos sociales normalizados afirman que si no gastan más es porque la esposa, la madre u otro familiar cercano les controlan el dinero; los otros, suelen gastar mucho más de lo que poseen teniendo que realizar muchas veces actividades ilícitas o delictivas para seguir consumiendo.

Se va todo el dinero (en comprar clorhidrato de cocaína) y cuando se acaba la gente roba. (I15SP)

Todo lo que tengo lo gasto en droga (crack). Recibo el salario un día y al día siguiente ya se ha acabado. (K04SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

El precio de 1 gramo de clorhidrato de cocaína está en torno a los 15 dólares. La mayoría de los entrevistados valora negativamente la relación calidad-precio y casi todos consideran que el clorhidrato de cocaína que se vende está "bastante adulterado".

7.3.3 Elaboración del crack

Las descripciones obtenidas del proceso de elaboración del crack en Cochabamba, Ibadan, Río de Janeiro y Sao Paulo coinciden. El crack se obtiene calentando una solución acuosa de clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico hasta que adquiere un aspecto oleoso; posteriormente, al enfriarse, se solidifica formando pequeñas rocas de aspecto rugoso y de diversas tonalidades ocres y marrones.

Como ya ha sido descrito, la presencia del crack en Cochabamba es muy limitada; a pesar de ello, su sola presencia ya es un dato relevante. En esta ciudad el proceso de elaboración suelen realizarlo los propios consumidores; como en Río de Janeiro, donde su difusión aun siendo mayor sigue siendo limitada.

En Ibadan, donde sí existe un mercado callejero de crack, sólo la cuarta parte de los entrevistados elabora personalmente el crack que consume.

En Sao Paulo el crack está mucho más extendido y bastantes entrevistados establecen diferencias entre el suministrado por los traficantes y el elaborado a pequeña escala por los propios consumidores. Estos entrevistados explican que prefieren comprar el crack ya elaborado: la compulsión del consumo ("fissura", *craving*) es tan intensa que no tienen tiempo para prepararlo. Además, dicen que el

crack elaborado por los traficantes es "más fuerte" y creen que ello se debe a la forma de preparación, que desconocen (algunos piensan que en su elaboración se utiliza la pasta de coca). El crack elaborado por los propios consumidores, que se obtiene mediante el proceso ya descrito, es denominado por algunos entrevistados como "casca" (cáscara), porque se asemeja por su forma y textura a una almendra, diferenciándolo del que venden los traficantes, denominado habitualmente "pedra" (piedra).

8. Razones, funciones, efectos y consecuencias del consumo

8.1 Razones y funciones

En este apartado se analizan las razones (el porqué) y las funciones (para qué) del consumo a lo largo de la vida y las razones por las que se reduce el consumo después de los períodos intensivos. Las razones para dejar de consumir, tanto durante períodos breves (días, semanas) como durante períodos de abstinencia en sentido estricto (de una duración superior a los 6 meses), ya han sido analizadas en el apartado 6.2 ("períodos de abstinencia") del capítulo 6. Esta decisión se adoptó por coherencia temática, para completar el contenido de dicho apartado, evitando la dispersión de la información o, si se hubiera incluido también al final de este apartado, una reiteración innecesaria.

8.1.1 Periodo inicial²⁷

Hoja de coca (Cochabamba)

La hoja de coca está integrada en la cultura tradicional andina y su principal función es como energético en el desempeño de la actividad laboral, especialmente entre campesinos y mineros (consumo tradicional). En muchos relatos de los entrevistados es perceptible que la relación acullico-trabajo es inseparable, ilustrativamente: "no se puede acullicar sin un motivo y el motivo principal es trabajar"; "es importante el acullico para nosotros los campesinos, de no hacerlo nos moriríamos de cansancio".

Aproximadamente una tercera parte de los entrevistados mencionó también, en este periodo inicial (desde el primer día de consumo hasta que se establece un consumo regular, con una determinada pauta), otras razones y funciones de tipo socio-cultural, rituales o de sociabilidad, que muestran su importancia en el proceso de socialización y como indicador de pertenencia a la comunidad, por ejemplo: "tenía que acullicar hasta aprender, para ser parte de la comunidad".

La búsqueda del efecto estimulante predomina también en los estudiantes ("me concentro mejor") y en otros consumidores de tipo instrumental, que acullicaron para combatir el cansancio y el sueño (por ejemplo, conductores de vehículos durante el trabajo nocturno).

Pasta de coca (Cochabamba)

Las razones de consumo más importantes durante el periodo inicial fueron el gusto por la sustancia y sus efectos, el olvido de los conflictos y problemas que son causa de malestar psíquico y la integración en el grupo de amigos o con la pareja. La búsqueda de una mejoría en el rendimiento en el estudio o en el trabajo, como función prioritaria del consumo, tuvo una menor importancia. En todos los casos la pasta de coca fue consumida con un propósito concreto (favorecer la sociabilidad o el rendimiento en las actividades, disminuir el malestar existencial) y no sólo por sentir los efectos.

27 De nuevo, para la correcta interpretación de la información contenida en este subapartado, y en el siguiente (8.1.2), conviene recordar que el total de casos es el de los entrevistados en cuyo itinerario existe el periodo inicial, en este subapartado; o el intensivo, en el siguiente (ver notas al pie números 2 y 3 del capítulo 6)

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Las razones predominantes del consumo estuvieron relacionadas con la diversión y el consumo de alcohol, para disminuir los efectos de la embriaguez, o para obtener un mejor rendimiento: estudiar mejor o ser más eficiente en actividades laborales (tipo instrumental). Algunos afirman que empezaron a consumir para mantener o incrementar su prestigio en su entorno de sociabilidad, por la presión del grupo de amigos o por curiosidad. Una minoría, todos ellos de tipo disfuncional, consumió desde el inicio para evadirse de situaciones conflictivas.

Consumía (clorhidrato de cocaína) para olvidar mis problemas, sobre todo. Sufría mucho por mis hijos, que están enfermos, y por no poder salir del atolladero en que me encontraba con mi marido (que era) drogadicto y flojo (vago), que no trabajaba. (C084CB)

Fue por problemas familiares. No tenía buenas relaciones con mi padre y bueno, drogándome (con clorhidrato de cocaína), estando en la calle me sentía mucho mejor que estando en mi propia casa. (C080CB)

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La principal razón que señala casi la mitad de los entrevistados fue la presión de grupo. Para el resto, las principales razones fueron potenciar la diversión y la mejoría de las relaciones en ambientes de sociabilidad.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

En este periodo el motivo más citado para el consumo fue la búsqueda de placer. Algunos hablan de una búsqueda de "libertad" para "evadirse de la mediocre o poco atractiva realidad" o para "superar la timidez".

Placer, puro placer. Un deleite para el alma. (I39SP)

Según afirman los entrevistados, tanto de crack como de clorhidrato de cocaína, el proceso de incorporación al consumo se produjo "tranquilamente", sin presiones, angustia ni cualquier otro sentimiento negativo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Los motivos y razones que aportan los entrevistados son muy variados; entre ellos destaca la voluntad explícita de integrarse en grupos de sociabilidad formados por consumidores (en este proceso la presión grupo parece irrelevante). Un tercio de los entrevistados afirma que el consumo durante el periodo inicial se produjo "sin ningún motivo".

8.1.2 Periodo intensivo

Hoja de coca (Cochabamba)

Las razones y funciones predominantes que motivan el consumo en el periodo intensivo (periodo de duración variable caracterizado por un consumo particularmente elevado respecto al nivel de consumo habitual) siguen relacionadas con el trabajo; en este caso, lo único distintivo que se produce es un intensificación del acullico en respuesta a una mayor exigencia de la actividad laboral. En algunos casos esta intensificación se produce en periodos con una especial concentración de actividades rituales o festivas (tipo instrumental). Cuando estas actividades finalizan el consumo desciende a los niveles habituales.

Pasta de coca (Cochabamba)

La razón que predomina es la necesidad de consumir la pasta de coca, asociada en muchos casos a síntomas que expresan dependencia: "me exigía mi organismo y quería (consumir pasta de coca) cada vez más"; "(la pasta de coca) me agarró fuerte".

En una minoría de casos el consumo se asocia a situaciones de conflictos personales y familiares que los entrevistados viven con gran angustia y sentimientos auto-destructivos: "me sentí desesperada, no me importaba la vida; además, ya me acostumbré (al consumo de pasta de coca)".

Algunos entrevistados expresan que la principal razón para consumir más intensamente es una mayor disponibilidad de la sustancia.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Los problemas emocionales o existenciales constituyen la razón predominante para intensificar el consumo. Una parte importante de los entrevistados (40%) relata que la función o razón principales del consumo es para "poder olvidar" o "para sentirse tranquilo", por problemas sentimentales, para combatir -o como consecuencia de- situaciones de ansiedad, soledad o estados depresivos.

Para un cuarto parte de los entrevistados la función principal es mejorar la diversión (tipo recreacional); y para una proporción algo menor, un mayor rendimiento en el desempeño de la actividad profesional (tipo instrumental).

Si no consumía (clorhidrato de cocaína) me sentía como si algo faltara a mi vida física y espiritual, me sentía agotado. Fue ese el motivo principal por lo que intensificó mi consumo. (C158CB)

Una minoría incrementa el consumo porque dice necesitarlo (asimilable a dependencia).

Razones, creo, por debilidad ante la droga (clorhidrato de cocaína) y no poder aceptar la realidad, lo que me rodeaba sin ella. Había una necesidad. Aumenté mi consumo porque necesitaba más cantidad, ya no podía estar con la cantidad anterior, buscaba más placer y nuevas experiencias. Además, las circunstancias me llevaron a vivir solo y aumentó ahí (el consumo) por las pocas obligaciones.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Las principales razones o funciones son potenciar la diversión y la mejoría de las relaciones en ambientes de sociabilidad. El incremento del consumo aparece relacionado con el incremento de estas actividades. Sólo una minoría señala que incrementa su consumo por problemas personales, emocionales o existenciales, o para desempeñar mejor alguna actividad no relacionada con la diversión o, en general, con la sociabilidad.

Crack (Sao Paulo)

En este periodo la búsqueda de placer ya no es la razón principal. La mayoría de los entrevistados afirma que la razón principal para mantener e incrementar el nivel de consumo es la dependencia, que se manifiesta, sobre todo, por un deseo incontrolable (consumo compulsivo). En muchos casos, el incremento del consumo se debe también a una mayor disponibilidad de la sustancia o de dinero, frecuentemente proveniente de actividades delictivas.

Algunos entrevistados, que antes habían consumido clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, afirman que fueron aumentando el consumo porque creían que el crack era menos adictivo que el clorhidrato de cocaína por vía intravenosa y, por ello, no se preocuparon por controlar el consumo. Otros, una pequeña minoría, relacionan el incremento del consumo con problemas afectivos, como la separación del compañero/a. Cuando la causa que ha provocado el malestar desaparece o, más frecuentemente, cuando se llega a una situación insostenible, el nivel de consumo desciende.

Era una dependencia total (al crack). Perdí el dominio de mí misma. Las ganas eran muy fuertes. Sentía desamor hacia mi persona. La incapacidad de parar me llevaba a un consumo mayor. (K05SP)

No conseguía parar. Tenía más dinero y apareció más droga (crack). (Posteriormente) reduje el consumo porque estaba en el fondo del pozo. Lo perdí todo. No tenía pasado y el futuro y el presente para mí sólo era la droga (crack). (K16SP)

A veces no quería consumir más, pero siempre acababa consumiendo. La droga (crack) me dominaba. Tomé precauciones porque tuve miedo, ya estaba en un recta en dirección a la muerte. (K02SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La razón principal para incrementar el consumo es la dependencia; en concreto, los entrevistados explican que lo que les obliga a aumentar el consumo es la disminución progresiva de la intensidad del efecto (tolerancia). No obstante, factores de tipo emocional, principalmente los relacionados con pérdidas y rupturas, también son citados frecuentemente como causa del incremento del consumo.

Entre las razones para disminuir el consumo, después de haber alcanzado un máximo, destaca la aparición de problemas físicos asociados al consumo que acaban por limitar el uso de la droga.

Adoraba la cocaína (clorhidrato por vía) intravenosa. Me gustaba ver la sangre. Pero aparte de eso ya no conseguía volver a sentir el efecto inicial. Por eso aumentaba siempre la dosis. (I15SP)

Perdí el empleo. Comencé a hacer de mi casa un punto de tráfico y de esta forma tenía droga (clorhidrato de cocaína) a todas horas. Estaba acabado, muy delgado, y decidí parar. Paré un tiempo, fui internado 10 días y después volví a consumir intensivamente. (I07SP)

Entre los consumidores que logran mantener ciertos vínculos sociales normalizados, la intervención de los familiares o el propio esfuerzo de los consumidores para evitar la ruptura de dichos vínculos, parecen desempeñar un papel importante en la decisión de reducir el consumo, cuando éste comporta problemas.

No tenía un motivo específico. La droga (clorhidrato de cocaína) era la cosa más importante y preciosa de mi vida. Acabé reduciéndola porque el cuerpo no aguantaba... me entró el miedo a morir, pensé en mis hijos... (I39SP)

Yo quería quedar libre de cualquier cosa. Fue una escalada sin que yo lo notase. Reduje el consumo (de clorhidrato de cocaína) por problemas económicos; (además) mi mujer me controlaba. (I20SP)

En esa fase yo no podía perder nada más, me peleé con la familia y perdí el empleo. Sólo tenía desesperación. Disminuí el consumo (de clorhidrato de cocaína) porque tuve una sobredosis y porque mi hermana sufrió mucho. (I19SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Las razones predominantes que explican el incremento del consumo están relacionadas con el consumo compulsivo y dependiente. Una minoría de los entrevistados afirma que el incremento del consumo se debe, o es una respuesta, a problemas existenciales o derivados de rupturas emocionales. Algunos citan la decisiva influencia del contexto de consumo: pertenencia a determinados círculos de consumo.

8.1.3 Periodo actual o último

Hoja de coca (Cochabamba)

En el periodo actual o último (último mes de consumo) la mayoría de los acullicadores tradicionales sigue consumiendo, como razón predominante de consumo, por el aporte energético de la hoja de coca, necesario para el desempeño de la actividad laboral. También es importante la participación en actividades rituales y fiestas comunitarias porque el acullico y otros usos de la hoja de coca desempeñan una función clave en la mayor parte de ellas (cultura tradicional andina). La mayoría de los acullicadores citadinos (tipo instrumental) consume también cuando participa en actividades rituales y fiestas comunitarias, por los motivos ya apuntados, y en ambientes de sociabilidad porque la hoja de coca, su consumo e intercambio recíproco están plenamente integrados en ellos y regulados culturalmente.

Acullicamos en las veladas a las que todos los viernes asisto, con algunos parientes y amigos. Es un ambiente armonioso donde las personas se reúnen. (Son) veladas por devoción a este Santo, 'Señor de Compadres', y donde se prenden velas, rezan, acullican y se toma uno que otro trago (de alcohol). (H127CB)

Pasta de coca (Cochabamba)

La razón de consumo predominante es la dependencia (tipo disfuncional): "ya estaba habituado, si no fumaba (pasta de coca) era un día de tortura". Sólo unos pocos consumidores disfuncionales indican que consumen por otras causas: olvidar problemas o presión de grupo.

La razón predominante, casi exclusiva, de los consumidores de tipo recreacional es potenciar la diversión en reuniones de sociabilidad y en fiestas. Esta razón para consumir también es importante para los consumidores de tipo instrumental; no obstante, para ellos, la razón principal es mejorar su rendimiento en el desempeño de la actividad laboral.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Las razones predominantes son la diversión (tipos recreacional e instrumental) y para mejorar el rendimiento en el trabajo (tipo instrumental). Algo menos de la cuarta parte expresa razones diversas; y una minoría, por dependencia o necesidad de consumir (consumo disfuncional).

En mi vida, hay dos motivos claramente definidos: el primer motivo por lo que consumo (clorhidrato de cocaína) es el trabajo; y el segundo, es por diversión

cuando consumo bebidas alcohólicas, generalmente (durante el) fin de semana. (C148CB)

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Las razones de consumo durante el último mes, y su importancia relativa en el conjunto de la muestra, coinciden con las ya descritas en el periodo intensivo.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Como ya ha sido apuntado en los capítulos 6 y 7 para una parte de los entrevistados este periodo coincide con una etapa intensiva de consumo; para otros, corresponde a una fase inmediatamente posterior al periodo intensivo en la que intentan, mediante alguna estrategia, reducir o abandonar el consumo. Por ello, se mantienen, a grandes rasgos y sólo con ligeras diferencias, las mismas razones que en el periodo intensivo.

La mayoría de los entrevistados asocia el último periodo de consumo a una recaída. En general, expresan un "sentimiento de culpa" por haber vuelto a consumir y en su discurso se evidencia que el reinicio es fruto de una decisión tomada más o menos conscientemente. En sus relatos se refieren al ambiente en el que han estado inmersos en el que todo gravita sobre el crack o el clorhidrato de cocaína -ambiente que sienten como propio, y en el que, en cierto sentido, se sienten "protegidos"-, al entorno social que encuentran cuando dejan de consumir dichos derivados y a las dificultades, a menudo insalvables, que encuentran para readaptarse, para normalizar su estilo de vida. Una consumidora de crack y otra de clorhidrato de cocaína definen muy bien esta situación:

De repente sentí que no pertenecía a ningún 'clan'. Fui perdiendo el contacto con los que no pertenecían al mundo de la droga (crack). En la forma como yo hablaba, percibía que hablaba como una loca; es decir, como una usuaria de droga. A veces, yo estaba en medio de gente de un mundo donde no podía hablar de aquella forma. Me quedaba super-preocupada, sin voluntad. No sabía de qué hablar. Es horrible la sensación de notar que ya no formas parte del mundo, de sentirte que eres como un pez fuera del agua. Fue a causa de eso que volví a consumir, porque entre los 'buenos' (población normalizada e integrada, no consumidora) yo no me siento la mejor; pero entre los 'peores' (consumidores disfuncionales), yo soy la mejor. (K01SP)

Mi vida social estaba completamente ligada al consumo de drogas. Todos mis vínculos eran con personas que consumían o vendían. Había momentos en que no tenía ninguna otra cosa que hacer que no fuera consumir (clorhidrato de cocaína por vía intravenosa). No podía enfrentarme al mundo: el trabajo era algo aburrido; casarme, tener hijos era horrible sólo con pensarlo. Todo era muy poco, sin ningún atractivo. (I35SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Como se vio en el capítulo 6, al analizar los patrones temporales de consumo, la mayor parte de la submuestra había reducido el nivel de consumo, o lo estaba intentando, durante el último mes y después de una fase intensiva de consumo. Este hecho queda reflejado en las razones de consumo durante este periodo y la mayor parte de los entrevistados aporta diversos motivos, frecuentemente poco claros, que parecen indicar que se consume principalmente por "hábito o rutina" (consumo dependiente).

8.1.4 Consumo habitual

Hoja de coca, pasta de coca y clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Las razones y funciones características, típicas, predominantes a lo largo del itinerario de consumo de los entrevistados son las siguientes: energéticas (instrumentales), ligadas a la actividad laboral, y culturales en el caso de la hoja de coca. Dependencia y malestar existencial, sobre todo; y minoritariamente, recreacionales (sociabilidad y diversión) e instrumentales, como estimulante de la actividad laboral (pasta de coca); recreacionales e instrumentales (mayor rendimiento en el trabajo) y, en menor grado, relacionadas con la dependencia en el caso del clorhidrato de cocaína.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Como razones y funciones características predominan las relacionadas con la mejoría de la diversión y secundariamente, aunque siguen siendo importantes, de la sociabilidad en general. También se da, en un grado desconocido, un consumo por razones estrictamente hedonistas y, muy minoritariamente, con una finalidad instrumental, para mejorar el rendimiento en actividades desligadas del ocio. Es probable que en algunos casos la razón principal sea la dependencia.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Dada la composición de la muestra y el breve tiempo que transcurre entre el primer consumo y la aparición de un consumo compulsivo, las razones típicas de consumo están directamente relacionadas con la dependencia.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La información obtenida en Río de Janeiro es algo confusa e incompleta. Los entrevistados, en muchos casos, aportan como razones o motivos característicos del consumo a lo largo de la vida algunos que remiten a la integración en grupos de consumidores, a finalidades instrumentales, incluidas la diversión y la búsqueda del placer, o relacionados con problemas existenciales; en cambio, sólo una minoría cita, de forma explícita, el consumo dependiente⁽²⁸⁾. No obstante, a la luz del conjunto de la información analizada, es probable que la razón predominante sea la dependencia, que queda implícita en el relato de los entrevistados, y que, por tanto, en este aspecto, se den más similaridades que diferencias respecto a lo obtenido en São Paulo.

8.1.5 Evolución de las razones y funciones del consumo

Hoja de coca (Cochabamba)

En la mayor parte de los consumidores se observa una gran estabilidad a lo largo del tiempo en las razones y funciones del consumo.

Pasta de coca (Cochabamba)

Entre los entrevistados se observan evoluciones muy diferentes según el tipo de consumo. En el periodo inicial las razones y funciones del consumo son muy diversas: gusto por la sustancia, favorecimiento de la sociabilidad o del rendimiento en las actividades, disminución del malestar existencial.

Consumía (pasta de coca) porque me gustaba, me sentía 'machito' (viril).
(P141CB)

(28) En el capítulo siguiente, en el apartado 9.1, se aporta una reflexión que puede explicar, en parte, esta aparente anomalía respecto a lo esperable en una muestra de este tipo

Para olvidar a mi madre, que es o era en ese tiempo la que más me amargaba la vida. (P143CB)

Porque al fumar 'sulfato' (pasta de coca) sentía más tranquilidad; me olvidaba de los conflictos con mi enamorada. (P038CB)

Con el paso del tiempo, los consumidores de los tipos recreacional e instrumental, minoritarios en la submuestra, muestran una gran estabilidad manteniendo, con pocos cambios, las razones y funciones iniciales; los restantes, que constituyen la mayor parte, muestran una evolución en la que las razones y funciones iniciales se diluyen y consumen principalmente porque sienten la necesidad de hacerlo y para combatir la ansiedad (consumo compulsivo)

Sólo piensas en la pasta (de coca) y te olvidas hasta de comer. (P173CB)

Es tan grande el 'vicio' (dependencia) que por más que uno quiera dejarlo (el consumo de pasta de coca), no puede. (P119CB)

Consumía diario a cada rato, no podía vivir sin ella (pasta de coca). (P029CB)

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba))

En la evolución de las razones y funciones de consumo predomina la estabilidad según tipo de consumo: el consumo para mejorar y potenciar la diversión (recreacionales e instrumentales) o para incrementar el rendimiento en el desempeño de actividades laborales (instrumentales). Esta estabilidad se ve alterada en algunos períodos, sobre todo en los consumidores instrumentales, por la existencia de problemas personales, emocionales o existenciales; éstos, eventualmente, pueden constituirse en la principal razón de consumo (como causa o como consecuencia).

Los consumidores disfuncionales muestran evoluciones desde razones como las descritas en los otros tipos a consumos compulsivos en los cuales la principal razón es la propia necesidad de consumir.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Aunque la información obtenida es insuficiente, parece probable que las razones y funciones que caracterizan al consumo regular se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo: mejoría de la diversión y de la sociabilidad en general. No excluye que en ciertas fases de los itinerarios o en casos particulares se produzcan evoluciones en las razones y funciones de consumo en la línea de lo ya señalado en el consumo habitual (hedonismo; y minoritariamente, consumo instrumental o dependiente).

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La evolución desde un consumo puramente hedonista, o cuya función es la de potenciar la diversión en ambientes de sociabilidad, a un consumo compulsivo (disfuncional) aparece con claridad en todos los entrevistados.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Coherentemente con lo ya explicado al describir el consumo habitual, la evolución de las razones y funciones de consumo es muy probable que, para la mayor parte de los entrevistados, siga una pauta similar a la de Sao Paulo. Quizá, como información complementaria, es de interés señalar que los entrevistados de Río de Janeiro explicitan otros motivos, en el inicio o en fases intermedias de ese itinerario, que según ellos contribuyen a incrementar rápidamente el consumo: contrarrestar la embriaguez alcohólica e incrementar el consumo de alcohol; combatir el sueño y el cansancio en

ciertos trabajos nocturnos (algunos vinculados al tráfico); como respuesta o vía de escape ante crisis emocionales o existenciales.

8.2 Efectos²⁹

8.2.1 Efectos positivos y estrategias

Hoja de coca (Cochabamba)

Los efectos positivos inmediatos más destacados son la disminución de la sensación de fatiga y la mayor motivación para trabajar. Además, les gusta el sabor de la hoja de coca y perciben que durante el acullico disminuyen las sensaciones de hambre y sed. Una minoría dice que siente "muchas energías" y al mismo tiempo "paz y tranquilidad"; otros destacan sus virtudes medicinales.

Ayuda a la digestión, cura la diabetes. Desde que empecé a acullicar he sentido mejoras en mi salud. (H102CB)

La mayoría de los consumidores relata que los efectos son más perceptibles con la lejía que, además, acrecienta el sabor agradable, especialmente la denominada "lejía dulce" (ver nota al pie número 3 del capítulo 3).

Pasta de coca (Cochabamba)

Los efectos positivos inmediatos después del consumo que son citados más frecuentemente se refieren a la esfera psíquica y son, en proporciones similares, los siguientes: euforia; disminución de las sensaciones desagradables de hambre, sueño y frío; tranquilidad y relajamiento.

Con mucha menor frecuencia se citan: aumento de la actividad y de las fuerzas para trabajar; entusiasmo; mayor lucidez; sentimiento de superioridad; mejoría en las relaciones sociales; aumento de la capacidad intelectual; disipación de las preocupaciones y aumento de la excitación sexual.

A nivel sensorial, solamente la percepción de los objetos con un mayor detalle y la sensación de "caminar en las nubes". Todos los entrevistados afirman que los efectos positivos permanecen invariables a lo largo del tiempo. Para incrementar los efectos

29 En este apartado se detallan los efectos físicos, psíquicos y sensoriales, tanto positivos como negativos, que los entrevistados experimentan, sienten o perciben inmediatamente después del consumo de los diversos derivados de la coca. Aunque es probable que estos efectos hayan variado en distintas fases de los itinerarios de consumo, dada la dificultad para obtener información precisa y fiable en los distintos períodos significativos considerados, se indagó principalmente sobre lo que los entrevistados establecían como característico, típico, a lo largo de la vida. No obstante, cuando se ha obtenido información sobre si dichos efectos se mantienen estables o varían a lo largo del tiempo, o por alguna circunstancia concreta, ésta ha sido incluida. Por otra parte, los efectos del primer consumo ya han sido presentados en el apartado 5.6 del capítulo 5; asimismo, la incidencia en la salud física y mental a largo plazo es analizada como una consecuencia del consumo en este mismo capítulo, en el apartado 8.3.

positivos algunos entrevistados utilizan el alcohol y la marihuana⁽³⁰⁾; otros indican que la única estrategia posible es aumentar la dosis de pasta de coca.

No se han encontrado diferencias importantes según los tipos de consumo.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Los efectos positivos inmediatos más frecuentes son, en orden decreciente de importancia: el aumento de "ganás" o de interés; la euforia; la lucidez; las ganas de hablar y una mayor facilidad para comunicarse; la tranquilidad; el olvido de los problemas y la disminución de los efectos de la embriaguez. Una minoría dice que "experimenta la realidad de manera diferente". Según los entrevistados, los efectos físicos más frecuentes son una mayor excitación y potencia en la actividad sexual y una mayor resistencia al cansancio y al dolor.

Para la mayoría de los entrevistados los efectos positivos no han variado a lo largo de su experiencia de consumo. Los que consideran que sí varían presentan de forma más frecuente estrategias para protegerlos: consumo combinado con alcohol, marihuana u otras drogas para mejorar (optimizar) los efectos. Prácticamente no se citan estrategias para prolongar o mejorar los efectos positivos sin utilizar otras drogas.

A título ilustrativo, es interesante incluir aquí un relato de un consumidor disfuncional que aporta matices sobre los efectos positivos al situarlos en un contexto más amplio que también incluye su reverso (los efectos negativos):

Claro, (el consumo de clorhidrato de cocaína) inicialmente es positivo (...) pero en muchas ocasiones los efectos no (se) corresponden con la expectativa. Influye mucho el estado de ánimo, el tipo de gente con el que uno está (...) Con amigos muy conocidos entonces se está bien pero cuando hay otro tipo de personas extrañas ya, automáticamente, uno se pone susceptible y a la defensiva y llega un momento en que, a veces, en vez de consumir con ese tipo de personas uno prefiere consumir solo; entonces, al quedarse solo, es una especie de... ya entras en un estado de ansiedad, de angustia, de maquinaciones mentales...; y al final, no es lo mismo, no...

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte describe sentimientos y sensaciones de superioridad, felicidad, de sentirse "vivos y fantásticos". De forma minoritaria, refieren un sentimiento de euforia. Estos sentimientos y sensaciones son más intensos cuando se consume en completo silencio. La mayor parte de los entrevistados afirma que los efectos positivos varían a lo largo del tiempo y, además, la mayoría considera que varían según las circunstancias de consumo y el lugar, tendiendo a mejorar cuando se consume en ámbito privado, más seguro y tranquilo, y en solitario. La mitad de la muestra dijo que usan otras drogas, principalmente alcohol, para incrementar o prolongar los efectos positivos del clorhidrato de cocaína o el crack.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayor parte de los consumidores de crack considera que sus efectos positivos superan a los de cualquier otra droga.

Casi todos los consumidores, tanto de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa como de crack, informan que en el inicio del consumo la sensación de placer era tan intensa

(30) La utilización combinada de derivados de la coca y otras drogas para potenciar o prolongar los efectos positivos y para suavizar o contrarrestar los efectos negativos ya ha sido analizada, desde otra perspectiva y más ampliamente, en el apartado 4.3 ("policonsumo") del capítulo 4.

que predominaba sobre cualquier efecto negativo. Pero, con el tiempo, ese efecto se va enmascarando por la paranoia y el ansia asociados al consumo.

En un inicio (con el crack) todo era fiesta. Sentía ligereza, bienestar, agilidad mental. Lo mejor era la sensación de estar a buenas con la vida. A lo largo del tiempo eso fue cambiando. El placer (ya) no era el mismo y comenzó a surgir la paranoia. (K36SP)

Los consumidores de crack comentan que después de un tiempo de consumo solamente sienten ese placer tan intenso la primera vez que fuman; las veces siguientes, en la misma sesión de consumo, utilizan el crack para aplacar el ansia (*craving*). Algunos afirman que la única forma de volver a sentir los efectos positivos es dejando de fumar durante algunos minutos porque cuando reinician el consumo vuelven a sentir la sensación inicial. No obstante, esta estrategia sólo la utilizan algunos consumidores porque dejar de consumir durante la sesión es muy difícil, aunque sólo sea durante algunos minutos.

Casi todos los consumidores de crack explican que no utilizan otras drogas o cualquier otra estrategia con el objetivo de prolongar los efectos positivos. Sólo unos pocos citan a la marihuana y al alcohol como drogas que mejoran esos efectos. Un único entrevistado explicó que acostumbra a aspirar clorhidrato de cocaína con el propósito de intensificar el placer producido por el crack. Esta práctica, aun siendo minoritaria, es más frecuente entre los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa.

Entre los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa el consumo de alcohol parece tener un papel importante para mejorar o regular los efectos agradables y las sensaciones de placer. La mayoría dicen utilizarlo. Algunos comentan que consumen marihuana con el mismo objetivo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados cita, como principales efectos positivos, la sensación de lucidez, de euforia y, sobre todo, un sentimiento muy intenso de placer. La mayoría afirma que estos efectos se mantienen sin variaciones a lo largo del consumo. Asimismo, la mayoría relata que utiliza estrategias para incrementar o prolongar los efectos positivos mediante el consumo de otras drogas, sobre todo de alcohol. La utilización de forma expresa de otras estrategias, que no implican el consumo de drogas, con el mismo objetivo es prácticamente inexistente.

8.2.2 Efectos negativos y estrategias

Hoja de coca (Cochabamba)

Casi todos los entrevistados afirman que no han sentido nunca ningún efecto negativo al aculicar. Al respecto, ilustrativamente: "nadie siente efectos negativos. La hoja (de coca) es muy buena para todo, no en vano los Incas consumían la coca".

Una minoría dice que, a veces, experimentan algún efecto desagradable; por ejemplo, cuando el sabor de la hoja de coca se vuelve picante e interpretan este hecho como una señal de que les traerá mala suerte. En ese caso retiran el "aculli" (bola de hojas insalivadas) de la boca. Algunos entrevistados dicen que no les gusta el adormecimiento de la lengua que a veces sienten o el "ardor" en las encías y en la lengua. Otros expresan que no les gusta el olor o los residuos de hojas que quedan en la boca; o el color verdoso que adquieren los dientes. Un único entrevistado afirmó que cuando acullica una mayor cantidad de la habitual siente náuseas, intranquilidad y

"cansancio mental"; otro experimentó un leve episodio diarreico en una ocasión, que relacionó con el acullico, y que resolvió tomando una infusión de manzanilla (Matricaria Chamomilla C.).

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría de los efectos negativos citados son físicos, siendo en orden decreciente: dolor de cabeza; náuseas y vómitos; molestias gastrointestinales; adormecimiento de la boca, garganta y extremidades; debilidad, fatiga, y cansancio; temblores, contracciones musculares y agitación; sudoración excesiva; insomnio y tos.

A nivel psíquico, la mayoría destaca a la paranoia como el efecto más desagradable; también señalan el mutismo y la depresión. A nivel sensorial, el aumento de la percepción de sonidos y de cambios en la imagen corporal.

Los efectos negativos considerados por los entrevistados como más desagradables son la paranoia, náuseas y vómitos. Estos efectos negativos permanecen invariables en el tiempo. Las drogas que se utilizan para contrarrestarlos son el alcohol y la marihuana; con menos frecuencia, tranquilizantes menores y, excepcionalmente, hoja de coca.

La mayor parte de los entrevistados considera que los efectos desagradables no están relacionados con las sustancias adulterantes o con los residuos que contiene la pasta de coca.

Por otra parte, las únicas diferencias que se han encontrado en relación a los efectos negativos según los tipos de consumo son en su intensidad.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Los efectos físicos negativos son, en orden decreciente, según la frecuencia en la que han sido citados: dolor de cabeza, irritaciones en los ojos, malestar, agitación, sudoración excesiva, dolor en el tabique nasal, adormecimiento, dolor de garganta, dificultades para respirar, sensación de "bloqueo" en la cabeza.

Los psicológicos incluyen ansiedad, depresión, mayor agresividad, irritabilidad, sentimientos de culpa, paranoia, etc. Un grupo de consumidores disfuncionales menciona un efecto negativo que denominan "la buscona" (asimilable al *craving*); ésta, según los entrevistados, consiste en una ansiedad muy fuerte que lleva a "buscar febrilmente clorhidrato de cocaína antes de que los efectos del consumo desaparezcan".

Según la mayoría de los entrevistados los efectos negativos varían en el curso del tiempo, a lo largo del itinerario de consumo, y en mayor medida que los efectos positivos. Las estrategias para contrarrestarlos son múltiples: con mayor frecuencia se usan tranquilizantes (valium, lexotan) o analgésicos (aspirinas). Una minoría utiliza antiepilepticos como tranquilizantes.

Existen también estrategias para contrarrestar los efectos negativos posteriores al consumo sin utilizar drogas. El objetivo general de estas estrategias es conseguir la relajación para poder descansar o dormir: darse una ducha, beber leche, comer fruta, etc.

Los efectos negativos son menos frecuentes y más leves en los consumidores de tipo recreacional; y no todos los padecen. Por el contrario, éstos aparecen con más frecuencia y son más graves en todos los consumidores disfuncionales.

Los consumidores de tipo recreacional suelen experimentar algunos efectos negativos de tipo físico pero ninguno de los psicológicos, ya citados. Los consumidores de tipo instrumental suelen padecer trastornos somáticos similares y sólo muy minoritariamente de tipo psicológico, como estados de ansiedad (los estados depresivos no son descritos).

Los consumidores de tipo disfuncional son los que presentan con más frecuencia e intensidad los efectos negativos antes señalados, no sólo de tipo físico sino también psíquicos. Estos últimos predominan y entre ellos destacan la depresión, que la asocian a la ansiedad que produce el consumo, el decaimiento físico y la irritabilidad. La paranoia sólo ha sido citada en tres casos, caracterizados por haber consumido cantidades muy elevadas o después de consumir intensamente y de forma continua durante bastantes días (por ejemplo, 31 gramos en 5 días; o después de varias semanas de consumir día y noche). Según estos entrevistados, la paranoia aparece cuando se consume en un ambiente no favorable o cuando el consumo elevado de clorhidrato de cocaína se combina con el de cantidades elevadas de alcohol.

Cuando uno consume mucho y ha combinado (clorhidrato de cocaína) con mucho alcohol, viene la paranoia, que es un efecto muy feo. Incluso peor que el que produce el sulfato (pasta de coca). (C090CB)

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Ibadan)

La mayoría de la muestra indica que ha experimentado diversos efectos negativos después del consumo de crack o de clorhidrato de cocaína. Una tercera parte no aporta información al respecto y una minoría afirma que nunca los ha padecido.

La mayoría de los que señalan efectos negativos afirma que éstos varían a lo largo del tiempo. Los efectos citados con más frecuencia son: vómitos, mareos y la excitación que se produce inmediatamente después del consumo. Para contrarrestar este último efecto casi todos estos entrevistados utilizan otras drogas: preferentemente, marihuana y tranquilizantes menores; y una minoría, heroína. Por otra parte, la mitad de los entrevistados que refiere efectos negativos, sobre todo los vómitos y mareos, afirma que son causados por las sustancias adulterantes.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayor parte de los entrevistados afirma que los efectos negativos del crack superan a los de cualquier otra droga.

Los consumidores de crack y de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa declaran efectos negativos muy similares. No obstante, éstos parecen ser más intensos en el caso del crack.

Los efectos más citados son de tipo psicológico: paranoia, ansia (*craving*) y depresión.

Según los entrevistados, la "paranoia" se caracteriza por un miedo insuperable a ser descubierto mientras consumen por la policía o por algún pariente (mayoritariamente, por la madre). Asimismo, relatan que en ese estado se vuelven muy desconfiados unos con otros y que interpretan cualquier ruido como si se tratase de la llegada de alguien no deseado. Por ello, frecuentemente, como ya sido explicado en el apartado 3.3 del capítulo 3, uno de los miembros del grupo de consumo suele actuar como vigilante en las cercanías del lugar de consumo para alertar sobre la llegada de extraños.

El "ansia" es descrita como la voluntad incontrolable para consumir crack o clorhidrato de cocaína. En esta fase se vuelven agresivos, principalmente los usuarios de crack.

Estos últimos explican un comportamiento atípico que consiste en pegar en el suelo, o en cualquier otra superficie, pequeñas partículas que creen que son "piedras" de crack.

Por último, la "depresión" es el otro efecto negativo citado por la mayoría de los entrevistados. Algunos de ellos no la consideran como una consecuencia directa del consumo de clorhidrato de cocaína o de crack sino que creen que se trata de un "proceso de reflexión sobre ellos mismos en el que se arrepienten con amargura de haber consumido". Para todos, es un estado que se caracteriza por una angustia muy intensa y muchos de ellos consideran que es el efecto más negativo del consumo.

Los peores efectos (del clorhidrato de cocaína) eran la ansiedad y la paranoia. Con la paranoia yo me quedaba vigilando la 'barraca' (lugar de consumo). Tenía miedo de la gente. Me quedaba todo el tiempo mirando por el ojo de la cerradura de la barraca. (I12SP)

Depresión, paranoia, angustia, tristeza, miedo, terror. Lo peor (del consumo de crack) era la depresión y muchas veces bebía para disminuirla. (K29SP)

Los entrevistados, sobre todo los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, citan que utilizan marihuana y alcohol para disminuir estos efectos negativos. El alcohol, además, se utiliza para combatir la intensa sequedad de la boca que produce el consumo intravenoso (esta sequedad es el efecto físico negativo destacado por los consumidores de clorhidrato de cocaína). Los consumidores de crack permanecen en silencio y procuran evitar cualquier ruido como estrategia para atenuar la paranoia.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Al igual que en São Paulo, los efectos negativos que citan los entrevistados son de tipo psicológico: paranoia, ansia y depresión. La mayoría de la muestra considera que estos efectos se agravan a lo largo del tiempo. Para contrarrestarlos, como única estrategia, la mayoría consume marihuana o alcohol; esta última droga se utiliza también para combatir la sequedad de la boca.

8.3 Consecuencias

8.3.1 Ansia de consumo y estrategias para no consumir

Hoja de coca (Cochabamba)

Como ya ha sido explicado en el apartado 6.2 ("periodos de abstinencia") del capítulo 6, la mayoría de los entrevistados ha consumido de forma continua, sin interrupciones, a lo largo de la vida.

De la minoría que dejó de consumir durante períodos que superan los 6 meses de duración (por ejemplo, durante la realización del servicio militar o estancias en otros países), sólo algunos manifiestan que sintieron la necesidad de acullicar en ciertos momentos. No obstante, esta "necesidad" no parece importante ni les creó un estado de ansiedad relevante que requiriera ser paliado. De hecho, todos ellos afirman que no hicieron nada al respecto, simplemente "se resignaron". Más que ansia de consumo (*craving*) lo que expresan los entrevistados es añoranza; y no sólo del acullico.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría indica que durante los períodos breves de no consumo o los de abstemia (superiores a los 6 meses) ha sentido la necesidad de fumar pasta de coca; frecuentemente, muy intensa (tipo disfuncional). Esta necesidad (ansia) suele acentuarse cuando entran en contacto con el ambiente de consumo (lugares, relaciones de consumo, etc.). Por ello, una estrategia frecuentemente utilizada para mantener la abstemia es evitar dicho contacto⁽³¹⁾. Algunos consumidores disfuncionales utilizan como estrategia la sustitución de la pasta de coca por clorhidrato de cocaína, consumido por aspiración intranasal, o marihuana. A pesar de estas estrategias las recaídas durante el itinerario de consumo son muy frecuentes (un tercio de los entrevistados eran ex-consumidores en el momento de la entrevista).

Los consumidores de los tipos recreacional e instrumental no presentan períodos de abstinencia en sentido estricto -salvo dos excepciones, por embarazo- y durante los períodos breves de no consumo la necesidad de volver a consumir, en caso de darse, es controlada con relativa facilidad por los propios consumidores.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Casi una cuarta parte de los consumidores de clorhidrato de cocaína ha intentado dejar el consumo en alguna ocasión. El motivo principal era "reformarse" o dejar el "vicio". Gran parte de los entrevistados se ha visto en situaciones de interrupción temporal del consumo por problemas de salud (consumidores disfuncionales y, en menor grado, instrumentales), visitas a familiares, cambios de ambientes de relación o de residencia, etc. Estas interrupciones del consumo, normalmente, les generan algunos problemas y sienten deseo de volver a consumir.

En otros consumidores, el cambio en las circunstancias vitales que han dificultado o impedido el consumo no les han producido ningún trastorno ni han sentido deseo de volver a consumir (consumidores recreacionales), sobre todo en situaciones tales como vacaciones y visitas a familiares. Los consumidores recreacionales interrumpen el consumo con bastante frecuencia como mecanismo de regulación y control. Estas interrupciones no parecen crearles ningún problema ni alteran su estilo de vida.

En bastantes casos los intentos de abandonar el consumo requieren el distanciamiento del círculo habitual de consumo.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Ibadan)

No se ha obtenido suficiente información respecto a estos aspectos. Lo único que se puede aportar aquí es que una parte considerable de los consumidores (40%) ha intentado dejar el consumo en algún momento de su vida, ante la aparición de diversos problemas, y que el consumo se interrumpe con mucha frecuencia por razones estrictamente económicas.

Para evitar el reinicio del consumo la principal estrategia señalada por los entrevistados es el alejamiento del círculo de consumo.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Cuando el consumo se interrumpe, normalmente debido a graves problemas de salud, casi siempre es durante períodos muy breves y, según los entrevistados, la abstemia les produce un ansia incontrolable que provoca, casi invariablemente, una recaída. Esto es especialmente cierto entre los consumidores de crack, todos ellos en activo

(31) El ingreso en centros de tratamiento como estrategia para dejar el consumo es analizado en el subapartado 9.3.1 del capítulo 9.

cuando fueron realizadas las entrevistas. Además, es frecuente que durante estos períodos de no consumo de crack consuman intensamente clorhidrato de cocaína por vía intranasal u otras drogas para combatir la ansiedad.

Los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa muestran una situación muy parecida mientras se mantienen en activo. En este caso, buena parte de los ex-consumidores que figuran en la submuestra cuando abandonaron el consumo intravenoso lo sustituyeron por el consumo de crack o de otras drogas, todas ellas consumidas compulsivamente.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Aunque la información obtenida es limitada, los datos parecen coincidir con lo ya descrito para São Paulo. Los entrevistados reflejan claramente en sus relatos el intenso ansia que se produce al abandonar el consumo. En muchos casos este ansia (*craving*) es contrarrestado consumiendo, de forma intensiva, clorhidrato de cocaína por vía intranasal.

8.3.2 Consecuencias positivas en aspectos relevantes de la vida social³²

En este subapartado se analizan las consecuencias positivas, o las ventajas, que el consumo ha comportado a los entrevistados, a lo largo de la vida, en la salud y en las funciones físicas y mentales; y en aspectos relevantes de su vida personal y social: estudios, actividades laborales, economía, relaciones sociales, relaciones sexuales, en la evitación de situaciones conflictivas o peligrosas, en la actitud ante las exigencias de vivir en sociedad.

Hoja de coca (Cochabamba)

Todos los aculicadores opinan que el consumo de hoja de coca tiene consecuencias positivas, en general.

Más de la mitad de los entrevistados considera que ayuda en los estudios, mejorando la concentración y reduciendo la fatiga. Los estudiantes valoran el hecho de que pueden estudiar por la noche sin dormirse. Una minoría no ve ninguna ventaja para esta actividad. El resto no lo ha experimentado (en algunos casos no era pertinente, porque se trataba de personas que nunca estudiaron).

32 Es posible que las opiniones y valoraciones que se analizan en este subapartado, y en el siguiente (8.3.3), incluyan algunas que no se fundamentan en la propia experiencia de los entrevistados. En cualquier caso, constituyen una parte minoritaria del conjunto de la información obtenida; no obstante, éstas pueden tener una mayor importancia en algunos de los aspectos analizados, en algunas submuestras. Cuando ha sido posible, en el redactado se ha procurado señalar si las opiniones o valoraciones tienen o no relación con la experiencia personal de los entrevistados. Asimismo, una parte de los entrevistados, que sólo refieren su experiencia personal, ha informado que no podía aportar valoraciones u opiniones porque no había utilizado el consumo para la realización de determinadas actividades o porque desconocía si había afectado o no en algunos de los aspectos considerados. Para indicar estos casos se utiliza, a veces, la expresión "no lo ha experimentado" en el redactado.

Por otra parte, debe señalarse que lo que los entrevistados aportan sobre las consecuencias del consumo a lo largo de la vida, tanto si son positivas como negativas, refleja su posición en el momento de la entrevista y no necesariamente opiniones y valoraciones que han mantenido invariables, constantes a lo largo del tiempo, o que siempre se refieren al conjunto del itinerario de consumo.

La mayor parte de los entrevistados valora positivamente las ventajas del acullico en el trabajo. El trabajo es uno de los dos aspectos, entre todos los considerados, que aparece más beneficiado por el acullico; además, cuanto más intenso y duro es el trabajo considerado, más importancia se le confiere al acullico porque aumenta la productividad y disminuye la sensación de fatiga. Esta opinión predomina entre los campesinos, ex-mineros y conductores de vehículos en viajes a larga distancia. Una minoría considera que su utilización no comporta ninguna ventaja o no ha consumido nunca hoja de coca con esta finalidad.

Casi la mitad considera que supone ventajas en su economía; en general, indirectamente, porque incrementa la productividad en el trabajo. Para otros, que viven directamente de la producción, transporte o venta de la hoja de coca es su medio de vida ("es fuente de vida. Más bien gracias a eso comen mi mujer y mis hijos"). Algunos afirman que su eficacia terapéutica para combatir ciertas dolencias, y por tratarse de un remedio muy barato, les evita gastos más elevados; por ejemplo, una mujer que trata su enfermedad diabética con el acullico dice: "me evita gastar en médico, que cobra 40 bolivianos (8 dólares) y en los remedios". Una minoría afirma que carece de ventajas en su economía.

La mayor parte opina que la hoja de coca influye positivamente en la salud física, dando más vigor y energía: "evita que uno se enferme"; "evita que se 'piquen' (caries) los dientes"; "todos deberían consumir (hoja de coca), así la gente estaría bien de salud". Una minoría opina, en cambio, que el acullico no tiene ninguna consecuencia positiva. Esta opinión no niega, necesariamente, la eficacia terapéutica de otras formas de consumo de la hoja de coca (infusiones) ni de otros usos para combatir ciertas dolencias (en el apartado 3.3 del capítulo 3 han sido descritos los usos medicinales de la hoja de coca y su papel en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades definidas culturalmente).

La mayoría opina que el acullico mejora la lucidez y la capacidad de concentración. Casi una tercera parte respondió que no afecta a la salud mental ni a las funciones intelectivas.

El otro aspecto, junto con el trabajo, en el que los entrevistados consideran que el consumo, y otros usos, de la hoja de coca tiene mayores consecuencias positivas es en la sociabilidad y, en un sentido más general, en la pervivencia de la cultura tradicional andina. La mayor parte de los entrevistados destaca que el hecho de compartir el acullico con los demás mejora la sociabilidad y, según los consumidores de tipo tradicional, también expresa y refuerza los vínculos comunitarios. El acullico en las actividades estrictamente festivas, según la mayoría, también favorece la sociabilidad, sobre todo cuando se consumen bebidas alcohólicas simultáneamente. En el ámbito ritual y religioso el acullico y otros usos de la hoja de coca expresan y refuerzan los sentimientos de pertenencia y de identidad cultural. Para la mayor parte de los consumidores de tipo tradicional no acullicar en esas ocasiones puede ser interpretado como un rechazo de la identidad tradicional andina y del sistema de valores y creencias compartidos y, a veces, como una ofensa. Una minoría de los consumidores de tipo instrumental piensa que el consumo de hoja de coca carece de incidencia en la sociabilidad.

Aunque algunos entrevistados afirman que el acullico "tranquiliza" y que por ello favorece la disminución de la agresividad y la evitación de conflictos, su incidencia en estos aspectos debe considerarse irrelevante.

La mayor parte opina que el acullico les refuerza el valor y el coraje para enfrentarse a las dificultades. Los restantes, una cuarta parte, dicen que no tiene consecuencias positivas en ese sentido.

Algo menos de la mitad de los entrevistados responde que la hoja de coca influye en la evitación de accidentes porque su consumo incrementa el nivel de alerta y ayuda a combatir el cansancio y el sueño. Dos conductores de vehículos en viajes a larga distancia, que acullican siempre que trabajan, confirman esta opinión: "creo que si no consumiera (hoja de) coca en los viajes, hubiese tenido muchos accidentes. Como la coca quita el sueño, uno está más alerta en el camino". Casi una cuarta parte opina que no incide en la evitación de accidentes; y los restantes, más de un tercio, no opinan.

En su experiencia personal, a lo largo de la vida, sólo una minoría opina que ninguno de los aspectos considerados ha mejorado gracias al consumo de hoja de coca⁽³³⁾. Los restantes, cuando los jerarquizan, citan de forma minoritaria uno o varios de ellos (salud, estudios, economía, evitación de accidentes) o destacan, mayoritariamente, las ventajas que les ha reportado el consumo en el desempeño de las actividades laborales, sobre todo, o su importante papel en la sociabilidad o como expresión y símbolo de integración cultural y pertenencia (acullico y otros usos de la hoja de coca).

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los consumidores opina que el consumo de pasta de coca no tiene ninguna ventaja ni consecuencia positiva; Una cuarta afirma que sí las tiene, aunque sólo en algunos de los aspectos aquí considerados. Como se verá a continuación, al particularizar en cada uno de los aspectos, en algunos de ellos el número de entrevistados que afirma la existencia de consecuencias positivas aumenta sensiblemente.

Sólo una minoría identifica alguna consecuencia positiva en los estudios: mayor lucidez, aumento de la capacidad de comprensión, aumento del entusiasmo por el estudio, etc. En todos los casos, se trata de consumidores con un nivel bajo de consumo.

En el trabajo, más de la mitad cree que no tiene consecuencias positivas. Aproximadamente un tercio opina que sí las tiene y entre ellas destacan: entusiasmo, disminución de la fatiga, fuerza y energía. Es interesante resaltar que quienes viven del robo y del tráfico de drogas responden que el consumo de pasta de coca mejora el rendimiento en sus actividades. Entre las consecuencias positivas que señalan sobresale la pérdida del temor y el aumento de la audacia y la seguridad: "podía robar mejor y sin miedo".

(33) En la entrevista se incluyó una pregunta, relacionada con las valoraciones y opiniones sobre las consecuencias positivas del consumo en los aspectos que están siendo analizados en este subapartado (y en el siguiente, 8.3.3, como consecuencias negativas o desventajas), para indagar cuáles de estos aspectos se habían visto realmente beneficiados (o perjudicados, subapartado 8.3.3) por el consumo de derivados de la coca en la experiencia vivida por cada uno de los entrevistados, según su criterio. El objetivo de esta indagación es intentar dimensionar hasta qué punto las opiniones que aportan los entrevistados sobre las consecuencias del consumo tienen que ver con sus propias vidas y, sobre todo, conocer en qué aspectos, al jerarquizarlos, han sido verdaderamente relevantes, según su percepción.

Las ventajas en la economía y en los ingresos sólo aparecen en una minoría, que coincide con los consumidores que se benefician de la venta de la pasta de coca, porque viven del tráfico, o porque se dedican a actividades delictivas.

La mayor parte no identifica ninguna consecuencia positiva a nivel físico. En relación a las facultades mentales, una cuarta parte señala que el consumo produce una mayor lucidez, ayuda a mantenerse despierto, da tranquilidad, sensación de bienestar y de superioridad. El resto afirma que no tiene ninguna consecuencia positiva.

La mayoría dice que el consumo de pasta de coca no favorece las relaciones con otras personas. Por el contrario, aproximadamente un tercio afirma que el consumo tiene ventajas en la relación con los amigos o con otros consumidores porque facilita la comunicación entre ellos y la integración en el grupo. Todos estos entrevistados pertenecen a grupos de consumo (entre ellos destacan los chicos de la calle).

La cuarta parte de los entrevistados afirma que el consumo de pasta de coca facilita la actividad sexual al producir desinhibición y aumento de la excitación. Los restantes, o no lo han utilizado con esta finalidad o afirman que no beneficia.

En ningún caso los entrevistados opinan que tenga alguna ventaja para evitar las agresiones, la violencia ni los accidentes.

El sentir valor o coraje, es una consecuencia positiva que con mucha frecuencia (60%) señalan los entrevistados. Dicen que la pasta de coca les sirve para afrontar situaciones de riesgo y peligros propios de la ilegalidad del consumo y de la obtención: "me daba coraje, podía enfrentarme a todo"; "me daba coraje para robar y pelear. Uno no tiene miedo, es más entrador (agresivo) y peleador". Quienes no se han encontrado en situaciones de riesgo importantes no señalan esta ventaja.

La mayor parte de la submuestra, al jerarquizar los aspectos considerados según la incidencia positiva del consumo en ellos, afirma que ningún aspecto de su vida ha mejorado por el consumo de pasta de coca. No obstante, y aunque sea muy minoritario, algunos entrevistados destacan los siguientes aspectos, en orden decreciente: capacidad para enfrentarse al peligro (incremento del coraje); trabajo; relaciones sociales y sexuales.

Una cuestión interesante que debe ser señalada es que los consumidores recreacionales e instrumentales cuando refieren la existencia de ventajas, como una mayor lucidez y capacidad de concentración en los estudios o en el trabajo, mejoría de la sociabilidad y, sobre todo, una mayor estimulación sexual reconocen, de forma explícita y clara, su transitoriedad.

En el caso de los consumidores disfuncionales, y sin querer desvalorizar las otras ventajas citadas, la única consecuencia positiva relevante del consumo de pasta de coca es que les aporta valor y coraje; en definitiva, para muchos de ellos, que constituye una ayuda clave para sobrevivir en un mundo que les es particularmente hostil. Por otra parte, parece claro que la otra ventaja que sobresale es la económica aunque sólo para aquellos cuyo modo de vida depende del tráfico.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Algo más de la mitad de los entrevistados opina que el consumo de clorhidrato de cocaína, en general, no aporta ninguna ventaja. El resto (44%) sí considera que las aporta o que puede aportarlas.

Un tercio de los entrevistados cree que el consumo de clorhidrato de cocaína puede favorecer en los estudios porque incrementa la capacidad de concentración y la lucidez; más de la mitad dice que no tiene ninguna consecuencia positiva en este aspecto y una minoría no responde.

Más de un tercio señala que el consumo de clorhidrato de cocaína favorece en el trabajo, aumentando la eficacia y la productividad (esencialmente son consumidores de tipo instrumental). Los restantes, algo menos de la mitad de la submuestra, afirma que el consumo de clorhidrato de cocaína no aporta ninguna consecuencia positiva en relación al trabajo.

La mayor parte cree que el consumo no presenta ventajas en lo económico. Una minoría dice que las ventajas económicas están asociadas al tráfico, no al consumo.

La mayoría opina que el consumo de clorhidrato de cocaína no beneficia la salud física. Una cuarta parte responde afirmativamente diciendo que se sienten más fuertes; no obstante, muchos señalan que pasados los efectos se produce una sensación importante de debilidad y pesadez. Una minoría no aporta información.

La mayoría cree que no produce ninguna consecuencia positiva en ningún aspecto relacionado con la salud o con las funciones mentales. Aproximadamente un tercio dice que sí existen consecuencias positivas, aunque estos entrevistados no dan respuestas concretas ni precisas al respecto.

La mitad de los entrevistados cree que el consumo de clorhidrato de cocaína tiene consecuencias positivas en las relaciones sociales, en general y con las personas con las que mantienen una vinculación más estrecha (amigos íntimos y familiares cercanos); la otra mitad, afirma que no incide en ellas. Entre las consecuencias positivas señaladas destaca la de favorecer la comunicabilidad, la sociabilidad e incluso la de ampliar el círculo de relaciones.

Sólo una minoría no opina sobre si el consumo de clorhidrato de cocaína incide positivamente las relaciones sexuales. La mayoría de los que contestan dice que el consumo mejora e intensifica las relaciones sexuales. Aproximadamente un tercio cree que no las favorece.

Casi todos los entrevistados afirman que no tiene ninguna consecuencia positiva en la evitación de conflictos o accidentes ni en la neutralización o control de situaciones agresivas o peligrosas.

La mitad de la submuestra considera que el consumo incrementa el coraje y el sentimiento de seguridad para enfrentarse a situaciones de conflicto o a las tensiones habituales que genera la vida en sociedad.

Una parte importante de la submuestra (40%) afirma que ninguno de los aspectos aquí analizados ha mejorado en su propia vida gracias al consumo. Los restantes, la mayoría, sí citan que les ha supuesto ventajas o consecuencias positivas en algunos de ellos; no obstante, ningún aspecto es destacado por un número relevante de entrevistados. Los más citados, aunque por una minoría de los entrevistados (esencialmente, consumidores instrumentales y recreacionales), son los estudios, el trabajo y las relaciones sociales.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

En términos generales, sólo una minoría de los entrevistados considera que el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína comporta ventajas o consecuencias

positivas a lo largo de la vida. Cuando se refieren concretamente a algunos de los aspectos considerados esta valoración se incrementa; no obstante, en ninguno de ellos supera la tercera parte de los casos.

Sólo una minoría afirma que el consumo mejora la capacidad de concentración o de asimilación de contenidos en los estudios. Una proporción similar afirma que carece de ventajas y la mayoría no aporta información o no lo ha experimentado.

Para algo menos de un tercio de la muestra el consumo incrementa la capacidad de trabajo y la productividad. Una cuarta parte opina que no afecta y, el resto, no se pronuncia.

Referente a la economía, menos de una cuarta parte afirma que sí comporta ventajas porque constituye un medio de vida (tráfico). Una proporción similar considera que carece de ventajas y más de la mitad no responde.

Una cuarta parte afirma que el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína tiene consecuencias positivas en la salud física porque el consumidor se siente lleno de energía; también, en una proporción similar, en la salud mental ya que les hace sentir bien y felices si están aburridos o deprimidos. Los restantes, opinan que no supone ninguna ventaja (en torno al 20%) o, mayoritariamente, no opinan.

Menos de la cuarta parte de los entrevistados afirma que el consumo ha tenido consecuencias positivas en las relaciones que mantienen con personas que forman parte de su círculo de relación más próximo; y sólo una minoría, en sus relaciones sociales en general. La mayoría de la muestra no contesta.

Solamente una minoría opina que el consumo mejora las relaciones sexuales. Una cuarta parte afirma que éstas no varían por el hecho de consumir y, de nuevo, la mayoría no aporta información.

Según los entrevistados, salvo algunas excepciones, el consumo no incide positivamente en la evitación de accidentes de ningún tipo ni ayuda a enfrentarse con más coraje a las dificultades o a los problemas.

Una tercera parte opina, paradójicamente, que el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína sí favorece la evitación de situaciones agresivas o violentas por sus "efectos calmantes" ("te 'enfría' cuando te provocan", en palabras de un entrevistado). De la mitad de los entrevistados no se ha obtenido respuesta y una minoría cree que no afecta.

La mayoría de los entrevistados no informa sobre qué aspectos, de los aquí considerados, han mejorado gracias al consumo. Sólo una minoría de los entrevistados los jerarquiza y cita los siguientes: trabajo, sobre todo, y estudios; y en uno o dos casos: relaciones sexuales, salud mental y economía.

Crack (Sao Paulo)

Casi todos los entrevistados afirman que el consumo de crack no comporta ninguna ventaja o consecuencia positiva: "no es bueno para nada" (K06SP). Los restantes, sólo citan como ventajas básicas la mejoría de ciertas funciones mentales (lucidez, percepción), el aumento de la seguridad en sí mismos y el coraje. De hecho, según estos entrevistados, no se trata de que el consumo les confiera "realmente" más seguridad o coraje. Lo que ocurre es que bajo el efecto del crack "pierden la noción de peligro" y gracias a ello pueden afrontar o se exponen a cualquier situación, incluso aquellas que son objetivamente peligrosas.

Sólo un entrevistado afirma que su vida sexual ha mejorado con el consumo de crack; y otro, solamente, que tiene consecuencias positivas en su relación con los demás (mejoría de la sociabilidad). En definitiva, prácticamente, los entrevistados no refieren consecuencias positivas ni ventajas derivadas o relacionadas con el consumo de crack.

(El crack) no comporta ninguna ventaja, sólo algunos segundos de placer intenso. (K05SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Al igual que los consumidores de crack, casi todos los entrevistados afirman que el consumo de clorhidrato de cocaína no comporta ninguna ventaja. También, los restantes, citan casi exclusivamente como ventajas básicas la "mejoría de la mente", por la intensa sensación de placer, y el aumento de la "seguridad en sí mismos y el coraje", con el significado ya descrito.

No es que la gente (consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) no tenga miedo de nada. La gente no tiene más cuidado. (Lo que ocurre es que) se actúa sin medir las consecuencias. (I17SP)

Todos los consumidores entrevistados, tanto de clorhidrato de cocaína como de crack, afirman que ninguno de los aspectos considerados ha mejorado realmente, o se ha visto beneficiado, por el consumo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayoría de los entrevistados no atribuye al consumo ventajas ni consecuencias positivas, en general, a lo largo de la vida. Cuando los aspectos analizados se consideran particularizadamente en ningún caso la proporción de entrevistados que afirma la existencia de consecuencias positivas supera la cuarta parte.

Sólo uno o dos entrevistados consideran que el consumo aporta, o puede aportar, ventajas en los estudios (mayor concentración y lucidez), economía (como negocio), salud física (sin explicar el porqué) y para "darse valor", con el significado ya visto.

Una cuarta parte afirma que comporta ventajas en el desempeño de las actividades laborales porque incrementa la energía, la capacidad de trabajo y en algunas de ellas potencia la creatividad. Esta valoración parece sostenerse mejor si se refiere a fases de consumo intravenoso con algún grado de control; y es más frecuente cuando se refiere al consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal.

(El consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína) me ayuda en mi trabajo, en la combinación de colores, en las frases, para dibujar (el entrevistado es artesano). (I10RJ)

La cocaína (clorhidrato, por vía intravenosa) puede ayudarte en el sentido de cumplir metas en el trabajo o en el estudio, pero no te garantiza que tú hagas el trabajo o el estudio bien, como si no estuvieses drogado. 'Locura' es 'locura' (los efectos del consumo son sólo efectos), no se hace nada correctamente. (I25RJ)

Sólo una minoría afirma que el consumo tiene consecuencias positivas en la "salud mental". En realidad, estos entrevistados se refieren a que el consumo mejora el estado de ánimo puesto que sirve para olvidar, aunque sea momentáneamente, los problemas. La mayor parte opina que no comporta ventajas.

Algo menos de una cuarta parte opina que el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína facilita la relación social porque vuelve más comunicativo al consumidor y facilita el contacto con otras personas, que deben ser necesariamente consumidoras. En caso contrario, las relaciones se dificultan y se fragilizan.

Una minoría afirma que incrementa el deseo, y en menor grado, la actividad sexual. Según estos entrevistados cuando el consumo es "desmesurado" se produce una incapacidad efectiva para mantener relaciones sexuales.

En el sexo, tú vas a 'follar' (relaciones sexuales) toda la noche, pero para gozar es un problema (si consumes clorhidrato de cocaína por vía intravenosa). (I10RJ)

Casi todos los consumidores entrevistados afirman que ninguno de los aspectos considerados ha mejorado o se ha visto beneficiado por el consumo. Algunos casos, por el contrario, dicen que su actividad laboral, las relaciones sociales (con otros consumidores) y las sexuales sí han mejorado gracias al consumo.

8.3.3 Consecuencias negativas en aspectos relevantes de la vida social

En este subapartado se analizan las consecuencias negativas, o las desventajas, que el consumo ha comportado a los entrevistados, a lo largo de la vida, en la salud, física y mental, y en aspectos relevantes de su vida personal y social: estudios, actividades laborales, economía, relaciones sociales, relaciones sexuales, como fuente de situaciones conflictivas, peligrosas o de problemas legales.

Hoja de coca (Cochabamba)

Casi todos los entrevistados dicen que acullicar no comporta ninguna consecuencia negativa. Además, debe destacarse que en los casos en que son citadas no tienen una relación directa con el consumo.

Una minoría afirma, como consecuencia negativa, que existe un rechazo por parte de los que no acullican. En general, el rechazo expresa un prejuicio y se realiza desde una supuesta "modernidad" porque se considera al acullico como un indicador de "atraso" y "pobreza": "algo de indios", como otros rasgos de la cultura tradicional andina. Los productores de hoja de coca también citan como consecuencia negativa los problemas que tienen con las fuerzas de represión al narcotráfico. En palabras de un agricultor del Chapare (zona productora cercana a Cochabamba):

Nos quieren involucrar en el narcotráfico. A veces tenemos problemas con los UMOPAR (fuerzas especiales anti-droga de la policía boliviana), que sólo hacen lo que dicen los 'gringos' (de EE UU) de la DEA (Agencia para la Lucha contra la Drogas de EE UU).

Una minoría afirma que la hoja de coca "trae problemas" sólo cuando se asocia el acullico con las bebidas alcohólicas; aunque los problemas se relacionan con el alcohol, no con la hoja de coca.

Casi la totalidad de los entrevistados considera que el consumo de hoja de coca no supone un gasto importante en sus economías.

Casi una cuarta parte de los entrevistados ha observado discusiones durante la venta de hoja coca protagonizadas por los vendedores del producto durante el regateo por el precio. No obstante, en todos los casos, estas "discusiones" no parecen diferenciarse

de las que pueden producirse cuando en la compra-venta de algún producto se acepta la práctica del regateo. También algunos de ellos presenciaron escenas de violencia protagonizadas por las fuerzas de represión al narcotráfico. Según un productor de hoja coca procedente del Chapare:

Hay problemas a diario en eso de que quieren reducir los campos de (arbusto de la) coca (erradicación de cultivos). Los atrevidos de la UMOPAR (fuerzas especiales anti-droga de la policía boliviana) cada vez nos sacan de nuestras casas, nos pegan, violan a nuestras mujeres e hijas. Cuando hacen operativos, todos tenemos que escapar.

Casi la totalidad de los acullicadores entrevistados afirma que no ha recibido presiones en su círculo de sociabilidad para abandonar el acullico⁽³⁴⁾. Sin embargo, algunos dejan de consumir temporalmente cuando se desplazan fuera de su residencia habitual, cuando son visitados por familiares u otras personas o cuando se relacionan con determinadas personas para evitar el posible rechazo, ya citado. Este hecho explica buena parte de las interrupciones del consumo durante períodos breves.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados afirma que el consumo de pasta de coca comporta muchas consecuencias negativas en los distintos aspectos que aquí se analizan.

En los estudios, la mayoría cita el desinterés, dificultades para memorizar, así como para evocar contenidos mnesicos. Una minoría afirma que carece de consecuencias negativas y el resto, una cuarta parte, no lo ha experimentado o no responde.

La mayoría de los entrevistados afirma que el consumo afecta negativamente al trabajo produciendo desgana y limitando la eficiencia. Una tercera parte cree que no afecta y una minoría nunca lo ha utilizado en actividades laborales.

La mayor parte señala pérdidas económicas y gastos importantes en la obtención de la pasta de coca que les resta dinero para cubrir otras necesidades. La minoría que no considera al consumo como una desventaja en este aspecto son consumidores de tipo recreacional, con un bajo nivel del consumo, o viven del tráfico.

Casi todos coinciden en indicar que los aspectos más afectados, y que más les preocupan, están relacionados con la salud física: adelgazamiento, deterioro de las piezas dentarias, dolor de cabeza crónico, debilidad, agitación. El consumo durante el embarazo (en 3 entrevistadas) está asociado, en algún grado, o tuvo como consecuencia: un aborto, nacimiento de un niño de bajo peso y de otro con retardo mental profundo. Sólo una minoría no refiere problemas físicos. Los consumidores de los tipos recreacional, sobre todo, e instrumental refieren menos problemas físicos y cuando sí lo hacen éstos son de menor gravedad.

En relación a las facultades mentales la mayor parte describe un deterioro de la memoria, olvidos frecuentes, principalmente de hechos recientes, disminución de la capacidad de mantener la atención por períodos prolongados y de la capacidad de fijar

(34) En el cuestionario se indagaba sobre si el consumo promovía la activación de presiones, control social informal, en el entorno de relaciones primarias (familiares, amigos íntimos) para que el consumo de los diversos derivados de la coca fuera abandonado o, eventualmente, reducido. También, si estas presiones se expresaban como ayuda y apoyo (sociabilidad positiva) o como mecanismo de control más o menos rígido (puede incluir el internamiento forzoso en centros de tratamiento o la expulsión del núcleo de relación).

nuevos conocimientos. Sólo una minoría de los entrevistados no cita ningún deterioro o no aporta información.

La mayoría coincide en afirmar que la relación con la familia se deteriora en extremo por la conducta disocial del consumidor (robo de objetos en la casa para venderlos y obtener dinero; actividades delictivas en general), cambios de personalidad y carácter (irritabilidad, irresponsabilidad, abandono de su rol dentro de la familia y las obligaciones que comporta), abandono de los estudios, del trabajo, etc. Estos conflictos muchas veces terminan con el abandono de la pareja o la expulsión del consumidor del núcleo familiar.

Este deterioro se produce también en las relaciones sociales en general. La mayor parte de los consumidores destaca el rechazo y la marginalidad social como consecuencias negativas del consumo. Así lo expresa uno de ellos:

La gente me mira con malos ojos y no me admite en ningún lugar porque soy un adicto... No puedo relacionarme con nadie, todos me desprecian.

Los consumidores de los tipos recreacional e instrumental no refieren dificultades de relación con la familia y los amigos ni el rechazo social. No obstante, reconocen que estos problemas existirían si sus familiares o amigos no consumidores descubren su consumo: "no tengo ningún problema, pero me siento un fraude de hija con mis padres".

Más de un tercio señala que el consumo comporta desventajas en las relaciones sexuales. Estos entrevistados expresan que se pierde el interés por la actividad sexual; y en otros casos, que el consumo de pasta de coca favorece la promiscuidad.

La conflictividad y las agresiones aparecen estrechamente relacionadas con el consumo. La mayoría indica que se ha visto involucrada en situaciones de violencia, peleas, incluso con armas de fuego y blancas, bajo el efecto de la pasta de coca. Un entrevistado admite haber cometido varios asesinatos. Un tercio de los entrevistados no cita este aspecto como consecuencia negativa, aunque una parte de ellos ha observado estas situaciones. Algunos también han estado implicados en actos violentos relacionados con el tráfico.

Presencié la agresividad a golpes de dos amigos. Uno de ellos no quiso darle (al otro) un poco de 'sulfato' (pasta de coca).

Sí. A un amigo le metieron (clavarón) un cuchillo a la barriga por quitarle su 'pitillo' (cigarrillo de pasta de coca).

Ha habido agresividad entre comprador y vendedor cuando le vendió menos (pasta de coca).

Por la conducta violenta, robos, hurtos, agresiones y otros actos antisociales, la mayoría ha tenido problemas con la ley, habiendo sido detenidos por la policía y encarcelados. Los entrevistados que no son disfuncionales no han tenido este tipo de problemas.

Más de la mitad afirma que el consumo provoca accidentes. Los que se producen con mayor frecuencia son: caídas con fracturas, heridas y traumatismos cráneo-encefálicos.

Para casi un tercio de los entrevistados todos los aspectos de su vida han quedado seriamente afectados por el consumo. En casi todos los restantes casos los principales aspectos que han empeorado son, en orden decreciente: la salud y las relaciones familiares; y de forma más minoritaria, los estudios, el trabajo y las relaciones sociales.

La mayor parte de los consumidores de los tipos recreacional e instrumental, excepto una pequeña minoría, también ha experimentado consecuencias negativas, como problemas de salud, en los estudios y el trabajo, etc. No obstante, estos problemas no tienen la gravedad que se observa en los consumidores disfuncionales.

En general, la mayoría de los consumidores disfuncionales, que constituyen la mayor parte de la submuestra, refiere que todos, o casi todos, los aspectos de su vida han sido gravemente perjudicados por el consumo. Este perjuicio es mayor entre los que llevan más años consumiendo y los que consumen cantidades más elevadas. Los aspectos más perjudicados por el consumo son, en orden decreciente: salud, relaciones familiares y sociales, trabajo y seguridad (a causa de la violencia que forma parte del contexto: entre iguales y la generada por la policía). Es bastante frecuente que estos consumidores vivan en situación de marginalidad social, temporalmente (épocas de consumo intensivo) o de forma definitiva.

Perdí mi casa y mucho dinero. En la familia me costó un divorcio, peleas y un hijo histérico. Me arruinó físicamente y tuve un accidente de tránsito por el consumo (de pasta de coca). (P063CB)

Consumí sin problemas. Lo hacía con el 'cristal' (clorhidrato de cocaína), consumía hasta las 6 de la mañana; me levantaba, me bañaba, tenía relaciones sexuales con mi esposa y no me pasaba nada, comía, bebía con el 'cristal'. El 'sulfato' (pasta de coca) no me dejaba comer, me tenía que esconder en el monte, me daba la paranoia. (P120CB)

Entre los consumidores disfuncionales, el subtipo de los chicos de la calle presenta particularidades que deben ser señaladas. Sus principales problemas relacionados con el consumo, que coinciden con los ya citados para la totalidad de los consumidores disfuncionales, son particularmente graves porque refuerzan a otros, previos y de una gravedad equivalente, que derivan de la situación de marginalidad social en la que subsisten. Su vida es tratar de sobrevivir en un mundo particularmente hostil y en el que son objeto con mucha frecuencia de abusos de todo tipo, violencias y detenciones ilegales practicadas por una parte de la policía:

Estuve en las granjas del Chimoré (prisión dependiente de la policía) 6 veces; en las celdas de la policía, 40 veces, todo por robo o 'pitillero' (consumidor de pasta de coca; en estos casos se trata de una detención ilegal). A los más 'pesados' (reincidentes, conocidos) siempre nos traen aquí (a la prisión). (P137CB)

Los problemas de salud de estos chicos de la calle son anteriores al inicio del consumo de pasta de coca, por las múltiples carencias que sufren, y el consumo los acentúa:

Físicamente me veía mal, pálido, quemado (por el sol) y flaco. Comía, pero poco; (pero) no dejaba de fumar (pasta de coca) un día. (P134CB)

Las presiones familiares, sobre todo por parte de los padres, para que los consumidores disfuncionales abandonen el consumo son frecuentes. Normalmente,

éstas consisten en amenazas de expulsión de la vivienda familiar o ruptura de la relación, en el caso de matrimonios o parejas. En este sentido, debe recordarse que buena parte de los consumidores disfuncionales, y no sólo los chicos de la calle, no mantienen ninguna relación con sus familias y viven solos o con otros consumidores y se relacionan exclusivamente con ellos.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados opina que el consumo de clorhidrato de cocaína comporta consecuencias negativas, en general. El resto, más de un tercio de la submuestra, cree que no las tiene.

Más de un tercio de los entrevistados opina que no supone desventajas en los estudios. Una proporción equivalente afirma que sí las tiene y entre ellas destacan el incremento del absentismo por la pérdida de "interés" y "energía" para estudiar. El resto no aporta información al respecto.

Casi la mitad opina que el consumo de clorhidrato de cocaína carece de consecuencias negativas en el desempeño de la actividad laboral. Aproximadamente un tercio cree lo contrario y al igual que en relación a los estudios, destacan la pérdida de "interés" y de "energía". Los restantes no contestan o no lo han experimentado. Debe recordarse que sólo una parte de los entrevistados (todos ellos consumidores de tipo instrumental) ha consumido en el trabajo, más o menos regularmente, a lo largo de la vida.

La mayoría afirma que el consumo de clorhidrato de cocaína tiene consecuencias negativas en la economía. El resto cree que no; en general, se trata de consumidores con una elevada capacidad adquisitiva o que se dedican al tráfico.

La mayoría opina que afecta negativamente a las funciones mentales. Entre las principales consecuencias destacan los problemas de concentración y, secundariamente, los trastornos de la memoria; una minoría describe episodios de desorientación.

Las consecuencias negativas en las relaciones familiares, como distanciamientos, aumento de la desconfianza y de los conflictos son destacadas por un tercio de los entrevistados. La misma proporción afirma que el consumo también afecta a las relaciones sociales provocando la restricción del círculo de amistades o la pérdida de interés en ellas. La mayoría afirma que carece de consecuencias negativas en relación a estos aspectos.

Más de un tercio de los entrevistados señala que el consumo incrementa la agresividad y que puede favorecer, en ciertos consumidores, las respuestas violentas. No obstante, este tipo de respuestas parece deberse más al consumo de alcohol que al de clorhidrato de cocaína (sin excluir la importancia de otros factores, como ciertas características personales). Lo mismo ocurre con los accidentes de automóvil que algunos entrevistados han tenido cuando conducían bajo el efecto combinado de clorhidrato de cocaína y alcohol ("el accidente que tuve se explica mejor por los efectos del consumo de alcohol"). Al respecto, la mayoría de los entrevistados afirma que toma ciertas precauciones como no conducir cuando están ebrios o cuando han consumido clorhidrato de cocaína.

Por último, una cuarta parte de los entrevistados ha tenido problemas legales como consecuencia del consumo.

El consumo ha tenido consecuencias más negativas y en un mayor número de los aspectos analizados entre los consumidores disfuncionales. Las consecuencias negativas más destacadas son de tipo psicológico o alteraciones de las funciones mentales: pérdida de la capacidad de concentración y de la memoria, desorientación, cambios bruscos de humor, mayor irritabilidad y en algunos casos, angustia. También destaca el perjuicio causado en las relaciones familiares, sobre todo, y sociales en general (aislamiento, soledad).

Los consumidores de los tipos recreacional e instrumental refieren consecuencias negativas más leves que los disfuncionales y que han tenido una menor incidencia en los aspectos considerados. Entre los consumidores recreacionales el aspecto más perjudicado es la salud física (citan un amplio número de problemas, aunque siempre son definidos como leves) y la economía. Una minoría destaca dificultades temporales de concentración y una mayor irritabilidad. Los consumidores de tipo instrumental señalan, sobre todo, dificultades de concentración y de memoria. Los aspectos más afectados por el consumo son las relaciones familiares y el trabajo (dificultades para responder eficientemente a las exigencias laborales).

La mayoría de los entrevistados no ha recibido ningún tipo de presión para reducir o abandonar el consumo por parte de familiares o de otras personas relevantes de su círculo social más próximo. Aproximadamente la cuarta parte de los entrevistados manifiesta que las presiones las reciben de familiares directos (sobre todo, padres y hermanos). De ellos, una parte comenta que no son exactamente "presiones", sino actitudes conciliadoras, consejos y muestras de apoyo, que no excluyen la culpabilización moral y afectiva. En otros casos -especialmente en las relaciones de pareja, aunque no exclusivamente-, la activación de mecanismos de control social informal es particularmente intensa y se traduce en fuertes presiones: amenazas de separación, de expulsión del domicilio conyugal o familiar, de hacerlos detener por la policía, quitarles los hijos, etc.). Algunos consumidores señalan que no reciben ningún tipo de presión por parte de la familia sencillamente porque ésta no sabe que consumen. Sólo una minoría recibe presiones en este sentido por parte de amigos y compañeros de trabajo.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayoría de los entrevistados afirma que el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína comporta consecuencias negativas.

La mitad de la muestra opina que el consumo provoca desinterés en los estudios. En muchos casos este desinterés comporta su abandono. Los restantes entrevistados no contestan.

La mayoría considera que el consumo favorece el absentismo laboral y perjudica el desempeño de las actividades laborales; implicando, frecuentemente, la pérdida del empleo. Una cuarta parte no opina y una minoría dice que no afecta negativamente. Es de interés recordar que la mayor parte de los entrevistados en Ibadan carece de empleo.

La mayor parte de los entrevistados coincide en afirmar que el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína supone graves problemas económicos. Los restantes, una cuarta parte, no contestan (algunos de ellos se dedican al tráfico).

La mayoría afirma que el consumo tiene consecuencias negativas en la salud, aunque éstas no son precisadas. Sólo una minoría afirma que no perjudica y el resto no aporta información.

Aunque tampoco se dispone de una información detallada y concreta al respecto, casi la mitad de los entrevistados afirma que perjudica las funciones mentales y provoca trastornos psicológicos; el resto, no contesta.

Las relaciones familiares y sociales de la mayoría de la muestra se han visto perjudicadas por el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína. Sólo una minoría afirma que dichas relaciones no han sido afectadas negativamente. Una cuarta parte de los entrevistados no aporta información.

Un tercio de los entrevistados afirma que el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína tiene como consecuencia la disminución del deseo y perjudica las relaciones sexuales. La mitad de la muestra no opina y los restantes afirman que carece de consecuencias negativas.

Una parte importante de los entrevistados (40%) cree que el consumo incrementa la agresividad y favorece que se produzcan situaciones conflictivas o violentas. Sólo una minoría opina lo contrario y la mitad de la muestra no responde. Relacionado con esta cuestión, es interesante destacar que la mayoría de los entrevistados afirma haber presenciado, o que conoce que se han producido, situaciones conflictivas relacionadas directamente con el consumo que, frecuentemente, consisten en agresiones físicas. La mayor parte de estos entrevistados, además, se ha visto implicado personalmente en éstas o en otras situaciones violentas.

En esta misma línea, la mayoría de los entrevistados ha vivido situaciones de agresividad o violencia con los traficantes causadas por la mala calidad (adulteración) del clorhidrato de cocaína o del crack.

Respecto a si el consumo les ha comportado problemas legales o con la policía, la mayoría no aporta información. Una cuarta parte afirma que nunca los ha tenido y una minoría dice que sí, aunque no los especifica.

La mayor parte de los entrevistados no jerarquiza, ni precisa, qué aspectos de su vida han sido los más perjudicados por el consumo. Entre los citados sólo destacan el trabajo y los estudios.

La mayor parte de los entrevistados ha recibido fuertes presiones de sus familiares y de otras personas cercanas para que abandonen el consumo. En Nigeria el rechazo social al consumo de drogas ilegales es muy intenso, y se expresa sobre todo en las familias afectadas, y los consumidores son estigmatizados: es frecuente que las familias excluyan completamente a los miembros que consumen drogas ilegales y que eviten toda relación con ellos. Ciertamente, este rechazo tan intenso de la familia no siempre se da y una parte importante de los consumidores afirma que recibió ayuda y apoyo de sus familiares cuando tuvo problemas relacionados con el consumo; no obstante, es más frecuente que esta ayuda provenga de amigos o de otras personas con las que se mantiene una relación estrecha (la mayoría de los entrevistados afirma haberla recibido, incluida la de familiares, en algún momento de su vida).

Crack (Sao Paulo)

Todos los consumidores de crack afirman que el consumo de crack comporta consecuencias negativas, en general; en la mayor parte de los casos, además, éstas suelen caracterizarse como de especial gravedad. Este relato de una entrevistada, que puede considerarse representativo (recuérdese que todos ellos son consumidores disfuncionales), lo ilustra con claridad:

Es muy deprimente. Yo me abandoné totalmente. Ya no fui más a trabajar. No tenía lazos con nadie. Ya no sentía amor por nadie, ni por mí misma. Abandoné a mi familia, ya no quería ver a nadie de los que yo quería. Por el contrario, yo tenía rabia a esas personas, yo me sentía como basura. Todo a mi alrededor era una inmundicia. Mis ropas estaban sucias, ya no daba importancia a la limpieza. Nada existía. Mi vida fue cayendo, cayendo, todo se fue quebrando. Perdí trabajo, dinero, familia, amigos, amor propio. Cuanto más perdía, más (crack) consumía. (K01SP)

Solamente dos entrevistados declaran que el consumo no les ha perjudicado en los estudios. Todos los restantes afirman que es imposible cualquier nivel de concentración cuando se consume crack. El seguimiento de la actividad escolar parece incompatible con el consumo y la motivación para asistir a la escuela queda anulada por éste.

Quien usa crack no quiere ir más a la escuela. (K02SP)

El trabajo también parece incompatible con el consumo de crack. La atención, comprensión y responsabilidad son requisitos que quedan seriamente comprometidos y ello los incapacita para la realización de actividades laborales. Los pocos consumidores que están empleados tienen trabajos con características peculiares. En general, son actividades que se realizan en la calle y/o con flexibilidad de horario; es decir, sin compromisos rígidos. También son actividades esporádicas o que dependen de parientes próximos, lo que facilita el mantenimiento del empleo.

Todos los consumidores destacan los problemas económicos que comporta el consumo de crack. Dados sus escasos recursos económicos personales o familiares (la submuestra está predominantemente constituida por personas que pertenecen a las clases baja y media-baja y que en su mayor parte carecen de empleo), los entrevistados, para poder costearse el consumo venden todo lo que poseen, y lo que sustraen a sus familiares, y suelen dedicarse a actividades delictivas: robo, tráfico a pequeña escala o como correos de los traficantes (los denominados "aviones"). Todos afirman que gastan todo el dinero que poseen en comprar crack. La prostitución es otro medio utilizado para financiar el consumo (tres casos en la submuestra).

Vendí todas mis cosas y también las de mi madre (para comprar crack). (K10SP)

Yo llegué a prostituirme estando embarazada por una 'piedra' (de crack). Eso para que tengas noción de hasta dónde se puede llegar. Nada tiene valor. Sólo existe la droga (crack). (K08SP)

Casi todos los entrevistados señalan consecuencias negativas en la salud; entre éstas incluyen también, como indicador de los problemas de salud o asociado a ellos, cambios en el aspecto físico. Destacan la pérdida del apetito con la consiguiente pérdida de peso. El adelgazamiento rápido que se produce parece ser el primer indicio observable del deterioro del organismo. Entre las consecuencias, los entrevistados destacan los problemas respiratorios ("daños en los pulmones").

Además del desgaste físico, perdí 20 kilos. (K37SP)

Empecé a tener bronquitis y dolor de estómago. (K22SP)

El adelgazamiento, unido a la dejadez (abandono de los cuidados mínimos de higiene), define, según los entrevistados, la imagen característica del consumidor de crack

La cosa que más marca es la apariencia. La manera en que vive el 'crackeiro' (consumidor de crack) es peor que la de una persona que vive 'favelado' (en chabolas, en los núcleos marginales). Hasta se llega a dormir en la acera. Una persona como yo, si me vieses mañana, me verías con zapatillas, con muy poca ropa, porque no tengo con qué vestirme. Con una manta en la espalda, durmiendo en la acera por consumir crack. (K08SP)

Sólo dos entrevistados afirman que algunas funciones mentales resultan beneficiadas por el consumo del crack, pero sólo pasajeramente. Los demás, indican que sólo produce graves problemas en la salud y en las funciones mentales e intelectivas.

Al principio (el crack) mejora la capacidad de pensar, las ideas se aclaran, pero todo es una ilusión. (K36SP)

Te deja anulado. Sólo se piensa en el crack y dónde obtener dinero para conseguirlo. (K26SP)

Tengo muchos problemas de memoria (por causa del consumo de crack). Soy una persona ansiosa, nerviosa. (K28SP)

La mayoría describe un empeoramiento de las relaciones sociales debido a la falta de interés hacia las personas. Los que viven con un compañero/a comentan que produce un enorme deterioro de la relación; en algunos casos este deterioro comporta la ruptura de la relación.

El consumo solamente la empeora (la relación con otras personas). El que consume se aparta, pierde las ganas de conversar, de reunirse. La vida es sólo la droga (crack). (K32SP)

El consumo disfuncional de crack, característico de todos los entrevistados de la submuestra, produce una intensa disminución del deseo sexual y suele dificultar o imposibilitar las relaciones sexuales; éstas, en caso de darse, son definidas como insatisfactorias (anorgasmia, tanto en hombres como en mujeres; impotencia)

Bloqueado, me quedo impotente. (K37SP)

No conseguía verla como una mujer, sólo (la veía) como compañera de consumo. Mis sentimientos hacia ella cambiaron... no conseguía (podía) tocarla (ni) hablarle. La relación sexual era algo horrible, forzado. Sólo la droga (crack) era importante. (K14SP)

Casi todos afirman que el crack genera violencia y agresividad. No obstante, estas situaciones no se producen cuando consumen (el consumo, según los entrevistados, produce sensaciones de miedo e indefensión que pasivizan) sino durante la fase de intensa ansiedad (*craving*) que se da cuando desaparecen los efectos; especialmente si el consumidor carece de una nueva dosis para neutralizarla. Según los entrevistados, en estado de abstinencia, por la intensa compulsión que comporta el consumo, los consumidores pueden cometer cualquier acto para conseguir crack.

El 'viciado' (dependiente) está indefenso, no es agresivo. Se pone agresivo cuando no tiene droga (crack) o cuando quiere consumir. (K15SP)

Las situaciones más comunes de violencia que los entrevistados han presenciado se han producido entre traficantes y consumidores (por estafas, deudas o robos) o entre la policía y consumidores y/o traficantes. En general, estas situaciones están más relacionadas con el tráfico, o por causas económicas relacionados con él, y con la acción represiva de la policía que con el consumo.

Un amigo mío fue asesinado por un traficante. Fue en una pelea... él intentó robar (crack) al traficante y éste le rompió la cabeza. (K36SP)

La policía es feroz. Invade el 'morro' (barrio marginal), golpea y dispara. (K05SP)

Dado que las funciones volitivas quedan muy perjudicadas bajo los efectos del crack, según los entrevistados, el riesgo de padecer accidentes de todo tipo es muy elevado.

Para la totalidad de la submuestra, todos los aspectos aquí considerados se han visto seriamente perjudicados por causa del consumo.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

No hay diferencias sustanciales en las opiniones o valoraciones de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, respecto a las consecuencias negativas que se derivan del consumo, y las expresadas por los consumidores de crack. Sólo en algunos aspectos concretos, y para una parte de los entrevistados, las consecuencias parecen ser de menor gravedad.

Una parte importante de los entrevistados afirma que sus relaciones familiares y sociales no quedan totalmente afectadas por su consumo. Debe recordarse que la mitad de la submuestra ha logrado mantener a lo largo de la vida, aunque precariamente y conflictivamente, relaciones sociales normalizadas. Este hecho ha sido la dimensión clave utilizada para su consideración como subtipo (ver apartado 3.4 del capítulo 3).

La incompatibilidad del consumo con los estudios o con el desempeño de actividades laborales también es señalada. No obstante, una parte de los entrevistados afirma haber conseguido mantener temporalmente sus empleos durante el consumo. Esta circunstancia es más frecuente en el subtipo citado; asimismo, éstos lo logran durante períodos más largos (como ya ha sido explicado anteriormente suelen ser trabajos con un horario flexible, que implican un bajo nivel de responsabilidad y, frecuentemente, en empresas de familiares).

Las referencias a la agresividad, conflictos y violencia son semejantes a las ya vistas en el caso del crack, aunque menos frecuentes. En relación a los aspectos sexuales, las consecuencias coinciden.

El consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa parece afectar más negativamente a la salud que el de crack. Los consumidores refieren como principales problemas asociados al consumo: hepatitis, sida y cirrosis hepática (debida al elevado consumo de alcohol que siempre acompaña al de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa).

Para la totalidad de la submuestra, todos los aspectos aquí considerados se han visto seriamente perjudicados por causa del consumo. A pesar de que más de la mitad de los entrevistados son portadores del VIH, ninguno de ellos lo consideró como la principal consecuencia negativa.

Casi todos los consumidores entrevistados, tanto de clorhidrato de cocaína como de crack, declaran que han recibido presiones (control social informal) para que abandonasen el consumo. Estas presiones son realizadas por la familia, sobre todo, o por personas próximas y son de diverso tipo: desde una simple conversación (ofreciendo apoyo o, más frecuentemente, de contenido amenazante) hasta el internamiento forzoso en centros de tratamiento. En general, la mayor parte de los entrevistados expresa su desaprobación, y rechazo, a estas intervenciones familiares.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados considera que el consumo de clorhidrato de cocaína comporta consecuencias negativas en la salud y en los restantes aspectos de la vida aquí analizados.

La mayoría opina que afecta negativamente a los estudios y al trabajo: pérdida de interés, disminución de la concentración y mayor absentismo. Una minoría cree que no incide negativamente en los estudios; y una tercera parte, en el trabajo. El resto de los entrevistados no contesta.

La mayor parte de los entrevistados considera que el consumo de clorhidrato de cocaína afecta especialmente a la economía y a la salud. Para poder financiar el consumo deben recurrir, frecuentemente, a la comisión de actividades delictivas o ilícitas (robo, hurto, tráfico de drogas o prostitución).

Gastas mucho dinero (en clorhidrato de cocaína). Una vez gasté todo el dinero que tenía, incluso el del alquiler. Otra vez vendí objetos de casa, la licuadora, la radio, el vídeo... (I19RJ)

Los problemas de salud más destacados son la pérdida de peso y el dolor en las venas.

Más de la mitad considera que afecta a la salud mental, aunque estos entrevistados no concretan ni precisan cuáles son las consecuencias. Los restantes opinan que no comporta consecuencias negativas.

La mayoría afirma que el consumo disminuye el deseo y dificulta la actividad sexual.

La mayoría opina que el consumo y, sobre todo, la abstinencia tienen como consecuencia negativa el aumento de la agresividad y de la conflictividad. Un tercio de los entrevistados no cree que el consumo tenga estas consecuencias. Sin embargo, la mayor parte de los consumidores ha observado conflictos o enfrentamientos relacionados con el consumo (más de un tercio de estos entrevistados ha participado activamente en ellos); y más de un tercio, relacionados con el tráfico (el 20% de los entrevistados se ha visto implicado en ellos). Los motivos de estos conflictos y agresiones relacionados con el tráfico coinciden con los ya descritos al analizar la situación en São Paulo. Además, casi la mitad de la muestra ha tenido problemas legales o con la policía.

La mayoría de los entrevistados afirma que las relaciones familiares y sociales se deterioran y fragilizan. Entre los que consideran que el consumo no incide negativamente en ellas predominan los entrevistados que han logrado mantener, aunque precariamente, relaciones sociales normalizadas (constituyen el subtipo ya citado). Una consecuencia frecuentemente mencionada, relacionada con este aspecto, es la pérdida de credibilidad personal.

No creen más en ti. Piensan que eres inconsiguiente, mentiroso. (I17RJ)

Los principales aspectos que los entrevistados consideran que han empeorado en sus vidas a causa del consumo son la economía y la salud.

La mayor parte de los entrevistados dice haber recibido presiones, a veces muy intensas, de familiares y otras personas relevantes de su círculo social más próximo para que abandonasen el consumo. La mayoría también ha recibido ayuda y apoyo de estas mismas personas para intentar resolver los problemas relacionados con el consumo.

9. Consecuencias socio-sanitarias y servicios de tratamiento

9.1 Percepciones de riesgo

En este apartado son analizados los factores y rasgos que definen un "consumo problemático o peligroso" o un "consumo controlado" de los diversos derivados de la coca, cuáles son sus características y bajo qué condiciones pueden darse; también, si el consumo genera necesariamente dependencia o si ésta sólo se produce en determinadas circunstancias. Todos estos aspectos se analizan a partir de las percepciones y racionalizaciones de los entrevistados, utilizando sus propias definiciones.

Hoja de coca (Cochabamba)

Casi todos los entrevistados consideran que no existe ningún riesgo en el consumo de hoja de coca: "no es 'vicio' (equivalente a dependencia), sino 'costumbre' (forma parte del contexto cultural tradicional). Los consumidores de tipo tradicional explican con un cierto detalle las características que definen un consumo no problemático (de hecho, establecen con ello los límites respecto a un tipo de consumo que sí puede serlo): consumo regulado culturalmente (por las "costumbres"), asociado principalmente al trabajo y de cantidades y con la frecuencia establecidas por la "tradición".

Como ya ha sido reiterado a lo largo de este informe, el consumo observado en la totalidad de los entrevistados de tipo tradicional, mayoritarios en la submuestra y en la población consumidora, y de la mayoría de los de tipo instrumental responde a estas características. Los restantes, aunque no se ajustan completamente al patrón tradicional de consumo, también consumen moderadamente y ninguno de ellos refiere un "consumo problemático", "descontrolado" o que comporte algún riesgo.

Como indicadores de riesgo son citados los siguientes: consumir "fuera del trabajo", "todos los días, incluyendo los no laborables", no mantener las pausas de 3 ó 4 horas entre "pijcho y pijcho" (frecuencia habitual de consumo). Todos estos indicadores están estrechamente relacionados con la actividad laboral. En general, también se consideran indicadores de riesgo consumir "cantidades exageradas" o cuando no hay ningún motivo que lo justifique. En todos los casos para su consideración como indicadores de riesgo requiere que se den con una cierta frecuencia y durante períodos largos. Si se dan estas condiciones, algo que según la información obtenida debe ser excepcional, y especialmente si algunas de ellas se dan conjuntamente, algunos entrevistados opinan que el acullico puede convertirse en un "vicio". Si se llega a esta situación (equivalente a dependencia) los consumidores "no pueden dejar (de acullicar)"; y si lo hacen, "se desesperan" o según estos entrevistados "se sentiría mucho su falta (de la hoja de coca)".

Para concluir este punto, y como supuesto a considerar, es posible que existan consumidores tradicionales de hoja de coca que pueden ser considerados como dependientes. Estos casos, de existir (algunos indicios obtenidos, débiles e indirectos, parecen apoyarlo), serían ancianos que ya no desempeñan prácticamente ninguna actividad laboral, con una débil o nula participación en actividades comunitarias de tipo festivo o religioso, que se alimentan muy precariamente y que el principal aporte energético que reciben proviene de la hoja de coca. Siguen acullicando, como lo han hecho toda su vida, a pesar de la desaparición de los motivos principales que lo justificaban; quizás el acullico sea la principal actividad que realizan. De ser cierto, algo que quizás merecería ser estudiado, esta "dependencia" a la hoja de coca no supone un problema desde el punto de vista de la salud pública ni, probablemente, dada la

situación de estos ancianos, tampoco para ellos. En cualquier caso, su posible incidencia y magnitud es, con certeza, infinitamente menor que la del consumo por prescripción médica de benzodiacepinas en la misma población de países desarrollados.

En esta misma línea especulativa, también es posible que algunas personas llegasen a desarrollar un consumo disfuncional de hoja de coca que comportase consecuencias similares a las de los otros derivados de la coca. Este tipo de consumo, excepcional por improbable, requeriría el mascado efectivo (no el acullico, en el que las hojas sólo se chupan o succionan) de centenares de gramos o incluso kilos de hoja de coca diariamente, con las dificultades de tipo técnico que esto supone. Quizá es más probable que pudieran darse casos aislados de un consumo muy intenso, no relacionado con el consumo tradicional, más o menos compulsivo (¿y dependiente?) similar al que existe de ciertas bebidas estimulantes y que tendría parecidas consecuencias.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados considera que si el consumo se logra mantener en un determinado nivel (frecuencia y cantidad), estimado como idóneo por cada consumidor, éste no crea problemas. Ese nivel de consumo, auto-definido y por tanto variable, establece el umbral de riesgo. Como formula un entrevistado, "el control es el evitar excederme. Fumar tres veces por semana (pasta de coca) es lo más adecuado (para mí)". La definición de "consumo no problemático o controlado" teniendo en cuenta principalmente el nivel de consumo es predominante; otros entrevistados utilizan como dimensión principal para definirlos la inexistencia de compulsividad. La minoría restante, todos ellos consumidores disfuncionales, afirma que no existe un consumo controlado.

Planteado así, la dificultad principal consiste en mantener estable dicho nivel de consumo y, sobre todo, si se puede mantener "controlado" a lo largo de todo el itinerario: la mayor parte de los entrevistados que afirman que es posible un "consumo controlado" niegan que éste pueda mantenerse durante un tiempo prolongado. Estos entrevistados, que constituyen la mayoría de la submuestra, dicen que el consumo controlado sólo existe en el inicio (durante el periodo en el que se logra mantener ese "nivel idóneo") y que, si se sigue consumiendo, el consumo evoluciona con facilidad, y en un plazo breve, a un consumo de tipo disfuncional:

No hay consumo (de pasta de coca) por diversión; tal vez, la primera vez.

Yo creo que todos los que consumen (pasta de coca) controlan al inicio, pero después caen (consumo disfuncional).

Produce adicción porque uno obligadamente es autómata de la droga (pasta de coca); si no consume, le falta el aire, le falta una parte de la mano. Si uno no consigue, se quiere morir.

Los restantes, una minoría, que sí creen que puede mantenerse controlado a lo largo del tiempo son todos consumidores de los tipos recreacional e instrumental. La opinión de estos consumidores, y también la de los disfuncionales, refleja su propia experiencia de consumo. Como ha sido analizado en el capítulo 6, los consumidores recreacionales e instrumentales han logrado mantener durante años un patrón de consumo relativamente estable, consumiendo cantidades bajas y no diariamente. Dado que el itinerario de consumo de todos ellos no supera los 5 años, el interrogante que puede plantearse es que si han logrado controlar el consumo es porque llevan "poco tiempo" consumiendo. Ante este posible interrogante cabe responder que 2 ó 3

años de consumo parece ya un "tiempo suficiente", sobre todo cuando en la submuestra predominan evoluciones muy rápidas (días, semanas) a consumos compulsivos.

El énfasis que se le está dando a este aspecto se debe a su importancia: aunque son minoritarios en la submuestra (y en la población consumidora) se ha constatado la existencia de consumos controlados de pasta de coca similares a los ya descritos en otras investigaciones, y en ésta, que han analizado el consumo por vía intranasal de clorhidrato de cocaína. La detección de consumidores recreacionales (*casual users*), sobre todo, e instrumentales de pasta de coca constituye un hallazgo importante porque muestra que el consumo de este derivado no siempre es disfuncional.

Evidentemente, que el consumo sea controlado no significa que no cause problemas, que sí los causa (como ha sido descrito en el capítulo 8), pero éstos son menores. Asimismo, que se haya consumido de forma controlada y estable durante algunos años no garantiza que no se evolucione a un consumo compulsivo (disfuncional) en, por ejemplo, 2 meses; pero tampoco que no pueda mantenerse bajo control durante otros 5 o más años. Esta última posibilidad, si se dan ciertas condiciones, es la más probable y este hecho es relevante porque si el consumo se mantiene así supone una clara minimización de daños en este tipo de consumidores, especialmente si son de tipo recreacional.

Estas condiciones a las que se ha hecho referencia, que lógicamente no son una salvaguarda absoluta, se dan en estos entrevistados: consumo limitado y sólo en ciertas actividades (diversión, sociabilidad, trabajo) y por motivos concretos relacionados con ellas, existencia de mecanismos de alerta sensibles que ante la aparición de problemas les hacen reducir el consumo o abandonarlo temporalmente y, sobre todo, conciencia de que si no se controla el consumo éste puede incrementarse muy rápidamente y conocimiento de que genera dependencia.

Claro que sí, no soy 'vicioso' (dependiente) y controlo mi consumo (de pasta de coca). Uno puede tener un consumo controlado; es decir, sin exceder cantidades que pueden provocar alteraciones en el organismo y por la misma razón hechos lamentables, como muerte por sobredosis o problemas con otras personas o con la ley... Depende (controlar o no el consumo) de las razones por las cuales se consume, pues cada individuo tiene un mundo interior diferente al de los demás. (P070CB)

En general, si el consumo comporta un deterioro de la salud, rechazo social o conflictos familiares los entrevistados lo consideran como "problemático".

Un consumo viene a ser peligroso cuando (el que consume) llega a 'enviciarse' (dependiente) y lo vuelve antisocial. Es fácil reconocer que tiene consumo problemático porque se despreocupa de su persona; ya que no le interesa nada, ya no se cambia, sigue con la misma ropa.

Prácticamente todos los entrevistados consideran que la pasta de coca produce dependencia. La definen por la necesidad de consumir cada vez una cantidad mayor (tolerancia) y por la dificultad para dejar el consumo, pese a los reiterados intentos (compulsividad).

Casi todos los consumidores de tipo disfuncional se definen a sí mismos como dependientes.

Creo que ahora (la pasta de coca) es importante, es como una comida: si no comes, te da hambre; si no fumo (pasta de coca), me desespero. Ese rato daría cualquier cosa por un 'chuto' (cigarrillo de pasta de coca). (P073CB)

Creo que porque el 'vicio' (dependencia) me domina y me invita a reunirme con ellos (chicos de la calle). Sólo pensar en un cigarro cargado (de pasta de coca) me hace un vacío en el estómago y me empieza a doler; y también la cabeza. La única forma de calmar el dolor es fumando. El ser drogadicto te reduce a la mínima expresión. (P175CB)

Sentía no poder vivir sin la droga (pasta de coca), solo me importaba consumir. (P151CB)

Los restantes, algunos casos, no reconocen un consumo dependiente y afirman que consumen "controladamente", a título ilustrativo:

*Mi consumo lo controlo. Sólo cuando me excedo, **de cuatro a cinco veces por semana**, trato de recuperarme encerrado en mi cuarto para que mi familia no me vea. (P033CB)*

Los consumidores disfuncionales de pasta coca que también han consumido clorhidrato de cocaína por vía intranasal, disfuncionalmente o no, afirman que es mucho más fácil consumir controladamente clorhidrato de cocaína que pasta de coca.

Con la pasta (de coca) fumar era lo más importante, es más adictiva y denigrante. El 'cristal' (clorhidrato de cocaína) lo consumía sólo el fin de semana, por diversión. (P034CB)

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayor parte de los entrevistados opina que se puede consumir clorhidrato de cocaína por vía intranasal de manera controlada. El criterio predominante para definir el "consumo controlado" es, como en el caso de la pasta de coca, la estabilidad de un determinado nivel de consumo: mientras no se supere la frecuencia y cantidad habituales de consumo (variables, y que establecen para cada entrevistado su "nivel de control") se considera que no se está "en riesgo". Definido de este modo, el "consumo de riesgo o problemático" sería el característico de los períodos intensivos. Para otros, que en parte comparten también el criterio anterior, la idea de control o de consumo no problemático se basa en consumir exclusivamente en ambientes de sociabilidad y festivos y con una frecuencia ocasional o mensual, no diaria (consumidores de tipo recreacional); o también, si no afecta negativamente a sus actividades laborales o, en general, al conjunto de sus obligaciones (consumidores de tipo instrumental). Los restantes, una minoría, no define en qué consiste un "consumo controlado", y si éste es posible o no, y se limitan a afirmar que consumen "porque no pueden dejar de hacerlo" (todos ellos son consumidores disfuncionales y se consideran a sí mismos como dependientes).

En general, los entrevistados opinan que el clorhidrato de cocaína es adictivo y señalan los siguientes indicadores para definirlo: cuando su organismo les exige un consumo más elevado (incluye referencias al ansia, *craving*, y a la tolerancia); cuando abandonan sus obligaciones (pérdida de interés en otros aspectos de la vida que habían tenido más importancia que el propio consumo); cuando consumen más de tres veces por semana (implica aumento de la cantidad de consumo y consumo diario) y/o cuando consumen en cualquier momento (supone la secundarización, o anulación, de las razones principales de consumo -diversión y, secundariamente, mayor productividad- que se asocian al consumo controlado).

En relación a las cuestiones de fondo que aquí se están analizando (consumo controlado, posibilidades y consecuencias; consumo problemático y dependiente) sirve la reflexión ya realizada respecto a la pasta de coca. En este caso, además, en apoyo de lo ya afirmado, conviene reiterar sintéticamente aspectos claves señalados y discutidos en otros capítulos de este informe:

Los consumidores de los tipos recreacional e instrumental son mayoritarios en la submuestra y, con certeza, predominan en la población consumidora. En especial, debe destacarse el predominio del consumo estrictamente, o predominantemente, relacionado con la diversión (tipo recreacional), que comporta un bajo nivel consumo y que ante la aparición de problemas (normalmente "leves") o al traspasar ciertos límites (por ejemplo, "excesos" en relación al consumo habitual; incumplimiento de sus obligaciones) activa en los consumidores la alerta (umbral de consumo no controlado) y éstos ponen en marcha mecanismos de regulación y control; en general, con relativa facilidad y eficientemente (la intermitencia del consumo es una de sus características).

Puede ser problemático, pienso yo, si consumiera (clorhidrato de cocaína por vía intranasal) a diario y sin medirme; o sea, exagerando. Depende más que todo de cada uno. En mi grupo ya son varios años los que llevamos consumiendo y hasta ahora, así, 'torcidos', 'perdidos' (consumo "descontrolado"; disfuncional), no hay ninguno. Y eso es bueno.

Debe recordarse, también, que esta submuestra, a diferencia de la de pasta de coca, está constituida predominantemente por población normalizada, de clase media, que desempeña empleos cualificados y que posee niveles medios y superiores de formación académica.

Por otra parte, los consumidores disfuncionales (un tercio de la submuestra) comparten la definición de que "consumo controlado" es cuando el consumo se mantiene en un determinado nivel, es el criterio predominante en la submuestra, o cuando no interfiere negativamente en la vida de los consumidores. La mayoría de ellos afirma que su consumo responde a estas características; es decir, se trata de un "consumo controlado"; los restantes, reconocen un consumo dependiente y afirman que no pueden consumir controladamente.

La cuestión relevante en este punto es que estos entrevistados (consumidores disfuncionales) que definen su propio consumo como "controlado" están utilizando otros parámetros: desde la perspectiva de los consumidores recreacionales o instrumentales este tipo de consumo sería considerado como "problemático" y de "alto riesgo"; o, como una parte de estos mismos consumidores disfuncionales explica en otros momentos, la referencia al "consumo controlado" expresa su incapacidad para reconocer y aceptar lo que les está sucediendo (descontrol real del nivel de consumo y que éste les genera todo tipo de problemas).

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

La mayor parte de los entrevistados opina que no se puede consumir clorhidrato de cocaína o crack controladamente y sin problemas. La mayoría afirma que la única forma de control, y de evitar los problemas, es no iniciarse en el consumo. Una minoría sugiere como posibilidad, con el mismo objetivo, que sólo se consuma clorhidrato de cocaína puro, una vez a la semana y bajo control médico. Un entrevistado considera que si sólo se consume en ambientes festivos y para mejorar la diversión puede consumirse controladamente y sin problemas durante 10 años.

Las definiciones que aportan los entrevistados de "consumo problemático o peligroso" incluyen una o varias de estas características: consumo diario de cantidades que superan los 3 gramos; aparición de consecuencias negativas en la salud física (pérdida de peso) o mental (alucinaciones); deterioro del aspecto externo (suciedad y dejadez en la indumentaria); incumplimiento de las obligaciones (laborales o de otro tipo); gastos excesivos, por encima de las posibilidades personales, o comisión de actividades delictivas para costear el consumo.

Un tercio de los entrevistados opina que el clorhidrato de cocaína y el crack son adictivos; una proporción algo menor afirma que no lo son. Los restantes (40%) no aportan información.

Crack (Sao Paulo)

El consumo controlado de crack no ha sido detectado. El consumo disfuncional parece instalarse en un tiempo muy corto (como promedio, al cabo de un mes); el deterioro y el abandono personales producido por el consumo también se produce muy rápidamente.

Todos los consumidores de crack afirman que no han conseguido consumirlo controladamente y sin tener problemas y opinan que es imposible conseguirlo.

Consumir controladamente es la salida que a todo usuario de crack le gustaría tener. No poseemos la fórmula de control: el consumo es progresivo e inevitable. (K04SP)

Todos coinciden en que el crack produce dependencia y ésta siempre es definida de forma similar (coincide además con la que aportan los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa):

Dependencia es querer parar (de consumir crack) y no conseguirlo. (K36SP)

En general, aseguran que es difícil identificar, después del inicio, cuándo se produce el consumo problemático. Comentan que el crack, a diferencia de lo que ocurre con el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína, no da ningún "aviso" físico (indicador de riesgo). Por ello, según los entrevistados, el consumidor de crack sólo adquiere conciencia del consumo problemático ("descontrolado", "peligroso") cuando ya le ha afectado seriamente en diversos aspectos de su vida. Entre las consecuencias citadas destacan: "pérdida de la dignidad", "alteraciones del carácter", "problemas y distanciamiento de la familia y de los amigos" y, principalmente, "deterioro físico y de la apariencia" (pérdida de peso, abandono del cuidado e higiene personales).

La persona no percibe los problemas. Los problemas están allá y la gente piensa que usan drogas (crack) porque tienen problemas. Cuando en verdad es al contrario: tú tienes problemas porque usas drogas. (K27SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Sólo tres consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa definen su consumo como "no problemático", a pesar de que éste les ha causado directa e indirectamente serias consecuencias (entre otras consecuencias, dos de estos entrevistados son portadores del HIV).

Yo consumía sin problemas, porque controlaba. Yo sólo consumía el fin de semana y después ya ni me acordaba de la droga (consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína). (I09SP)

La mayor parte opina que no es posible un "consumo controlado" de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa; no obstante, sí suelen definirlo al tiempo que explicitan que es muy difícil de mantener (aunque no excluyen que pueda conseguirse). Para que el consumo pueda ser controlado éste debe limitarse a un máximo de 1 ó 2 veces por semana y consumiendo una "pequeña cantidad", que no precisan. Asimismo, deben observarse ciertas reglas de seguridad para evitar riesgos; principalmente, no compartir jeringuillas ni agujas ("consumo seguro, no problemático").

No consumo (clorhidrato de) cocaína (por vía) intravenosa sin problemas; y no aseguro que alguien lo consiga. Pero hay personas que dicen que lo consiguen. (I07SP)

Todos los entrevistados afirman que el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína produce dependencia y que ésta es el principal indicador del "consumo problemático"; constituye la señal de alerta pero demasiado tarde, cuando es muy difícil dejarlo (por la propia dependencia). Según los entrevistados, la dependencia

Es cuando la gente deja de usar la droga y cuando ella nos usa. La droga (en este caso, clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) es la que decide por nosotros. (I07SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Para que pueda hablarse de "consumo controlado" éste debe ser compatible con el mantenimiento de otras actividades; especialmente, trabajo o estudio y relaciones familiares. Según los entrevistados, la "responsabilidad" del consumidor es esencial para controlar el consumo. El consumidor debe velar en todo momento que el consumo no comprometa sus otras actividades e intereses; por esta razón, los entrevistados consideran como indicadores de control el cumplimiento de las obligaciones, el respeto de los horarios que fijan sus obligaciones y actividades y la priorización de éstas en relación al consumo.

Otras dos ideas importantes que forman parte de la caracterización predominante del "consumo controlado", y que están estrechamente relacionadas con la noción de "responsabilidad", son la "capacidad de discernir los propios límites" (percepción de un umbral de riesgo) y la de detener el consumo cuando este "umbral" se ha alcanzado. En ese momento es importante reconocer que es necesario "darse un tiempo" (descansar) y, sobre todo, no ignorar los indicadores de riesgo (aparición de algún problema) y reducir o suspender el consumo. Para lograrlo, el consumidor que "tiene responsabilidad", precisa además tener "la cabeza despejada" (equivalente a lucidez).

Yo conozco gente que usa (clorhidrato de) cocaína desde 1965 y no por eso cayeron (llegaron a ser dependientes), tienen familia; y si se da el caso de que están en un bar tomando una cerveza y aparece alguien con (clorhidrato de) cocaína, puede ser que hasta den una 'esnifada' (aspiración intranasal), beban un poco más y se vayan para casa. Ya puede haber un kilo (de clorhidrato de cocaína) detrás de ellos que no quieren más. La prioridad de ellos es otra (no el consumo). (I08RJ)

Hoy yo consigo consumir moderadamente (clorhidrato de cocaína, ¿por vía intranasal?) y hacerlo sin problemas (...) Nunca perdí el trabajo ni fui irresponsable conmigo mismo. (I11RJ)

No todas las personas pueden usarla (clorhidrato de cocaína). Yo puedo a causa de mi cabeza, yo tengo la cabeza bien. La uso (¿por vía intravenosa? sólo) para divertirme. (I22RJ)

Según la mayoría de los entrevistados, el "consumo descontrolado" se caracteriza porque siempre es "problemático". Como principales indicadores son citados los siguientes: el consumo se convierte en algo prioritario que afecta negativamente al desempeño de otras actividades y al cumplimiento de las obligaciones; comporta gastos que sobrepasan las posibilidades de los consumidores y, cuando se agotan los recursos propios o los obtenibles de las familias, éstos suelen recurrir a actividades delictivas para costear el consumo (tráfico a pequeña escala; hurtos); el consumo es considerado como la panacea para combatir todos los males que les afligen, como medio para huir de los problemas o como la única manera de "sentirse felices". Para algunos entrevistados el consumo siempre es "problemático" porque es el síntoma de una dolencia, es la expresión de una enfermedad o de un malestar existencial.

No creo que haya consumo (de clorhidrato de cocaína) sin problemas. Hasta cierto punto todo son problemas. Lo peligroso es el consumo en el que la persona ya no consigue controlar la frecuencia ni la dosis (cantidad), pasando a usar la droga por ella misma. La usa tanto si hay fiesta, como si no la hay. (I06RJ)

Lo peligroso es cuando tiene que robar para consumir; quien consume (clorhidrato de cocaína) y no tiene condiciones (recursos económicos propios). (I10RJ)

Es peligroso cuando se pasa a consumir (clorhidrato de cocaína) todos los días; (cuando comporta) gastar dinero en exceso, dejar de realizar las obligaciones, alimentarse mal, vender objetos de la casa o robar para tener dinero y empezar a traficar para tener droga (clorhidrato de cocaína). (I29RJ).

La mayor parte de los entrevistados considera que el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa produce dependencia. Esta suele definirse por el intenso ansia (*craving*) que produce el consumo y la consiguiente dificultad (o imposibilidad) para dejarlo. La dependencia la atribuyen tanto a las propiedades químicas de la sustancia como a ciertas características psicológicas de los consumidores ("cabeza débil").

El 'pico' (consumo intravenoso) es distinto por lo siguiente: hay gente que consume y frena, pero hay otros que ya van de cabeza al 'vicio' (dependencia) y al 'tri-vicio'. Consume ahora y dentro de poco, cuando pasan diez minutos, ya quiere consumir otra vez. Si no tiene (clorhidrato de cocaína) va a buscar más; vuelve otra vez y vuelve a consumir... no tiene control. El 'pico', (para ellos), no tiene control. El 'polvo' (clorhidrato de cocaína) tiene control (por vía intranasal) porque la cocaína se 'esnifa' ahora; y luego, si se quiere 'esnifar' más... (se puede controlar con más facilidad), aunque si la persona está cerca de la cocaína también vuelve a consumir. (I41RJ)

Yo me inyectaba (clorhidrato de cocaína) porque era una idiota. No sabía lo que estaba haciendo. Yo estoy 'teledirigida'. Sentía el deseo y tomaba (me inyectaba), no tenía (otro) motivo. Después disminuí (el consumo) porque no tengo más organismo, mi cuerpo no aguanta... contrae el sida. Cuando la gente juega con fuego, la gente se quema. (I14RJ)

Lo utilizo (me inyecto) sola, en casa. No hago nada especial, bebo, escucho música, bailo... La verdad es que no tengo una ligazón real con las actividades. Hago como que hago las cosas para no caer en la paranoia ni en el ansia y acabar inyectándome más. Y a pesar de estar intentando controlar, siento

necesidad de coca (clorhidrato de cocaína). Si no consumo, me siento mal.
(I09RJ)

Llegados a este punto debe plantearse una cuestión muy importante que ya ha sido señalada indirectamente, en diversas ocasiones en este informe, en relación a las características del consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína de una parte de los entrevistados en Río de Janeiro. Primeramente, para situar esta cuestión adecuadamente, es necesario reiterar cierta información respecto al conjunto de los derivados de la coca y métodos de consumo analizados. Esta reiteración es, de hecho, una síntesis de los aspectos analizados en este apartado que, a su vez, están estrechamente relacionados con un tema clave: la tipología de consumo.

Como se ha visto en este apartado, que los entrevistados puedan definir, o definan, la existencia de un "consumo controlado" o "no problemático", aunque éste no siempre tenga las mismas características, o que afirmen que su propio consumo lo es no significa necesariamente que conozcan personalmente casos de consumo controlado ni, sobre todo, que su propio consumo lo sea realmente.

En todo caso, los únicos consumos que se ajustan a lo definido como "controlado", según los datos obtenidos, son los recreacionales, sobre todo, e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y, aunque minoritarios, de pasta de coca. El consumo recreacional (y en parte, el instrumental), además, en la mayor parte de los casos, se ajusta a la definición de "no problemático" o, como mínimo, es el que comporta menores riesgos y consecuencias negativas para los consumidores y para la salud pública, en términos comparativos.

La inclusión de la hoja de coca en esta discusión carece de sentido, por todo lo ya analizado respecto a este derivado.

En relación al crack, el consumo controlado no ha sido detectado en Sao Paulo y todos los entrevistados, todos ellos consumidores disfuncionales, afirman que no es posible consumir controladamente y sin problemas. Esta información coincide con la aportada por la minoría de consumidores de crack entrevistados en Río de Janeiro⁽³⁵⁾. Aunque la información obtenida en Ibadan no permite afirmar la existencia de "consumo controlado" de crack, o de clorhidrato de cocaína inhalado o fumado, sí aporta indicios suficientes que muestran la existencia de consumidores no disfuncionales de crack (o de clorhidrato de cocaína fumado o inhalado), aunque sí "problemáticos". Este hecho -quizá debido exclusivamente a peculiaridades socio-culturales y al estadio de desarrollo del consumo en Nigeria, ya explicados-, por su relevancia, debería ser verificado.

En el caso del consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína todos los consumidores, tanto de Río de Janeiro como de Sao Paulo, han sido categorizados como disfuncionales (consumo compulsivo y dependiente). La única diferencia establecida entre ellos se ha basado en el grado en que logran mantener ciertos vínculos sociales normalizados (ha sido la dimensión utilizada para definir dos subtipos, ver apartado 3.4

(35) La muestra de Río de Janeiro incluye 9 consumidores de crack: cinco de ellos son consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, como derivado y método principales, y consumen crack como derivado secundario; los 4 restantes consumen principalmente crack. Como ya fue explicado en el apartado 2.1 del capítulo 2 en el análisis de la información de Río de Janeiro sólo se ha tenido en cuenta lo relativo al consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína. La información relativa al crack, muy limitada en los casos en que este derivado es secundario, se ha tenido en consideración, cuando ha sido pertinente y posible, como referencia complementaria a la información obtenida en Sao Paulo.

del capítulo 3). La existencia o no de estos vínculos desempeña, como causa o como consecuencia, un papel de importancia variable como mecanismo de regulación del consumo y, especialmente, de reducción de sus consecuencias; muy negativas en cualquier caso, según los datos obtenidos.

La cuestión que se plantea aquí -ahora sí, de forma concreta- surge de la información aportada por una parte de los consumidores disfuncionales, del subtipo que ha logrado mantener ciertos vínculos sociales normalizados, entrevistados en Río de Janeiro. El análisis del itinerario y de las características del consumo de estos entrevistados, una minoría, parece sugerir que consumen controladamente clorhidrato de cocaína por vía intravenosa y con menos problemas que los otros. De hecho, en conjunto, este subtipo en Río de Janeiro presenta un perfil con un menor grado de marginalidad (debido seguramente a sesgos del muestreo) y consecuencias menos graves derivadas del consumo que el del subtipo equivalente de São Paulo.

A lo largo del informe, cuando se ha analizado la muestra de Río de Janeiro, se han incluido algunos comentarios respecto a que determinada información era confusa, se han aportado interpretaciones para intentar comprender ciertos datos anómalos, se han señalado algunas incoherencias y contradicciones y, en otros casos, se ha indicado que por estas causas no se tenían en consideración⁽³⁶⁾. Ciertamente, esto no se da exclusivamente en los comentarios de esta muestra, ni siquiera de forma más frecuente que en las otras. Lo que merece ser destacado en este caso es que una parte de estos comentarios pueden reelaborarse a la luz de la nueva interpretación que aquí se está desarrollando: es probable que esta minoría de entrevistados, y quizás algunos más del subtipo, sean consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal pero que consumen controladamente por vía intravenosa; todavía más, puede ser que algunos de ellos sean consumidores de tipo instrumental, con un consumo por vía intranasal muy intenso (por esta razón se han incluido interrogantes en las anotaciones de dos de las citas seleccionadas). La dificultad para clarificar esta cuestión, con la información disponible, radica en que no siempre se ha conseguido diferenciar en las entrevistas a qué método de consumo se refieren los entrevistados.

De ser cierto este supuesto, que se apoya en un amplio número de indicios⁽³⁷⁾, constituye un importante hallazgo porque, al igual que los consumos recreacionales e instrumentales de pasta de coca, si el consumo intravenoso se mantiene controlado

(36) Por ejemplo, la nota al pie número 1 del capítulo 4 que incluye una interpretación de la escasa relevancia del consumo intravenoso (en este caso bien fundamentada, ya que es la causa principal); los comentarios en relación a la descripción de los estilos de vida (apartado 3.1 del capítulo 3) o sobre las razones de consumo a lo largo de la vida (subapartado 8.1.4 del capítulo 8).

(37) Al mismo tiempo que se citan estos indicios se comenta la incidencia en ellos si se considera ese supuesto: mejora la interpretación del mayor grado de normalización social de los entrevistados al complementar las razones ya expuestas (apartado 2.2 del capítulo 2); también, de las características del consumo en los períodos intensivo y actual o último (subapartados 6.3.2 y 6.3.3 del capítulo 6); reduce a un nivel coherente la elevada proporción de consumos no diarios a lo largo de la vida y explica los patrones temporales de consumo estables (apartados 6.3.4 y 6.4.1 del capítulo 6); aporta sentido a la importancia del consumo en ambientes de sociabilidad, cuando el consumo no es la actividad principal, si se asume que se utilizan simultáneamente los métodos intravenoso e intranasal (apartados 7.1.2 y 7.1.4 del capítulo 7); clarifica, en parte, y redimensiona el escaso número de entrevistados que citan explícitamente el consumo dependiente como razón principal de consumo a lo largo de la vida (apartado 8.1.4 del capítulo 8).

disminuyen con claridad los daños para los consumidores, aunque sigan consumiendo intensivamente o compulsivamente por vía intranasal.

La siguiente cita puede considerarse ilustrativa de estos casos:

Cuando consumía (clorhidrato de cocaína) inyectado lo hacía generalmente los fines de semana. 'Esnifar' (consumo intranasal), 'esnifaba' cada día. Las cantidades eran variables pero nunca eran más de 5 gramos en una misma sesión. Generalmente se consumían 'picadas' (por vía intravenosa) y 'esnifadas' simultáneamente (...) En mi experiencia personal, tanto con la coca (clorhidrato de cocaína por vía) intravenosa como con la coca intranasal, no he tenido aspectos negativos ya que mi consumo, a pesar de ser intenso en algunas épocas, nunca fue compulsivo. (I41RJ)

Este supuesto debería someterse a prueba y contraste y sería importante profundizar en su estudio, por su interés para la salud pública. Tampoco debe descartarse la existencia de consumidores recreacionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal que, ocasionalmente, consuman por vía intravenosa con una cierta regularidad. Este tipo de consumo intravenoso (ocasional, controlado y poco problemático) ha sido constatado en Sidney (Australia) entre consumidores recreacionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal que forman parte de la subcultura homosexual (Finerman, 1995).

9.2 Conocimiento de los servicios de tratamiento

El contenido de este apartado muestra el conocimiento que tienen los entrevistados de los centros y servicios de tratamiento o de rehabilitación de problemas relacionados con las drogas en general (ninguno de ellos está especializado en uno o en los diversos derivados de la coca). También, su conocimiento de los programas que se realizan en dichos centros y servicios³⁸.

Hoja de coca (Cochabamba)

Prácticamente todos los entrevistados desconocen por completo la existencia de servicios de tratamiento para problemas relacionados con las drogas. Un tercio de ellos menciona como servicios de tratamiento a instituciones que se dedican exclusivamente a la prevención y cuyos nombres y campañas aparecen con mucha frecuencia en los medios de comunicación. Solamente tres entrevistados mencionaron

(38) La descripción y análisis de los distintos servicios e instituciones, públicos y privados, que intervienen en el campo de las drogas y de las drogodependencias, en cualquiera de sus áreas (prevención, tratamiento y rehabilitación), existentes en las cuatro ciudades en las que se ha realizado esta investigación no constituyen un objetivo de este proyecto. En este proyecto sólo se ha indagado sobre el conocimiento que los entrevistados tienen al respecto y se han recogido exclusivamente sus valoraciones, sin contrastarlas con otras fuentes: conocimiento de su existencia; opiniones sobre el grado de utilización y su accesibilidad; valoración de su funcionamiento; conocimiento de si estos servicios y centros han sido utilizados por los entrevistados y de la valoración de su experiencia. La descripción y análisis de estos centros, servicios e instituciones, de los programas que desarrollan y de otros aspectos más generales (por ejemplo, planes nacionales sobre drogas; articulación con los servicios generales de salud) forma parte del contenido de los informes de los dos proyectos que constituyen la denominada *Iniciativa sobre Cocaína OMS/UNICRI*, estrechamente relacionados con éste (ver Flaherty, 1995; Finerman, 1995).

el nombre de alguno de los centros más importantes, y conocidos, existentes en Cochabamba; de ellos, sólo un entrevistado conocía la ubicación de un centro (había estado internado en él por problemas de alcoholismo). Excepto este entrevistado, ninguno de los restantes tenía conocimiento alguno sobre la existencia o características de los programas de tratamiento o rehabilitación.

Pasta de coca (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados no conoce el nombre ni la ubicación de ningún centro de tratamiento, aunque una parte de éstos sí sabe de su existencia. Algunos conocen nombres de instituciones que se dedican a la prevención mediante campañas televisivas, ayuda telefónica, etc., señalándolos como centros de tratamiento, cuando estas instituciones no realizan tales actividades. Una minoría conoce también la existencia de varios centros de rehabilitación y albergues para los chicos de la calle pero, en general, sólo los nombran sin distinguir su naturaleza.

Los entrevistados no tienen, en general, información sobre los programas terapéuticos existentes (salvo que se especifique lo contrario, en este apartado, todas las referencias a programas de tratamiento se refieren a drogas en general); y si la tienen, ésta es muy limitada y superficial. De hecho, los únicos que conocen con algún detalle algunos de estos programas son los entrevistados que han estado ingresados en centros de tratamiento o que han sido informados por educadores de calle.

Algo más de la mitad de los entrevistados opina que los centros o programas de tratamiento o rehabilitación sólo son efectivos si el consumidor accede a ellos voluntariamente. Los problemas de los centros, según los entrevistados, son principalmente de orden económico (implica insuficiencia de medios). También consideran que si una persona necesita ayuda es fácil entrar en contacto con los centros; para ello, sólo se requiere la voluntad de hacerlo ya que la mayoría son gratuitos.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

La mayoría de los entrevistados conoce, aunque de forma genérica, la existencia de centros y servicios de ayuda y tratamiento de problemas relacionados con las drogas. De estos entrevistados, la mitad posee un nivel aceptable de conocimiento sobre sus características y el tipo de tratamiento que ofrecen. En general, su conocimiento procede de amigos y familiares, de consultas realizadas directamente en los centros y servicios (incluye los casos que han recibido algún tratamiento), de la lectura de materiales divulgativos y, también, de la información trasmisida por los medios de comunicación, especialmente por la televisión.

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Ibadan)

La mayor parte de los entrevistados conoce la existencia de servicios de tratamiento y cita los más importantes que existen en la región.

Algunos entrevistados citan también la existencia de otras formas de tratamiento, de orientación religiosa o basadas en prácticas culturales tradicionales, aunque sin aportar ninguna información al respecto.

Casi la mitad de la muestra afirma que tiene alguna información sobre los programas de tratamiento de las drogodependencias. En general, ésta parece ser muy superficial. Sólo algunos entrevistados mencionan el predominio de la psicoterapia en los programas de tratamiento.

La mayor parte de los entrevistados afirma que carece de elementos de juicio para evaluar el funcionamiento de los servicios y la eficiencia de los programas. Los

restantes, algo menos de una cuarta parte de la muestra, los valoran positivamente (una parte de ellos ha recibido tratamiento).

La mayoría de los entrevistados opina que ante la aparición de problemas derivados del consumo de crack o de clorhidrato de cocaína, los consumidores suelen buscar ayuda rápidamente y se dirigen a los centros de tratamiento existentes.

Crack y clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

Un tercio de los entrevistados afirma que no conoce ningún centro de tratamiento; los restantes, conocen diversos centros y servicios porque los han utilizado o porque han sido informados por amigos, conocidos y familiares. La trasmisión de información siguiendo canales informales parece desempeñar un papel clave para el conocimiento de estos servicios.

Supe de este lugar (centro de tratamiento) porque una conocida de mi madre se lo dijo; y ella, entonces, me obligó a ir. (K36SP)

En general, predominan las opiniones negativas sobre los programas de tratamiento. Casi todos los entrevistados aseguran que el éxito o fracaso de cualquier tratamiento depende esencialmente de la voluntad de quien va a ser tratado.

Los centros y programas más citados son los de los grupos de auto-ayuda; éstos reciben valoraciones negativas y positivas en proporciones muy similares. Algunos entrevistados critican los programas basados en terapia familiar "porque crean un clima de desconfianza entre los miembros de la familia". Las intervenciones terapéuticas que reciben mayores críticas son las que utilizan contenidos y métodos amenazantes, las que fomentan el miedo y las que moralizan.

Las opiniones obtenidas sobre los motivos que llevan a los consumidores a buscar ayuda o solicitar tratamiento son muy diversas. La mayoría de los consumidores de crack opina que la demanda de tratamiento no se produce por su "propia voluntad".

Las personas buscan estos centros cuando se están muriendo o cuando son buscadas por la policía. (K08SP)

Nunca he conocido a un consumidor de crack que buscarse ayuda (voluntariamente). (K02SP)

Los restantes consumidores de crack, y también la mayoría de los consumidores intravenosos de clorhidrato de cocaína, opinan que si se busca tratamiento en los centros existentes, a pesar de las críticas que éstos reciben, es porque es la única vía para intentar dejar el consumo.

Yo aseguro que quien quiere parar (de consumir crack), muchas veces quiere ayuda porque (sin ella) es muy difícil (lograrlo). (K15SP)

Una parte relevante de los consumidores de clorhidrato de cocaína afirma que el motivo principal para solicitar ayuda no es la voluntad de dejar el consumo sino el tratamiento de los problemas de salud asociados: manifestación de enfermedades asociadas al sida, venas rotas, infecciones, etc.

Una minoría considera que no es necesaria ninguna ayuda especializada porque todas las personas son dependientes de alguna cosa. Siguiendo este razonamiento, estos entrevistados afirman que la dependencia a las drogas en general, y al clorhidrato de cocaína en particular, no debería verse como un problema.

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

La mayor parte de los entrevistados tiene información sobre la existencia de centros y servicios de tratamiento; en general, estos entrevistados citan los servicios existentes más importantes, tanto públicos como privados (incluidos los grupos de auto-ayuda).

Un tercio de los entrevistados no aporta ninguna valoración sobre el funcionamiento de estos servicios; entre los restantes, que constituyen la mayoría, predominan las valoraciones positivas. Es interesante destacar que las valoraciones más positivas son expresadas casi exclusivamente por los entrevistados que han recibido tratamiento.

La mayoría de la muestra afirma que tiene algún conocimiento de los programas de tratamiento. En general, a excepción de los entrevistados que han recibido tratamiento, el conocimiento de los entrevistados respecto a estos programas es muy superficial.

En relación a la eficacia de los tratamientos, la mayor parte de los entrevistados plantea que lo más importante es "la voluntad de los consumidores", determinante principal de su éxito o fracaso. Según la mitad de los entrevistados la demanda de tratamiento debe ser necesariamente voluntaria.

Los que nunca han recibido tratamiento formulaan las valoraciones más críticas contra ellos. Además de considerarlos ineficaces algunos afirman que sólo sirven para "enloquecer a las personas". En otros casos, más numerosos, la visión negativa se fundamenta en la pérdida de libertad y en la sumisión que comportan.

Hacen 'lavado cerebral'. Te quieren quitar de una droga (clorhidrato de cocaína) para inyectarte otra. Inyectan una biblia de cualquier religión mediocre o algún sistema de vida. La persona no es ella misma. La única salida para el usuario es la libertad para sí mismo. Esos centros son una ilusión óptica. En (...), por ejemplo, la persona acaba neurótica. (I02RJ)

Tengo miedo al tratamiento. Un amigo mío se puso enfermo cuando salió de la clínica. (I19RJ)

No conozco a nadie que esté calmado con el tratamiento. Incluso los que se internan acaban volviendo a consumir. Otros se quedan tan tontos que no hacen nada más en la vida: no consumen más (clorhidrato de cocaína) pero tampoco trabajan, ni estudian ni hacen nada más. Un amigo mío fue a una clínica y volvió con 90 kilos y él solo pesaba 70; y lo peor es que volvió atontado. (I20RJ)

En otros casos, el "rechazo" al tratamiento expresa la dificultad del consumidor para reconocer que ha perdido el control del consumo y que necesita ayuda; también, el temor a ser descubierto y etiquetado.

Es difícil admitir que se tiene problemas con una cosa que gusta (consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína). Es necesario caer muy bajo para que uno mismo llegue a reconocer que está enfermo. (I11RJ)

La mayoría de las veces a las personas les gustaría seguir un tratamiento, pero creo que tienen miedo a declararse 'viciadas' (dependientes). Eso las coloca en el punto de mira de la policía, hace que la cosa (dependencia) sea pública (conocida). (I06RJ)

9.3 Utilización de los servicios de tratamiento y prácticas de riesgo

9.3.1 Utilización de los servicios de tratamiento

El contenido de este subapartado complementa y amplía al del apartado anterior (9.2). Aquí se analizan las razones que han motivado las demandas de tratamiento, las características de éstos y la valoración de estos aspectos, y de los relacionados con ellos, en términos de los entrevistados.

Hoja de coca (Cochabamba)

Ningún entrevistado ha tenido problemas de salud causados o relacionados con el consumo de hoja de coca. Asimismo, ninguno de ellos ha buscado ayuda en centros de tratamiento ni en ningún otro lugar para dejar el acullico; tampoco tienen conocimiento de alguien que lo haya hecho.

Sólo un entrevistado ha utilizado los servicios de tratamiento por problemas de alcoholismo.

Pasta de coca (Cochabamba)

Más de la mitad de los entrevistados ha utilizado los servicios de tratamiento por problemas relacionados directa o indirectamente con el consumo de pasta de coca. En general, el tratamiento que reciben en estos centros consiste casi exclusivamente en atender sus necesidades básicas (cobijo, alimentación) y los problemas de salud que puedan tener. En Cochabamba, sólo uno de los servicios existentes, el Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios, desarrolla una intervención de tipo profesional que se basa en un abordaje psicoterapéutico; la intervención en los restantes centros y servicios es de carácter religioso.

La mayoría de los entrevistados que han recibido algún tipo de tratamiento han ingresado más de una vez en varios de ellos, casi siempre en situaciones de crisis por problemas de salud o sociales. Debe destacarse que el ingreso se produce más frecuentemente por coerción de la policía que por decisión voluntaria. No obstante, todos los entrevistados que han estado en contacto con estos centros o han sido internados en ellos valoran positivamente la ayuda recibida.

Clorhidrato de cocaína, intranasal (Cochabamba)

Menos de una cuarta parte de los entrevistados ha recibido tratamiento por problemas derivados del consumo de clorhidrato de cocaína y/o de alcohol.

Los principales motivos que aparecen en las demandas de tratamiento no son los problemas de salud sino, principalmente, los generados en las relaciones familiares; también, en algunos casos, se solicita tratamiento por las dificultades económicas que el consumo comporta a los entrevistados y a sus familias.

Crack/clorhidrato de cocaína, fumado/inhalado (Ibadan)

Casi la mitad de los entrevistados ha recibido tratamiento, por problemas relacionados con las drogas, en alguna de las principales unidades de atención a las drogodependencias existentes en la región: hospitales psiquiátricos de Ibadan, Lagos y Abeokuta (estas dos ciudades están situadas relativamente cerca de Ibadan); la mitad de estas demandas de tratamiento ha sido causada por el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína (representa la cuarta parte de la muestra).

La mayor parte de los que han sido atendidos por problemas derivados del consumo de crack o de clorhidrato de cocaína ha recibido un único tratamiento; de los restantes, una minoría ha sido tratada en más de tres ocasiones.

En general, estos entrevistados valoran positivamente el tratamiento recibido. A pesar de ello, consideran que los medios disponibles en las unidades hospitalarias citadas son insuficientes; destacan especialmente el limitado número de profesionales que trabajan en ellas. Asimismo, valoran negativamente las sesiones terapéuticas en grupo y la excesiva duración del tratamiento. Algunos entrevistados, que destacan estas deficiencias con especial énfasis, consideran que "estos métodos no ayudan eficazmente a dejar el consumo de cocaína (clorhidrato y crack)".

Debe destacarse la decisiva intervención de familiares, amigos y, en algunos casos, de jefes de las empresas en las que trabajan para que los consumidores acepten ser tratados. Asimismo, el haber recibido tratamiento no indica necesariamente que el consumo les haya causado especiales problemas o que éstos sean más graves que los padecidos por los entrevistados que nunca han estado en tratamiento. En todos estos casos el tratamiento se ha realizado porque las familias han asumido el coste económico (los tratamientos no son gratuitos).

Crack/clorhidrato de cocaína, intravenoso (Sao Paulo)

La mayoría de los entrevistados afirma haber recibido algún tipo de ayuda formal o tratamiento en un centro especializado: en grupos de auto-ayuda, diversos tipos de psicoterapia en servicios especializados (centros de día), internamientos en hospitales especializados e, incluso, en psiquiátricos.

La mayoría de estos entrevistados comenta que estos tratamientos no tuvieron éxito la primera vez, lo que hizo que buscasen otras instituciones. Atribuyen el fracaso, principalmente, a la forma en que fueron conducidos a esos lugares ya que, en general, fueron llevados por algún pariente próximo sin considerar si ellos verdaderamente deseaban ese tipo de intervención.

Los tratamientos recibidos en hospitales especializados consisten, básicamente, en la desintoxicación, con ayuda farmacológica, y programas de psicoterapia. La mayoría de los que han recibido tratamiento en estos hospitales cree que éste es eficaz. Como consecuencia de estos tratamientos con fármacos algunos de estos entrevistados afirman que son dependientes de tranquilizantes.

Otros entrevistados destacan el terror experimentado durante su internamiento en hospitales psiquiátricos, al tener que relacionarse con todo tipo de enfermos mentales. Aseguran que esta experiencia traumizante ha contribuido, en gran medida, a generarles pánico ante la perspectiva de ser internados de nuevo. Sin embargo, algunos valoran positivamente este tipo de intervención.

Yo pensé que iba a una de aquellas haciendas maravillosas... acabé yendo (al hospital psiquiátrico); y me fue mal. (Antes del internamiento) yo sólo convivía con 'drogados' (consumidores de crack) y en un lugar en el que hay veinte o treinta 'drogados' juntos con certeza entra droga (crack). (Para dejar este ambiente) acabé yendo a un lugar (hospital psiquiátrico) donde había esquizofrénicos, depresivos, alcohólicos... En verdad era un manicomio, fui a parar a una casa que tenía rejas y que no tenía espacio (abierto). Al principio me desesperé pero con el tiempo fui aprendiendo a entender aquel lugar. La gente que es "normal" hace todo (lo posible) para acabar "loco". En ese lugar (hospital psiquiátrico) yo veía "locos" desesperados (que habían sido

internados) para que se volvieran "normales". Todos nosotros acabamos en el mismo lugar y con el único objetivo de volvemos "normales". (K01SP)

Clorhidrato de cocaína, intravenoso (Río de Janeiro)

Una tercera parte de los entrevistados ha recibido algún tipo de tratamiento a causa del consumo de drogas, principalmente de clorhidrato de cocaína.

En la demanda de tratamiento influye frecuentemente la presión por parte de los familiares. En estos casos, los entrevistados parecen aceptar el tratamiento como una tentativa para aliviar el conflicto familiar. También es frecuente que la decisión se tome por la pérdida de alguien muy querido (a raíz de un fallecimiento relacionado o no con el consumo) y, sobre todo, por la percepción de que se está muy mal, de que se ha llegado al límite.

Fui por voluntad propia, por una necesidad física y mental. (I37RJ)

Yo estaba 'viciado' (era dependiente), tenía un principio de sobredosis. (I24RJ)

La mayoría de los entrevistados que han recibido tratamiento lo evalúa positivamente. Los que tuvieron recaídas, casi la mitad, las justifican "como una cuestión personal".

Si yo no hubiese hecho ese tratamiento estaría muerta o loca. (I09RJ)

Es bueno. Me quedé muy sorprendido de estar limpio (desintoxicado). (I04RJ)

Los internamientos me devolvían a una nueva vida y yo no los aproveché como debía. En general, fueron válidos. (I32RJ)

Algunos critican la dificultad para entrar en contacto con los centros y servicios y, especialmente, las listas de espera. Otras críticas se refieren al aislamiento al que es sometido el paciente, a la falta de preparación (profesionalidad) de algunos centros y a la utilización de psicofármacos:

En el (...) es así. Si tú no consigues dormir, te dan un remedio que consiste en pasar a otra droga. Cuando para ti cesar con una droga (clorhidrato de cocaína) es cesar con todas, hasta con el tabaco; porque una cosa (droga) llama a otra. (I40RJ)

El problema de algunos centros es la organización de aislamiento (del usuario) de la familia, de la ciudad, de los amigos. (I32RJ)

9.3.2 Consumo intravenoso: prácticas de riesgo

Los casos de consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína en Cochabamba, como ya ha sido explicado, son muy minoritarios. Además, la información obtenida sobre la existencia de prácticas de riesgo (uso compartido de jeringuillas o agujas; reutilización sin una desinfección adecuada) es muy limitada. No obstante, dos entrevistados describen sesiones de consumo en grupo compartiendo las jeringuillas. En estas sesiones las agujas fueron limpiadas utilizando un algodón empapado en alcohol.

En Ibadan, sólo cuatro entrevistados han consumido una vez clorhidrato de cocaína por vía intravenosa "para experimentar". En todos los casos compartieron las jeringuillas.

Sao Paulo

Todos los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa afirman que tienen información sobre el sida y las formas de trasmisión. Explican también que conocen los cuidados básicos que deben tenerse con las jeringuillas y las agujas para evitar la trasmisión de enfermedades infecciosas.

En general, los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa ya habían consumido antes otras drogas por esta misma vía. Una parte de estos consumos son anteriores al descubrimiento del sida y en esos años no existía, por lo menos de una forma generalizada, una preocupación especial respecto al consumo intravenoso como práctica de riesgo del contagio y difusión de enfermedades infecciosas. Los entrevistados que consumían en los años setenta y primeros ochenta, cuando el sida ya era conocido, explican que compartían las jeringuillas sin ninguna reserva y que en ningún caso pensaban que esta práctica comportase algún riesgo. En la misma línea, prácticamente no adoptaban ninguna medida higiénica; por ejemplo, describen que lavaban las jeringuillas en el agua de charcos de la calle.

Con la aparición de la epidemia del sida, y después de las diversas campañas informativas que se han realizado, todos los consumidores entrevistados, como ya se ha dicho, conocen estos riesgos y cómo evitarlos; lo saben, lo han asimilado y asumido.

No obstante, durante las sesiones de consumo no siempre adoptan las precauciones adecuadas. Los entrevistados argumentan que aunque conocen lo que deben hacer; en la práctica, es inviable. El consumo implica inyectarse muchas veces consecutivas y este hecho suele taponar las agujas o provoca la rotura del émbolo de la jeringuilla u otros problemas. La solución, "siguiendo las reglas", es utilizar una nueva jeringuilla, que frecuentemente no se tiene (aunque se pueden conseguir con facilidad en cualquier farmacia), o desinfectar correctamente una ya usada. El problema, según afirman todos los entrevistados, es que la compulsión y la intensa ansiedad asociadas al consumo "les hacen olvidar las reglas" y los problemas con la jeringuilla se resuelven más rápida y fácilmente utilizando directamente la de cualquier compañero de consumo.

Hay mucha gente que consigue entender que no puede compartir la jeringa, pero la ansiedad tiende a eliminar cualquier tipo de cuidado. (I20SP)

Cuando se consume, no da tiempo para hacer todos los procesos (de desinfección), lo máximo que se hace es pasar agua. Después de la primera inyección de (clorhidrato de) cocaína (por vía) intravenosa la gente se anima, no se piensa más que en eso (inyectarse). (I19SP)

Al principio (de la sesión), cuando se va a tomar (clorhidrato de cocaína) 'pinchado' (por vía intravenosa), en las primeras dosis todavía se tiene cuidado con la jeringuilla; después ya no. Uno coge la jeringuilla de otro y no se sabe cuál es de quién. Yo siempre compartía las jeringuillas en mi grupo (de consumo); por lo menos tres de ellos ya han muerto de sida. Después de algunas dosis o cuando el ansia es intensa y no se tiene jeringuilla no hay ningún cuidado. La única preocupación es tener una y no importa si es la tuya. Nosotros hacíamos la limpieza (de las jeringuillas) con agua del grifo (directamente), no existía higiene. No hay ninguna preocupación para evitar la trasmisión de alguna enfermedad; no por falta de información sino por la preocupación (que produce) el ansia. En ese momento, sólo existe la droga (clorhidrato de cocaína). (I13SP)

Río de Janeiro

En esencia, lo descrito para Sao Paulo es aplicable a la situación observada en Río de Janeiro. No obstante, de nuevo, como ya ha sido discutido en este mismo capítulo, se observa una situación con un mayor grado de control. Casi la mitad de los entrevistados afirma que desde la aparición del sida nunca comparte las jeringuillas ni el resto del equipo que se utiliza para el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína. Algunos de ellos afirman que nunca lo han compartido.

En general, todos los que en algún momento han compartido las jeringuillas, antes o después de tener conocimiento del peligro que comporta esta práctica, dicen que lo hacen sólo con amigos y personas del grupo de consumo habitual; no obstante, la mayor parte de ellos reconoce que en algunas ocasiones las jeringuillas se comparten con desconocidos. Las principales razones indicadas para el uso común de jeringuillas o agujas en determinados momentos son: la ignorancia en relación a los riesgos (se refieren esencialmente al pasado, antes de la difusión del sida; pero también a la actualidad) y, sobre todo, la despreocupación por los riesgos que se produce después de haberse inyectado la primera dosis, por las razones ya aportadas por los entrevistados en Sao Paulo.

Compartía con amigos y desconocidos porque colocaba la droga (clorhidrato de cocaína) sólo en una jeringa, por ingenuidad, por no tener información sobre el sida. En aquella época (el sida) era algo solamente para homosexuales. (I03RJ)

Algunas veces sí (comparto), pero ahora muy poco. Solamente en casos extremos, cuando no hay posibilidad de adquirir otra jeringuilla. En cuanto a los recipientes no me preocupo. (I20RJ)

Al principio no, pero después, durante la 'onda' (bajo los efectos), eso sucede (compartir jeringuillas) sin que se tenga control. Durante la 'onda' se hace difícil tomar precauciones para evitar la trasmisión de enfermedades. (I27RJ)

Yo compartía la jeringuilla a mis 17 años, cuando el peligro era la hepatitis. Después del sida no compartí más. (I08RJ)

La mayoría de los entrevistados afirma que toma medidas para la limpieza y desinfección de las jeringuillas y agujas antes de su reutilización. No obstante, el método que utilizan es ineficaz porque se limitan a limpiarlas con agua corriente que, además, sólo se utiliza hirviente en algunas ocasiones.

10. Consideraciones, conclusiones y recomendaciones

10.1 Consideraciones finales: regularidades y aspectos específicos

El contenido de este apartado está estructurado siguiendo el orden de los diferentes capítulos del informe. Previamente, es necesario introducir algunos comentarios importantes:

Las características socio-demográficas de los entrevistados no se pueden comparar, salvo excepciones, con las de las respectivas poblaciones consumidoras porque esta información no existe; ni de forma rigurosa, con las de la población en general porque, frecuentemente, tampoco existe o, si está disponible, se trata de información fragmentaria y no actualizada.

A otro nivel, para poder interpretar -y, posteriormente, comparar- adecuadamente una parte de los aspectos que han sido analizados en los capítulos precedentes y que son discutidos en este apartado, sería necesario profundizar en el conocimiento de cada uno de los contextos socio-culturales de referencia. Debe tenerse en cuenta que algunos aspectos pueden tener un significado particular en un determinado contexto - incluso, con variaciones subculturales- derivado de una compleja interrelación con otras características. En otros casos, también, su comprensión requeriría conocer el complejo sistema de valores implícitos que dan significado a las acciones, actitudes y comportamientos de los miembros de un determinado grupo social.

Estas dificultades, que limitan y complejizan el análisis y la comparación de la información obtenida, han sido tenidas en cuenta: se ha evitado la descontextualización de la información; se ha procurado comparar sólo lo que es comparable, sin forzarlo; se ha evitado la equiparación de aspectos y características que pueden variar interculturalmente y se ha focalizado el análisis en los procesos y consecuencias que se derivan de ellos, que sí son comparables; se ha comparado la información a partir de categorías construidas transculturalmente (por ejemplo, y especialmente, los tipos de consumo definidos en el proyecto; ver apartado 3.4 del capítulo 3).

Características de los entrevistados

En casi todas las muestras y submuestras predominan los jóvenes (18 a 25 años) y los adultos jóvenes (26 a 39 años). Los adultos son muy minoritarios (40 a 65 años), son casos excepcionales en algunas de ellas, y sólo la submuestra de pasta de coca incluye adolescentes (menores de 18 años). Destaca, como excepción, el caso de la hoja de coca donde se observa un mayor rango de edad (esta submuestra incluye incluso ancianos: mayores de 65 años) y un predominio de los adultos. En São Paulo, los consumidores de crack son más jóvenes que los de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa.

En todas las muestras y submuestras predominan con claridad los hombres. No obstante -y al margen de sesgos de muestreo, que en algunos casos pueden ser importantes- se observan diferencias relevantes entre ellas. En Ibadán las mujeres constituyen una pequeña minoría aunque, probablemente, esta composición reproduce su representación en la población consumidora (el consumo está particularmente estigmatizado). En la submuestra de pasta de coca también son minoritarias y constituyen el 20% de los consumidores de crack y de clorhidrato de

cocaína por vía intravenosa entrevistados (Brasil). La proporción de mujeres es más elevada en la submuestras de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y hoja de coca (Cochabamba; constituyen la tercera parte): en el primer caso, por el predominio del consumo en ambientes normalizados e integrados; en el segundo, por la plena aceptación del consumo al estar culturalmente integrado.

Incluso aceptando los posibles sesgos derivados del muestreo en esta característica, y asumiendo que se han obtenido las mejores secciones transversales posibles de la población consumidora, puede considerarse que, en general, la representación de mujeres consumidoras se incrementa en los consumos más normalizados e integrados (en el caso de la hoja de coca los hombres están sobre-representados).

Los niveles de formación académica se corresponden con el status socio-económico de origen, tipo de consumo y, en el caso de la hoja de coca, con la generación. Los entrevistados que provienen de situaciones marginales (especialmente, chicos de la calle en Cochabamba), de clase social baja o que han desarrollado un consumo disfuncional siendo muy jóvenes presentan niveles más bajos de formación académica. En este aspecto, la muestra de Río de Janeiro es anómala porque los entrevistados tienen niveles de formación más elevados que la población general de las mismas franjas de edad.

Esta correspondencia se observa con claridad en las muestras y submuestras más polarizadas en algunos de los aspectos socio-demográficos: submuestra de la hoja de coca en Cochabamba (población campesina adulta en la que predominan los analfabetos y la escolarización básica; clases medias urbanas en las que predominan las titulaciones medias y superiores); muestra de Ibadan (entrevistados de clase media y alta con titulaciones medias y superiores; entrevistados de clase baja entre los que predominan los estudios primarios).

Respecto a las profesiones, la situación es similar a la de los niveles de formación académica. En este caso, además, si el consumo es o no disfuncional es un factor determinante: marginalidad, exclusión del mercado normalizado de trabajo, elevado desempleo (comportan un correlativo incremento de las actividades delictivas como fuente principal de ingresos). Estas características y consecuencias se observan con claridad en las muestras de São Paulo (especialmente, en los consumidores de crack) e Ibadan y en la submuestra de pasta de coca (Cochabamba); también, aunque menos acentuadamente, entre los consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) y en la mayor parte de los consumidores intravenosos de Río de Janeiro.

Por el contrario, los entrevistados de consumos culturalmente integrados (hoja de coca, Cochabamba) o recreacionales e instrumentales (clorhidrato de cocaína por vía intranasal y pasta de coca, Cochabamba) se caracterizan por la estabilidad laboral, la integración en el mercado laboral normalizado y el desempeño de actividades acordes con su cualificación profesional.

En estos últimos casos ninguno de ellos pertenece a sectores marginales (entre los campesinos y ex-mineros aculicadores se observan situaciones de pobreza, características del contexto socio-económico, pero no de marginalidad) y el consumo no comporta un descenso de clase social. Para los consumidores disfuncionales el consumo comporta como consecuencia, temporal o definitivamente, un descenso de clase social respecto a la de origen y en la mayor parte de los casos su desplazamiento a los márgenes del sistema. En algunos casos (sobre todo, los chicos de la calle, Cochabamba), esta situación precede al consumo y éste sólo es un agravante.

Respecto a la clase social de origen de los entrevistados, en las diferentes muestras y submuestras están representadas las existentes en cada una de las estructuras sociales de referencia. Debe destacarse que en Cochabamba predominan las clases medias entre los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y en la submuestra de la hoja de coca se da la polarización ya citada. Ninguno de estos entrevistados proviene de sectores marginales; en cambio, entre los consumidores de pasta de coca predominan las clases bajas y una parte de ellos proviene de sectores marginales.

En Ibadan, aunque predominan las clases bajas de origen, las clases medias y altas están representadas en la muestra. En Sao Paulo, por un posible sesgo, los niveles medios y altos de la estructura social prácticamente no figuran en la muestra; en cambio, éstos sí están incluidos en la muestra de Río de Janeiro (probablemente, sobre-representados).

Al hilo de este aspecto -y tomando como referencia la información obtenida en Sao Paulo, Río de Janeiro y Cochabamba-, puede adelantarse, como hipótesis, que el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína es más frecuente en los estratos medios de la estructura social (predominando, además, un consumo no disfuncional). Planteado de otra forma, en contextos en los que existen diversos derivados de la coca o diversos métodos de administración del clorhidrato de cocaína parece más probable la difusión de las vías de absorción rápida, o los derivados que necesariamente las requieren (pasta de coca y crack), en las clases sociales bajas y en sectores marginales que en otros estratos de la estructura social. De ser así, este supuesto adquiere una especial relevancia si se tiene en cuenta que, por ejemplo, en Brasil se estima que casi las tres cuartas partes de la población pertenece a la clase social baja.

Antecedentes biográficos

Antes de iniciar este tema, conviene señalar que en el proyecto no se ha pretendido establecer relaciones causales entre determinadas situaciones individuales y biográficas y el consumo de los derivados de la coca (ni de otras drogas) y, especialmente, con las características de éste (tipos de consumo). En todo caso, la aportación que aquí se incluye se limita a constatar que ciertas situaciones, por acumulación de rasgos, se dan más frecuentemente en unos tipos de consumo que en otros (como causa o como consecuencia).

Establecer esta relación entre individuo y sustancia es particularmente complejo porque intervienen, interrelacionadamente, factores de tipo individual, contextual (factores sociales y culturales), y relativos a las sustancias y a las vías de administración. En esta línea, como es conocido, existen diversas hipótesis, entre otras, que explican la aparición de consumos excesivos o problemáticos de drogas y de las conductas adictivas según diversos factores individuales y del entorno familiar.

En general, en las familias de origen de los consumidores disfuncionales predominan las relaciones conflictivas (pasta de coca, Cochabamba; crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, Sao Paulo; y en menor grado, clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, Río de Janeiro, y por vía intranasal en Cochabamba). Es frecuente que en estos casos los entrevistados refieran como causa de estos conflictos el consumo excesivo de alcohol de los padres. Las situaciones de abandono y de violencia intrafamiliar destacan en el caso de los chicos de la calle (pasta de coca, Cochabamba).

Los consumidores recreacionales e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal o de pasta de coca y todos los acullicadores (Cochabamba) refieren situaciones normalizadas, no conflictivas; también, la tercera parte de los entrevistados en Ibadan.

Los entrevistados en Río de Janeiro (una tercera parte) y en Sao Paulo (la mayoría, implícitamente) establecen una relación causal entre estos conflictos familiares y su consumo de drogas (específicamente de los respectivos derivados de coca y/o métodos de administración). En las restantes muestras y submuestras esta relación sólo aparece minoritariamente (pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba; crack y clorhidrato de cocaína fumado o inhalado, Ibadan); sin embargo, predomina en los chicos de la calle (pasta de coca, Cochabamba). Para la mayor parte de los acullicadores la situación es distinta y no equiparable; en este caso, la influencia de la familia, y de otros agentes socializadores, es decisiva en su consumo de hoja de coca pero no como "causa de un problema (el consumo)" sino por su papel clave, como referentes, en el proceso de socialización.

La caracterización de las relaciones con las familias en la actualidad, o con las personas con las que residen los entrevistados, presenta similaridades con lo ya visto respecto a los antecedentes familiares. No obstante, se observan diferencias claves: incremento de las situaciones conflictivas derivadas del consumo de los entrevistados (Ibadan, Sao Paulo, Río de Janeiro; clorhidrato de cocaína y pasta de coca, Cochabamba); "normalización" cuando viven con consumidores del mismo tipo (pareja, amigos, compañeros de consumo). Debe señalarse, como casos particulares, lo siguiente: situaciones familiares conflictivas, muy minoritarias, atribuidas por los propios entrevistados a su consumo de alcohol (hoja de coca, Cochabamba); ocultación del consumo a la familia para evitar conflictos (consumidores recreacionales e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba); convivencia con consumidores disfuncionales (chicos de la calle; pasta de coca, Cochabamba).

En todas las muestras y submuestras predominan las valoraciones positivas de la experiencia escolar. En general, las valoraciones negativas aparecen asociadas a los problemas derivados del consumo de drogas que, frecuentemente, implican el abandono de los estudios (consumidores disfuncionales). A excepción de los consumidores de hoja de coca, para una parte relevante de los entrevistados en los distintos centros participantes en el proyecto la escuela constituye el escenario de inicio en el consumo de drogas legales e ilegales (grupos de iguales).

El desempeño de actividades laborales de forma regular y estable a lo largo de la vida y en empleos acordes con la cualificación profesional, sólo se da entre los consumidores de hoja de coca y los recreacionales e instrumentales de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba). Los restantes, aunque muchos de ellos valoran positivamente su experiencia laboral porque "se sienten útiles", no consiguen mantener sus empleos y cuando trabajan suelen desempeñar tareas eventuales y no cualificadas: el consumo disfuncional parece incompatible con la actividad laboral regular y normalizada.

El subtipo de los consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa de Sao Paulo y Río de Janeiro que logra mantener ciertos vínculos sociales normalizados, aunque de forma precaria y conflictiva, mantiene el empleo cuando se dan ciertas condiciones: trabajos flexibles, que no requieren una excesiva responsabilidad y, sobre todo, en empresas de familiares. La exclusión del mercado de trabajo normalizado sobresale entre los consumidores disfuncionales de crack (Sao Paulo), pasta de coca (Cochabamba) y en Ibadan (en cuya muestra sólo una parte de

los entrevistados son consumidores disfuncionales de crack o de clorhidrato de cocaína, fumado o inhalado). En estos casos, la alternativa al trabajo normalizado es la realización de actividades delictivas.

El desempeño de la actividad laboral tiene un papel clave en el inicio, mantenimiento y, periódicamente, intensificación del consumo de la hoja de coca (el acullico en el consumo tradicional mantiene una relación muy estrecha con el trabajo y con sus exigencias energéticas). Aunque a otro nivel, este papel también se observa en los consumidores instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba). En estos casos puede hablarse de una influencia del trabajo como favorecedor del consumo. Minoritariamente, esta misma influencia aparece citada por consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (Río de Janeiro) que han trabajado en actividades en las que el consumo de este derivado está particularmente difundido, sobre todo por vía intranasal (ciertos trabajos de artesanía, más o menos creativos; trabajos no cualificados relacionados con la instalación de escenarios para conciertos u otros espectáculos, etc.) y por otros cuya actividad se relaciona con la elaboración o el tráfico de derivados de la coca (consumidores de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba). En otros casos, también minoritarios, el trabajo constituye el lugar de inicio o favorece la continuación del consumo porque las relaciones de consumo forman parte de ese contexto (grupo de iguales).

Estilos de vida y papel del consumo

El estilo de vida de los consumidores tradicionales de hoja de coca (Cochabamba) se asocia al trabajo intenso, a una forma de relacionarse entre sí y con la tierra que corresponde a la cosmovisión tradicional andina. En definitiva, aunque con distintos grados de aculturación, sus características son las de las culturas tradicionales quechua, sobre todo, y aymara. En este estilo de vida el consumo (acullico) y los diversos usos de la hoja de coca (medicinales, rituales, mágico-religiosos, adivinatorios, simbólicos) desempeñan un papel central. Aunque ciertos de estos rasgos se mantienen entre los consumidores de tipo instrumental en ellos no se observa un estilo de vida específico, diferenciado, y el papel de la hoja de coca es secundario, cuando no marginal.

Los consumidores instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba), la mitad de los entrevistados de Ibadan y la mayoría de los de Río de Janeiro (estos últimos refiriéndose al consumo intranasal de clorhidrato de cocaína y no al intravenoso) definen un estilo de vida característico, asociado al consumo, que reproduce los rasgos básicos del modelo mítico, y mitificado, del consumo de clorhidrato de cocaína (por vía intranasal) y que incluye los valores dominantes en la década de los ochenta: elitismo, moral del éxito, individualismo y competencia, consumismo, hedonismo, etc. El estilo de vida de estos entrevistados no se corresponde, necesariamente, con el definido por ellos mismos como "típico". En cualquier caso, en ese estilo de vida, el clorhidrato de cocaína puede tener un papel relevante, aunque variable, como indicador de prestigio.

Los consumidores recreacionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y de pasta de coca (Cochabamba) no comparten propiamente un estilo de vida específico aunque sí una determinada concepción del ocio: preferencia por la diversión en escenarios de sociabilidad del denominado "mundo de la noche" (bares, discotecas, ...). En este contexto lo importante es la diversión y las relaciones de sociabilidad; el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, y más minoritariamente el de pasta de coca, desempeñan un papel poco relevante y menos importante que el del

alcohol. Esta caracterización no excluye la presencia de ciertos valores asociados al "modelo mítico", aunque éstos están difuminados y son menos explícitos.

En el caso de los consumidores disfuncionales su estilo de vida se caracteriza por la inmersión en "subculturas de la marginalidad". Supone la inexistencia de vínculos sociales normalizados (o si existen, éstos muy frágiles) y un modo de vida en los márgenes del sistema que se caracteriza por normas propias, no necesariamente vinculado con el consumo de drogas (en ese contexto conviven, por ejemplo, marginados, delincuentes a pequeña escala, prostitutas marginales, menores abandonados; consumidores y no consumidores).

Aunque es cierto que el consumo disfuncional de los derivados de la coca (crack, pasta de coca, clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, fumado o inhalado y, en menor grado, por vía intranasal) constituye el núcleo de articulación del estilo de vida y desempeña un papel central en él tiene como peculiaridad la tendencia al aislamiento de los consumidores y la fragilización o ruptura de los vínculos que los unen entre sí (dilución de los grupos de consumo). Esta característica es la que se ha considerado para no definir su estilo de vida como "subcultura de consumo", aunque quizá lo sea en algunos casos.

El ejemplo más claro de esta "subcultura de la marginalidad" lo constituyen los chicos de la calle (pasta de coca, Cochabamba). Estos niños, adolescentes y jóvenes intentan sobrevivir en las calles y para ello se organizan en grupos relativamente jerarquizados, comparten valores y normas de comportamiento que fortalecen la lealtad recíproca y les ayudan a protegerse de las amenazas externas. En su estilo de vida la pasta de coca desempeña un papel central, como antes lo desempeñó el consumo de inhalables (son las drogas que consumen cuando son niños y en los primeros años de la adolescencia), pero no es el único ni el principal eje articulador de la subcultura.

Cultura de consumo

De nuevo, el caso de la hoja de coca debe ser considerado separadamente. El consumo y diversos usos de este derivado al estar plenamente integrados en la cultura tradicional andina se caracterizan por una compleja y rica variedad de rasgos culturales y contenidos simbólicos que se siguen manteniendo y que forman parte del bagaje socializador (consumo tradicional). Asimismo, como resultado de los procesos de aculturación y de urbanización, una parte de estos rasgos y contenidos se han modificado o reelaborado, han desaparecido o han adquirido nuevos significados mostrando la plasticidad que caracteriza a los procesos culturales. Como ejemplo de esto último puede servir la recuperación y reivindicación del acullico, por parte de profesionales cualificados e intelectuales pertenecientes a las clases medias urbanas y no originarios de las etnias andinas, como símbolo de identidad y de pertenencia.

Respecto a los restantes derivados y métodos de administración la cultura de consumo es muy limitada: ciertos ceremoniales preparatorios de las sustancias antes del consumo (crack, consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína); algunas normas de comportamiento durante el consumo (respeto de un orden de consumo, guardar silencio, no molestar a otros consumidores, ...); códigos y criterios compartidos de identificación para reconocerse como consumidores y/o traficantes; códigos de secreto para evitar delaciones y eludir la intervención de la policía (especialmente, ajuste al conjunto normativo impuesto por los traficantes); terminología específica, y bastante rica en algunos casos, sobre todo lo relativo al consumo (sustancias, métodos de administración, consumidores, efectos, ...). En el caso del consumo disfuncional a

estos rasgos habría que añadir el sistema de valores y el conjunto normativo que forman parte de, o rigen, las respectivas "subculturas de la marginalidad" en las que los consumidores pueden estar inmersos.

Carreras de consumo

Primeramente, antes de analizar y comparar las carreras de consumo de los entrevistados, es importante introducir dos consideraciones de alcance general para su correcta interpretación y dimensionado: debe tenerse en cuenta que se está analizando a consumidores de drogas ilegales (a excepción de la hoja de coca, en Bolivia); también, debe dejarse constancia que la propia existencia de carreras de consumo, las drogas consumidas y la secuencia de éstas en los consumidores entrevistados -y, en general, en la población consumidora- no implican necesariamente determinación ni causalidad.

Todos los entrevistados que forman parte de las diferentes muestras y submuestras, a excepción de los acullicadores tradicionales (Cochabamba), conocen un amplio repertorio de drogas legales e ilegales. En general, los entrevistados distinguen unas de otras y las drogas legales (especialmente, alcohol y tabaco) no suelen considerarlas como "drogas".

Para la mayor parte de los consumidores de hoja de coca la "droga" es el clorhidrato de cocaína porque así es ampliamente difundido por los medios de comunicación. Coherenteamente, ninguno de ellos considera que la hoja de coca es una droga y tampoco aceptan su equiparación con los restantes derivados de la coca. De hecho, estos entrevistados sólo han consumido a lo largo de la vida alcohol (la mayoría de ellos); y en menor medida, tabaco.

Antes del consumo de los restantes derivados de la coca la mayor parte de los entrevistados ha consumido alcohol, tabaco y marihuana. Esta última droga suele ser la droga ilegal de inicio en todos los centros participantes; asimismo, debe considerarse como un caso excepcional cuando la droga ilegal de inicio de los consumidores disfuncionales es el respectivo derivado de la coca. Sin embargo, esta situación es mayoritaria entre los consumidores recreacionales e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba).

También debe destacarse que prácticamente todos los consumidores de crack (Sao Paulo) y de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (Sao Paulo y Río de Janeiro) antes de consumir dicho derivado o utilizar la vía intravenosa han consumido clorhidrato de cocaína por vía intranasal.

El consumo previo de solventes (inhalables) durante la infancia en poblaciones más o menos marginalizadas es una constante en algunos casos (especialmente, chicos de la calle en Cochabamba; entrevistados de estos sectores de población en Sao Paulo). En conjunto, el consumo previo de otras drogas es minoritario, entre ellas destacan: anfetaminas y anticolinérgicos en Brasil, sobre todo en la muestra de Sao Paulo; heroína en Ibadan. El consumo de alucinógenos, naturales y sintéticos, y de otros fármacos psicoactivos es muy minoritario.

Con posterioridad al inicio del respectivo derivado de la coca, o método principal de administración en el caso del clorhidrato de cocaína, una parte importante de los entrevistados suele iniciarse, en general, en las drogas ya citadas existentes en cada contexto (a excepción de los solventes); en Cochabamba, también en los otros derivados de la coca.

En términos generales, los consumidores disfuncionales suelen abandonar o reducir considerablemente el consumo de las otras drogas a lo largo del tiempo ("todas las demás pierden interés"). Como excepción, debe señalarse que el consumo de alcohol se mantiene a lo largo de la vida; también, los consumidores de crack y de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa de São Paulo y Río de Janeiro siguen consumiendo, más o menos regularmente, este último derivado por vía intranasal.

Por último, deben destacarse ciertos aspectos de interés de las carreras de consumo:

Los consumidores disfuncionales muestran un mayor repertorio de drogas consumidas y, en general, de forma más intensa que los restantes entrevistados.

El consumo de alcohol es muy elevado en la mayor parte de los entrevistados, incluidos los consumidores recreacionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba); este nivel de consumo de alcohol es minoritario entre los acullicadores (Cochabamba).

La mayoría de los entrevistados de Ibadan consume o ha consumido heroína a lo largo de la vida.

Aunque un tercio de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal de Cochabamba ha consumido también pasta de coca a lo largo de la vida, el consumo de este derivado suele abandonarse. En cambio, los consumidores de pasta de coca siguen consumiendo más o menos regularmente clorhidrato de cocaína por vía intranasal a lo largo de la vida (también un tercio de la submuestra).

A pesar de ser situaciones muy minoritarias debe señalarse, por su importancia, la existencia de consumos de crack y de heroína en Cochabamba. Antes de la realización de este proyecto no había constancia del consumo de estas dos sustancias en la región. La difusión o no del consumo de heroína (que, al parecer, está siendo elaborada en la región andina) en Bolivia y otros países del área requiere una especial atención.

Las valoraciones, positivas y negativas, de las diferentes drogas consumidas a lo largo del itinerario de consumo de los entrevistados presentan bastantes regularidades en cada una de las diferentes muestras y submuestras. Prácticamente todas estas valoraciones se basan en los efectos que producen las drogas.

Policonsumo

El consumo de alcohol, simultáneamente o consecutivamente, en la misma sesión de consumo de los diversos derivados de la coca constituye una constante en las diferentes muestras y submuestras. No obstante, las razones de esta combinación y los niveles de consumo varían.

El consumo de alcohol asociado al acullico cuando tiene lugar en el trabajo es muy limitado y está integrado en los rituales (consumo tradicional, Cochabamba). En ambientes de sociabilidad, tanto en ámbito privado como público, el consumo de alcohol es más elevado y cumple su función usual en estos ambientes en las culturas en las que está integrado: mediador en las relaciones sociales, estimulante o potenciador de la sociabilidad y de la diversión, medio para alcanzar estados placenteros, etc.

La combinación de clorhidrato de cocaína y alcohol es clave: los consumidores recreacionales e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) consumen alcohol en ambientes de sociabilidad, por las razones ya apuntadas (este aspecto puede generalizarse), pero además lo combinan con el clorhidrato de cocaína para contrarrestar efectos o para potenciarlos. De hecho, el clorhidrato de cocaína suele utilizarse principalmente como regulador, para combatir los efectos depresores del alcohol, y de este modo poder consumir más alcohol y prolongar la diversión (potenciada por el clorhidrato de cocaína).

En general, para los consumidores disfuncionales, esta combinación se mantiene pero el objetivo principal no es consumir más alcohol y prolongar la diversión sino contrarrestar los efectos estimulantes del clorhidrato de cocaína (algunos entrevistados valoran negativamente esta combinación precisamente porque disminuye estos efectos, que son los valorados). Los consumidores por vía intravenosa (Sao Paulo, Río de Janeiro), además, consumen alcohol para contrarrestar la intensa sequedad que les produce el consumo de clorhidrato de cocaína en la boca.

El consumo combinado de alcohol y pasta de coca o crack sigue un patrón similar: los consumidores recreacionales e instrumentales de pasta de coca (Cochabamba) cuando consumen en ambientes de sociabilidad los utilizan para prolongar la diversión y compensar, contrarrestar o potenciar efectos; los disfuncionales (crack, Sao Paulo; Pasta de coca, Cochabamba) como mecanismo de control o regulación del consumo del derivado de la coca o para contrarrestar sus efectos. En Ibadan, se observan las mismas razones según niveles y ambientes de consumo. En todos los casos el consumo de alcohol es muy elevado y buena parte de los consumidores disfuncionales son alcohólicos.

La combinación con marihuana es menos frecuente y su objetivo coincide con lo ya analizado respecto al alcohol. A excepción de la hoja de coca, esta combinación aparece en las restantes muestras y submuestras. La combinación con otras drogas es muy minoritaria; sin embargo, debe destacarse el consumo combinado de crack o de clorhidrato de cocaína fumado o inhalado con heroína (Ibadan).

El consumo de tabaco en las sesiones de consumo de los derivados de la coca también es una constante, de nuevo con la excepción de la hoja de coca. El consumo de tabaco aunque se produce en la misma sesión parece desligado, por lo menos en términos de efectos, del de los derivados de la coca. Al respecto, algunas consideraciones de interés: en algunos rituales tradicionales andinos el consumo de tabaco, aunque en cantidades muy limitadas, forma parte integrada de los mismos (hoja de coca, Cochabamba); los consumidores de crack muestran un consumo muy intenso de tabaco (Sao Paulo); en otros casos, el tabaco -y menos frecuentemente, la marihuana-, se combina con los derivados de la coca porque es utilizado como combustible (crack, Sao Paulo e Ibadan; pasta de coca, Cochabamba; clorhidrato de cocaína fumado, Ibadan).

Salvo alguna excepción (Río de Janeiro), los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa nunca han mezclado este derivado de la coca con otra droga utilizando esta vía.

Inicio del consumo (derivados de la coca)

La edad promedio aproximada de inicio en el consumo de todos los derivados y métodos de administración considerados se sitúa en los primeros años de la juventud

(18 a 23 años). Los inicios de consumo después de los 25 años son minoritarios. Los inicios a edades más avanzadas, en términos relativos, se observan en la muestra de Ibadan; y a edades más tempranas, en la submuestra de pasta de coca (Cochabamba). En esta última submuestra, entre los consumidores disfuncionales, y en la de hoja de coca (Cochabamba) se dan porcentajes relevantes de inicio en la adolescencia (13 a 17 años) e, incluso, en la infancia (menores de 13 años; chicos de la calle, pasta de coca).

Dado que el consumo tradicional de hoja de coca constituye una práctica milenaria, y por el rango de edad de los entrevistados que componen dicha submuestra, los períodos temporales de inicio abarcan una franja muy amplia (desde los años treinta hasta los ochenta). El inicio de los restantes derivados y métodos de administración se corresponde, a grandes rasgos, con los períodos de difusión de dichos derivados y métodos de administración en cada uno de los contextos analizados:

Ibadan: clorhidrato de cocaína durante los años ochenta y a finales de la década, el crack. Cochabamba: pasta de coca durante los años ochenta y a partir de 1985, sobre todo, clorhidrato de cocaína. Río de Janeiro: clorhidrato de cocaína por vía intravenosa desde finales de los setenta hasta mediados de los ochenta; los inicios con posterioridad a 1985 son minoritarios. En São Paulo es probable que el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa se difundiera con algún retraso en relación a Río de Janeiro (también es probable que la diferencia que se observa entre ambas ciudades se deba, en algún grado, a las diferencias de edad de los entrevistados: más jóvenes en São Paulo que en Río de Janeiro): desde finales de los años setenta hasta finales de los años ochenta (más de la mitad de la submuestra se inició entre 1985 y 1990); los inicios de consumo posteriores a 1990 son minoritarios. La mayor parte de los inicios del consumo de crack son posteriores a 1989.

Si en estas consideraciones finales se están aportando más datos, en relación a este aspecto, de los dos centros brasileños es debido a la importancia, desde un punto de vista de salud pública, de la tendencia que parece observarse: disminución de nuevos inicios de consumo por vía intravenosa desde la difusión de la epidemia del sida y de las campañas informativas realizadas al respecto. La incidencia de este hecho ha sido constatada en São Paulo, sobre todo, y en esta ciudad el crack está remplazando con claridad al consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína, aunque no única ni principalmente por causa del sida. La cuestión relevante aquí, con este remplazo, es que más allá de la disminución de una práctica de riesgo, sin minimizar la importancia que esto representa, su incidencia en la reducción de daños es muy limitada.

Predominantemente los entrevistados de las diferentes muestras y submuestras, a excepción de la hoja de coca, se inician en el consumo en ambientes de sociabilidad o festivos, con amigos y conocidos (en São Paulo, son, sobre todo, compañeros de consumo). De los restantes, destacan los que se inician en el trabajo con compañeros de actividad (constituyen una minoría: consumidores instrumentales de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba; de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, Río de Janeiro). Los acullicadores se inician en el trabajo y, secundariamente, en actividades rituales y comunitarias (consumo tradicional); también, en ambientes de sociabilidad y festivos (consumo instrumental).

El inicio tiene lugar tanto en ámbito privado (domicilios particulares) como público (bares, discotecas y locales equivalentes) en Ibadan y en la submuestra de clorhidrato de cocaína de Cochabamba. En la de pasta de coca de esta misma ciudad predomina el ámbito público y una parte de los entrevistados se inicia en la calle (chicos de la calle). En Río de Janeiro predomina el ámbito privado; y en São Paulo, el consumo se inicia sobre todo en lugares ocultos y apartados aunque también en ámbito privado.

La forma predominante de obtención de la cantidad consumida el primer día es por invitación de amigos o conocidos consumidores o porque forma parte de la cultura de consumo (en el caso de la hoja de coca). Todos los acullicadores entrevistados recibieron las hojas de coca de familiares, compañeros de actividad o amigos que las compartieron con ellos. Casi todos los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y de pasta de coca (Cochabamba) fueron invitados por otros consumidores con los que mantenían una relación más o menos estrecha; también los entrevistados en Sao Paulo (tanto los consumidores de crack como de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa). Este mismo hecho se observa también en Ibadan y Río de Janeiro pero de forma menos generalizada: en Río de Janeiro más de la mitad de los entrevistados compró la cantidad utilizada el primer día; y en Ibadan, lo hizo una cuarta parte. En los restantes centros participantes la compra es muy minoritaria.

Las cantidades de inicio, y en general las referidas a cualquier periodo de consumo, son sólo aproximaciones porque la información que aportan los entrevistados suele ser poco precisa. La mayor variabilidad en la cantidad de inicio se observa en la submuestra de hoja de coca (Cochabamba); no obstante, la mayoría de los entrevistados acullicó 1 ó 2 "bolas" de hoja de coca (8 ó 16 gramos). En general, salvo en el caso del crack (Sao Paulo) que consumen cantidades mayores, la cantidad consumida el primer día no suele superar el gramo de clorhidrato de cocaína o de pasta de coca. En las submuestras de clorhidrato de cocaína y pasta de coca de Cochabamba se observa que los consumidores disfuncionales se inician con cantidades mayores que los recreacionales o instrumentales.

En relación a los derivados que se consumen fumándolos o inhalando los vapores de su combustión, debe señalarse que el inicio del consumo de pasta de coca (Cochabamba) se produce indistintamente fumándola en cigarrillo o en pipa. En Ibadan, en el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína parece predominar el método *"free basing"*; el consumo fumado en cigarrillo o pipa es minoritario. En Sao Paulo predomina con claridad la utilización de pipas para fumar el crack. Por otra parte, una minoría de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal de Cochabamba se inició en el consumo de este derivado fumándolo en cigarrillo.

En general, los entrevistados conocían previamente los distintos derivados de la coca que consumieron el primer día y tenían alguna información sobre sus efectos. Las informaciones más negativas al respecto provienen normalmente de los medios de comunicación y secundariamente de no consumidores; y las más realistas (incluyen los aspectos positivos y negativos), de otros consumidores conocidos (normalmente, de las personas que participan en la iniciación). En Sao Paulo y Río de Janeiro los entrevistados tenían conocimiento directo del clorhidrato de cocaína porque eran consumidores por vía intranasal y además conocían a personas que utilizaban la vía intravenosa. Todos los acullicadores tradicionales y la mayoría de los instrumentales (Cochabamba) tenían un amplio conocimiento previo sobre el consumo y los diversos usos de la hoja de coca (este conocimiento forma parte de su bagaje cultural, aprendido en el proceso de socialización); especialmente, sabían de sus efectos energéticos.

La razón predominante de inicio, aunque en diversos grados, es el deseo de experimentar (la curiosidad), de conocer personalmente si lo que se dice sobre los derivados de la coca y sus efectos es cierto o no; para otros, es sobre todo un desafío o una búsqueda expresa de sensaciones más intensas (clorhidrato de cocaína por vía intravenosa o crack, Sao Paulo).

Asimismo, la presión del ambiente, de forma más o menos explícita, y la voluntad de integración en un grupo de iguales (consumidores) desempeña un papel importante (en Ibadan, Sao Paulo, Río de Janeiro; pasta de coca, y de forma menos relevante, clorhidrato de cocaína en Cochabamba): el consumo es un rito de paso (confiere un nuevo status). En el mismo sentido, aunque a otro nivel, en el caso de la hoja de coca, el inicio en el consumo para buena parte de los entrevistados simboliza implícitamente, junto a otros rasgos culturalmente reconocidos, la integración como adulto en la comunidad (consumo tradicional, Cochabamba).

Los consumidores recreacionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y de pasta de coca (Cochabamba) suelen iniciarse, también, para contrarrestar la embriaguez; otros, disfuncionales de pasta de coca (sobre todo, chicos de la calle en Cochabamba), para neutralizar o combatir un malestar existencial.

Las valoraciones del primer consumo presentan una amplia variabilidad: decepción, ajuste a las expectativas de efectos, sorpresa ante ciertos efectos, rechazo, satisfacción y placer muy intenso. En todos los casos, con independencia de la valoración de la primera experiencia, ésta influye en el consumo posterior: para repetir la experiencia, si ha sido valorada positivamente; para conseguir los efectos esperados (placenteros, positivos) si ha sido decepcionante o desagradable.

Los acullidores valoran, sobre todo, su efecto energético y la atenuación de la sensación de hambre; a veces, muestran su sorpresa ante los efectos anestésicos locales (hoja de coca, Cochabamba). Las valoraciones son claramente positivas; éstas también predominan en los restantes derivados de la coca y métodos de administración considerados.

Es frecuente una cierta decepción ante los efectos percibidos, por debajo de las expectativas (crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, Sao Paulo; pasta de coca, Cochabamba). En el caso del consumo intravenoso (Sao Paulo, Río de Janeiro) los entrevistados esperaban efectos más intensos que los del consumo intranasal del clorhidrato de cocaína, ya conocidos.

Las valoraciones negativas suelen fundamentarse en la decepción y, sobre todo, en los efectos indeseados derivados o asociados al consumo: náuseas y vómitos (pasta de coca, Cochabamba); dolor de cabeza, náuseas e inquietud (clorhidrato de cocaína, Cochabamba); inquietud y miedo ante sensaciones no controlables (crack y clorhidrato de cocaína fumado o inhalado, Ibadan); brevedad de los efectos y sensaciones placenteros, muy intensos (crack, Sao Paulo); también en el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína (Sao Paulo y Río de Janeiro). Además, en este caso, el propio acto de inyectarse y la visión de la sangre.

El apoyo de los consumidores experimentados es decisivo para neutralizar las experiencias desagradables, cuando éstas se producen; y en términos más generales, el conocimiento que poseen es decisivo, como referente, para que los que se inician interpreten las sensaciones vividas. Un aspecto clave de esta primera experiencia para muchos entrevistados es la propia iniciación: se atraviesa un umbral y se pierde el miedo.

Ciertamente, en la línea de lo ya planteado al analizar las carreras de consumo y con la misma pretensión relativizadora, después del primer consumo no siempre se "pierde el miedo"; y tanto si esto ocurre como si no, no necesariamente se vuelve a consumir ni, si se consume de nuevo, se desarrolla inevitablemente una carrera de consumo, con unas u otras características, aunque así haya ocurrido en todos los entrevistados.

Duración y características del itinerario de consumo

En todas las muestras y submuestras destacan los itinerarios de consumo que superan los 5 años de duración y también son frecuentes los que superan los 10 años. Los itinerarios de una duración más breve (inferiores a 5 años) representan, aproximadamente, una cuarta parte de los casos en algunas muestras y submuestras: crack (Sao Paulo); clorhidrato de cocaína por vía intranasal y pasta de coca (Cochabamba); crack y clorhidrato de cocaína fumado o inhalado (Ibadan). En Cochabamba estos itinerarios de menor duración corresponden a consumidores de los tipos recreacional e instrumental. Los itinerarios de mayor duración se dan en la submuestra de hoja de coca (Cochabamba): más de la mitad de los entrevistados lleva consumiendo más de 20 años.

El periodo que transcurre entre el primer día de consumo y el momento en que se establece un consumo regular, con una determinada pauta, ha sido denominado como periodo inicial y éste no siempre aparece en los itinerarios de consumo de los entrevistados. La mayoría de los consumidores de hoja de coca y pasta de coca (Cochabamba) y de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (Sao Paulo) carece de periodo inicial: es decir, estos consumidores consumen regularmente desde el inicio; en las restantes muestras y submuestras (Ibadan; Río de Janeiro; clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba; crack, Sao Paulo) la mayor parte de los entrevistados sí presentan en su itinerario un periodo inicial. En todas las situaciones analizadas, cuando este periodo existe suele ser breve: menos de un año de duración; y frecuentemente, sólo dura como máximo algunos meses.

A lo largo del itinerario de consumo se ha considerado la existencia de periodos con un nivel de consumo sensiblemente más elevado que el habitual (periodos intensivos). Estos periodos se producen en cualquier momento del itinerario, pueden ser varios (incluso numerosos, en algunos casos); o no darse (implica un nivel de consumo relativamente estable a lo largo del tiempo).

En todas las muestras y submuestras analizadas se observa el predominio de itinerarios de consumo en los que se han dado periodos intensivos; no obstante, existen diferencias sustanciales entre ellas. Estos periodos son una constante en la muestra de Sao Paulo (crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa) y con una frecuencia algo menor (la mayor parte de los casos) destacan en la submuestra de pasta de coca (Cochabamba) y en las muestras de Río de Janeiro e Ibadan. En los casos del clorhidrato de cocaína por vía intranasal y de la hoja de coca (Cochabamba) su presencia es algo menor: la mayoría de los itinerarios.

Los periodos intensivos de los distintos derivados de la coca y métodos de administración analizados, cuando existen, no son en todos los casos equiparables; incluso cuando presentan más similaridades que diferencias. En general, salvo en el caso de la hoja de coca (Cochabamba), se observa una tendencia al incremento del consumo a lo largo del tiempo, más acentuada y rápida cuando el consumo es fumando o inhalando (crack, pasta de coca, clorhidrato de cocaína) o por vía intravenosa (clorhidrato de cocaína), que culmina en un máximo de consumo (periodo intensivo), de duración variable; posteriormente, el consumo decrece.

El consumo tradicional de hoja de coca (Cochabamba) se caracteriza por la existencia de máximos de consumo, periódicos y regulares, frecuentemente estacionales, asociados a la intensificación de la actividad laboral o a periodos del ciclo anual en los que se concentran actividades rituales o festivas de carácter comunitario. Estos periodos suelen ser breves (días, semanas). En el consumo instrumental de hoja de

coca también suelen darse ligados a actividades rituales o festivas y se caracterizan por su brevedad (varios días, como máximo). Cuando estas actividades finalizan el consumo se reduce y se estabiliza en los niveles habituales.

En los restantes derivados esta tendencia al incremento del consumo, y la propia existencia de los períodos intensivos, están estrechamente relacionadas con la compulsión del consumo. Este hecho es característico de los consumidores disfuncionales (crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, São Paulo; clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, Río de Janeiro; pasta de coca y, de forma menos acentuada, clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba). En general, el periodo intensivo finaliza porque la sustancia es inaccesible (internamiento o distanciamiento forzado del ambiente de consumo), por falta de medios económicos (muy frecuente en Ibadan) y, sobre todo, por la aparición de problemas graves (situaciones límite).

En buena parte de los consumidores de tipo instrumental (pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba) también se dan pero con una menor intensidad; en los consumidores recreacionales estos períodos son minoritarios. Las razones básicas de los incrementos en estos dos tipos de consumo son, respectivamente, fases de trabajo más intenso y/o en las que se concentran e intensifican las actividades festivas. El consumo decrece con facilidad, sobre todo entre los consumidores recreacionales, cuando estas actividades finalizan o ante la aparición de cualquier problema derivado o asociado al consumo, aunque éste sea leve.

Los períodos intensivos de mayor duración se dan en la submuestra de pasta de coca (Cochabamba): tienen una duración promedio aproximada de 3 años. En São Paulo todos los períodos intensivos de los consumidores de crack tienen una duración inferior a 1 año; en cambio, en la mayoría de los consumidores intravenosos de clorhidrato de cocaína el periodo intensivo supera el año de duración, también en Río de Janeiro. En Ibadan, son muy cortos por razones principalmente económicas (como máximo de 1 mes de duración).

A lo largo del itinerario de consumo, en la mayor parte de las situaciones analizadas, es bastante frecuente que el consumo se interrumpa en diversas ocasiones durante períodos breves (inferiores a los 6 meses de duración). En este sentido, los consumos más regulares son los de hoja de coca (Cochabamba) y de crack (São Paulo), aunque las razones que explican esta regularidad son diferentes: en São Paulo predomina la dificultad para dejar el consumo (compulsión y ansia, *craving*); entre los aculicadores éstas son diversas: situaciones en las que el consumo no está socialmente aceptado, estancias en otros lugares, períodos de inactividad laboral.

En las restantes situaciones estos períodos de no consumo se deben a: intentos de dejar el consumo, dificultades económicas (sobre todo en Ibadan), problemas de salud o conflictos asociados al consumo (familiares, sociales). Para muchos consumidores disfuncionales se trata, de hecho, de períodos de regulación y descanso (tentativas para recuperar el "control del consumo" y de sí mismos); especialmente, en el subtipo de consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa que han logrado mantener ciertos vínculos sociales normalizados (São Paulo, Río de Janeiro). Los consumidores recreacionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y de pasta de coca (Cochabamba) suelen interrumpir el consumo con mucha frecuencia: aunque mantienen un consumo regular, más o menos estable, éste se caracteriza por la intermitencia (por ejemplo, son los únicos que dejan de consumir, temporalmente, porque " pierden el interés").

Los períodos de abstinencia en sentido estricto (superiores a los 6 meses de duración) durante el consumo regular también son frecuentes, sobre todo en los consumidores disfuncionales. A las razones ya citadas al comentar los períodos breves de no consumo debe añadirse, en este caso, que las principales razones que explican estos períodos son los problemas graves derivados del consumo (deterioro de la salud) o la institucionalización (centros de tratamiento o cárceles). Estos períodos de abstinencia son minoritarios en la submuestra de hoja de coca y se deben, principalmente, al cumplimiento del servicio militar obligatorio (el acullico no está permitido en los cuarteles). Los únicos casos de interrupción prolongada del consumo entre los consumidores recreacionales e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal o de pasta de coca (Cochabamba) están relacionados con embarazos.

En el conjunto de las muestras y submuestras predominan con claridad los consumidores en activo (consumo en los 6 meses anteriores a la entrevista). Los casos con un mayor número de ex-consumidores son los siguientes: clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, la mayoría de la submuestra en São Paulo y más de una tercera parte en Río de Janeiro; pasta de coca (Cochabamba), una tercera parte de la submuestra (todos ellos consumidores disfuncionales).

Características del consumo

Como ya se ha señalado en otros capítulos del informe, especialmente en el capítulo 6, las cantidades de consumo obtenidas en la investigación son promedios aproximados y, sin minimizar su importancia, tienen un carácter eminentemente orientativo. Por ello, aquí sólo se incluye una referencia muy general a ellas.

A lo largo del itinerario de consumo de los entrevistados, en todas las muestras y submuestras analizadas, la frecuencia de consumo característica es la diaria, especialmente cuando el consumo es disfuncional o, en el caso de la hoja de coca (Cochabamba), en el consumo tradicional. De hecho, los consumos con una frecuencia semanal, mensual o esporádica sólo se dan en los consumidores recreacionales e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y pasta de coca y en los consumidores instrumentales de hoja de coca (Cochabamba).

Esta afirmación no excluye que estas frecuencias de consumo no diarias, sobre todo el consumo semanal (de 1 a 4 sesiones/días de consumo a la semana), no se den también en otras situaciones (Ibadan, donde el consumo presenta un patrón más irregular) o en determinadas fases del itinerario de los consumidores disfuncionales: fases de regulación y control (clorhidrato de cocaína por vía intranasal y pasta de coca, Cochabamba; subtipo de consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa que mantienen ciertos vínculos sociales normalizados, São Paulo y Río de Janeiro).

En los períodos intensivos de consumo, salvo alguna excepción (consumidores recreacionales e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba), el consumo es diario y usualmente bastantes veces al día. De hecho, una característica del patrón de consumo de los consumidores disfuncionales de pasta de coca (Cochabamba), crack (São Paulo) y menos acentuadamente de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (São Paulo, Río de Janeiro) es que las sesiones de consumo pueden prolongarse durante varios días, ininterrumpidamente, hasta que consumen toda la cantidad que tienen a su disposición o hasta que sobrepasan su límite de resistencia. Aunque a un nivel menos intenso, en términos relativos, este patrón también se observa en buena parte de los consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba).

Como ya ha sido discutido en el capítulo 6 (ver especialmente la nota al pie número 4), la comparación de las cantidades de consumo plantea dificultades al tratarse de diferentes derivados de la coca; y, respecto a un mismo derivado, de distintos métodos de administración (aunque en este caso éstas son menores). Por esta razón, y teniendo en cuenta la observación que introduce este tema (características del consumo), sólo se destacan aquí algunos aspectos generales al respecto.

La cantidad de consumo en el caso de la hoja de coca (Cochabamba) suele mantenerse estable a lo largo del tiempo, con los periódicos incrementos ya citados. Esta estabilidad destaca entre los consumidores de tipo tradicional (3 ó 4 "bolas" diarias; 24 ó 32 gramos de hoja de coca); en el tipo instrumental, la variabilidad es mayor y, en situaciones y momentos concretos, los consumos pueden ser más elevados que en el tipo tradicional. En los períodos intensivos el incremento del consumo es claro (promedio aproximado de 130 gramos de hoja de coca/día de consumo) pero éstos son muy breves y el consumo se auto-regula rápidamente cuando desaparecen las causas que han motivado el incremento (realización de tareas laborales que exigen un esfuerzo intenso). Sólo en algunos casos, excepcionales, cuando se realizan actividades laborales cuyo desempeño exige de forma continua un elevado aporte energético el consumo puede mantenerse durante períodos largos a niveles altos.

Las cantidades de consumo de pasta de coca (Cochabamba) muestran diferencias claras según los tipos de consumo. Cuando el consumo es recreacional o instrumental la cantidad de consumo, incluso en los períodos intensivos (no suelen consumir más de 2.5 gramos a la semana), raramente supera la de los niveles habituales de los consumidores disfuncionales; éstos, suelen consumir varios gramos diariamente a lo largo del itinerario y, además, estas cantidades se incrementan fuertemente en los períodos intensivos (20 gramos diarios como promedio aproximado). En las sesiones de consumo que se prolongan durante varios días, hasta el agotamiento, ya citadas, pueden consumir a veces cantidades desmesuradas que obligan a reflexionar sobre los límites de resistencia del organismo estimados en condiciones de laboratorio.

Estas diferencias según tipo de consumo se dan con la misma claridad en el caso del consumo intranasal de clorhidrato de cocaína (Cochabamba). Coherenteamente, las cantidades de consumo más elevadas se dan en el tipo disfuncional y éstas llegan a ser de varios gramos al día en los períodos intensivos (los consumos superiores a los 10 gramos al mes son excepcionales entre los consumidores recreacionales, sobre todo, e instrumentales). Respecto a esta submuestra, las cantidades de consumo observadas son similares a las obtenidas en otros estudios realizados sobre este derivado y método de administración, ya citados en este informe. Por otra parte, en el consumo disfuncional, tanto las cantidades promedio a lo largo de la vida como las consumidas en los períodos intensivos son menores que las de los consumidores disfuncionales de este mismo derivado por vía intravenosa (Sao Paulo). Aunque sin pretender equiparar los dos derivados (crack y clorhidrato de cocaína), por lo ya avanzado al respecto, en Sao Paulo los consumidores de crack muestran cantidades más elevadas de consumo que los de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa: la mayoría de los consumidores de crack supera los 10 gramos diarios durante los períodos intensivos.

Respecto a los métodos y formas de consumo, en la submuestra de pasta de coca (Cochabamba) los entrevistados consumen este derivado indistintamente en cigarrillo o pipa a lo largo de la vida. En los períodos intensivos parece predominar el uso de la pipa pero la información obtenida no permite establecer con claridad esta asociación, como característica de consumos más intensos. El clorhidrato de cocaína es el derivado de la coca que se caracteriza por una mayor riqueza de métodos de

consumo; no obstante, cuando alguno de ellos se establece como principal éste se mantiene estable a lo largo del tiempo, en líneas generales.

Una tercera parte de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) lo han consumido también fumándolo en cigarrillos, sobre todo en las fases iniciales de consumo (es probable que algunos de ellos hayan fumado pasta de coca en lugar de clorhidrato de cocaína y que, por desconocimiento de los propios entrevistados o por deficiencias en la recogida de la información, figuren incluidos aquí). En todos los casos este método es claramente secundario y, frecuentemente, se trata solamente de un uso experimental. En esta submuestra, algunos consumidores han utilizado soluciones acuosas de clorhidrato de cocaína para su utilización como gotas nasales o lo han consumido por vía intravenosa. El frotado de clorhidrato de cocaína en las zonas genitales sólo aparece como referencia (muy minoritariamente).

El consumo fumado de clorhidrato de cocaína sólo es relevante en Ibadan; en este caso, se consume en cigarrillos de tabaco y, menos frecuentemente, de marihuana. Asimismo, también se da el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína, minoritariamente y en ámbito privado (como estrategia de ocultación). Sin embargo, aun siendo importante, el consumo de clorhidrato de cocaína en esta muestra es menos frecuente que el de crack. En el consumo de este derivado a lo largo de la vida predomina el método "*chasing de dragon*" y, secundariamente, el "*free basing*" (método principal de inicio). En Ibadan destaca la irregularidad de los patrones de consumo, como rasgo específico: utilización indistinta del crack o del clorhidrato de cocaína y utilizando diversos métodos de consumo según la disponibilidad y las circunstancias en las que se produce el consumo. Respecto al crack, es probable que en algunos casos, por dificultades de interpretación, el método de consumo haya sido considerado como "*chasing de dragon*" cuando realmente se trata de consumo en pipa (éstas son fabricadas artesanalmente y son de características muy diversas, y no sólo en Ibadan). El uso de este tipo de pipas predomina en el consumo de crack (Sao Paulo).

Los patrones temporales de consumo establecidos en el proyecto recogen simplificadamente la evolución a lo largo del tiempo de las características del consumo que están siendo analizadas aquí (frecuencia y cantidad). Asimismo, estos patrones, al reflejar la situación del consumo en el momento de la entrevista (o la del último mes de consumo en el caso de los ex-consumidores) están condicionados por ella. Los patrones que muestran incrementos (el periodo intensivo coincide con el actual o último) o decrementos (el periodo intensivo se produce en el inicio del consumo), continuos o encadenados (periodo intensivo en una fase intermedia del itinerario), son característicos de los consumos disfuncionales. En general, después de alcanzar el máximo de consumo, ante la aparición de problemas graves, éste decrece y usualmente tiende a la abstemia, temporal (fases de tratamiento o de regulación y descanso) o definitivamente.

En los consumidores recreacionales, sobre todo, e instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal y de pasta de coca estos patrones temporales prácticamente no se dan; y cuando existen, los máximos de consumo, tanto en intensidad como en consecuencias, no son comparables con los observados en los consumidores disfuncionales: el descenso del consumo es el resultado de la activación de mecanismos de auto-regulación y en lugar de tender a la abstemia tiende a la estabilización del consumo a un nivel más bajo (controlado). No obstante, estos casos muestran implícitamente la tendencia general ya citada respecto a que el consumo se incrementa con el tiempo, en ausencia de mecanismos efectivos de regulación y control.

El patrón temporal característico, típico, de los consumidores recreacionales y de la mayor parte de los instrumentales (clorhidrato de cocaína por vía intranasal y pasta de coca, Cochabamba) muestra la estabilidad del consumo a lo largo del tiempo, aunque no excluye ligeras oscilaciones (incrementos y decrementos del nivel de consumo: frecuencia y cantidad). Este patrón describe también el itinerario de los consumidores tradicionales y de la mayor parte de los instrumentales de hoja de coca (Cochabamba).

Aunque minoritariamente, esta evolución forma parte de los itinerarios incluidos en la muestra de Río de Janeiro: consumo más o menos estable de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa a lo largo del tiempo (son entrevistados del subtipo que ha logrado mantener ciertos vínculos sociales normalizados; en São Paulo, dos entrevistados muestran también esta estabilidad). Estos casos de consumo intravenoso con esta característica (carecen, además, de períodos intensivos en su itinerario de consumo) tienen un particular interés y su interpretación plantea algunos interrogantes relevantes: quizás no son consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa aunque probablemente lo son por vía intranasal (o consumen muy intensamente por esta vía); en este caso, habrían logrado un relativo control del consumo por vía intravenosa que explicaría el ajuste de su itinerario al patrón temporal estable. Estos casos, y los interrogantes que plantean, han sido ampliamente discutidos en el apartado 9.1 del capítulo 9, cuyo contenido incluye reflexiones conclusivas que han sido anticipadas por razones de coherencia temática.

En la muestra de Río de Janeiro existen otras evoluciones, muy minoritarias, que responden a casos similares a los anteriores, y que han sido clasificadas, a la luz de otros indicios, como patrones temporales irregulares (caracterizados por múltiples cambios en los niveles de consumo y distribuidos sin una pauta definida a lo largo del itinerario) o intermitentes (múltiples interrupciones y reinicios del consumo, sin una pauta definida). Estos patrones temporales, sobre todo el irregular, predominan claramente en la muestra de Ibadan (el consumo en esta ciudad presenta, en términos relativos, una mayor irregularidad).

Los patrones temporales irregulares e intermitentes reflejan casi la mitad de las evoluciones en la submuestra de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba). Estos patrones se distribuyen uniformemente en los tres tipos de consumo establecidos (recreacional, instrumental, disfuncional) pero no pueden equipararse.

Los consumidores disfuncionales cuyo patrón de consumo ha sido clasificado como irregular presentan varios períodos intensivos y, si hubiera destacado uno de ellos por encima de los restantes con claridad, su evolución habría sido considerada ajustándola a alguno de los patrones más comunes del consumo disfuncional (ascendente, descendente, ascendente/descendente). Esta dificultad de clasificación está estrechamente relacionada con la complejidad de los itinerarios reales de consumo y con la necesaria simplificación, por razones operativas, de los patrones temporales establecidos. En este sentido, por ejemplo, no debe interpretarse que el patrón ascendente/descendente refleja rígidamente un itinerario con un incremento continuo hasta un máximo, período intensivo, y un descenso continuo hasta la abstinencia y el abandono definitivo del consumo. Frecuentemente, el consumo se reinicia y puede seguir el mismo proceso hasta un nuevo máximo; y esto puede darse repetidas veces. Por ello, estos casos incluyen tanto evoluciones que encadenan patrones ascendente/descendente, y otras posibles combinaciones, como patrones irregulares en sentido estricto, como predominan en Ibadan, porque no se han podido diferenciar con claridad.

La interpretación de los patrones irregulares en los tipos instrumental y recreacional es distinta, aunque las razones que justifican el ajuste del itinerario de consumo a este patrón y no a otro son las mismas. En este caso se trata de entrevistados que presentan con bastante frecuencia cambios en el nivel de consumo pero los incrementos asociados a dichos cambios no constituyen, con claridad, períodos intensivos en sentido estricto. De nuevo, son situaciones que no han podido diferenciarse del todo y que incluyen: patrones realmente irregulares y otros que tienden a ser estables (evolución característica de los consumidores recreacionales) pero que no han sido considerados así por presentar una mayor variabilidad relativa.

El patrón intermitente presenta las mismas dificultades de clasificación: incluye patrones intermitentes en sentido estricto; consumos disfuncionales en los que ha prevalecido, para clasificarlos como intermitentes, la existencia de interrupciones del consumo por períodos prolongados; consumidores recreacionales con frecuentes interrupciones del consumo que podrían haberse clasificado como patrones estables (este patrón incluye la intermitencia característica de este tipo) pero que muestran una "intermitencia" diferenciada y no equiparable.

Por último, dado que los itinerarios de consumo son muy complejos y variables; y que, por tanto, su reconstrucción comporta serias dificultades no se puede excluir que una parte de la información que plantea mayores dificultades de interpretación, por su aparente incongruencia, muestre situaciones que de hecho son "anómalas", "peculiares" o "incoherentes" (remite a la complejidad de la realidad); tampoco puede excluirse, en este tema o en otros, que una parte de las supuestas "anomalías" sean producto de deficiencias en la recogida de la información o de la propia información. Por otra parte, como ya se ha explicado en la introducción de este apartado (10.1) y en el capítulo metodológico (capítulo 1), el análisis tiene límites y no siempre se puede aportar una interpretación consistente y plausible (que además siempre debe someterse a prueba); frecuentemente, a falta de una profundización posterior (teórica y empírica), sólo se puede dejar constancia de ciertos hallazgos y formular hipótesis al respecto.

Contexto de consumo

El consumo en el lugar de trabajo predomina entre los consumidores tradicionales de hoja de coca (Cochabamba) y es relevante en el consumo de tipo instrumental de clorhidrato de cocaína y pasta de coca (Cochabamba). La importancia relativa de este lugar de consumo no suele modificarse a lo largo de vida mientras los consumidores se mantienen laboralmente activos.

El consumo en ámbito privado (domicilios particulares) también es importante en la submuestra de la hoja de coca (consumo tradicional e instrumental, Cochabamba), en la de pasta de coca, sobre todo en las etapas iniciales de consumo, en la de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) y entre los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa de Río de Janeiro y São Paulo; también en la submuestra de crack de esta última ciudad. En Ibadan, este ámbito es secundario y en él se suele consumir clorhidrato de cocaína por vía intranasal.

En Ibadan predomina de forma estable a lo largo del tiempo el consumo en ámbito público (bares, discotecas y locales equivalentes). En este ámbito también consumen los entrevistados de los tipos recreacional, sobre todo, e instrumental de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal y el subtipo social-recreacional (consumo instrumental) de la submuestra de hoja de coca (Cochabamba). La importancia de este ámbito también se mantiene estable, en general, y sólo se incrementa con el tiempo

en el caso de los consumidores recreacionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba).

El consumo en la calle sólo predomina en el subtipo de los chicos de la calle (pasta de coca, Cochabamba) y en una parte importante de los restantes consumidores disfuncionales de pasta de coca, especialmente durante los períodos intensivos. En São Paulo, y en menor medida en Río de Janeiro y Cochabamba (pasta de coca), los consumidores disfuncionales si no consumen en ámbito privado lo hacen en lugares aislados y ocultos (casas deshabitadas y lugares similares). Esta tendencia se acentúa en los períodos intensivos.

A excepción del consumo tradicional de hoja de coca (Cochabamba) en el que predomina el consumo con compañeros de trabajo y familiares -que frecuentemente coinciden, en el caso de los agricultores-, en las restantes muestras y submuestras destaca especialmente el consumo con amigos y conocidos. Esta característica se mantiene a lo largo del tiempo, sin grandes cambios, en Ibadan y en los consumidores recreacionales e instrumentales de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal. Cuando el consumo es de tipo disfuncional el círculo de consumo se reduce progresivamente y los compañeros de consumo (personas vinculadas esencialmente por el propio consumo) pasan a primer plano; también, destaca el consumo en solitario (aislamiento e incluso fragilización o ruptura de los vínculos con otros consumidores). Todas estas transformaciones se acentúan en los períodos intensivos. En este aspecto, como excepción, los chicos de la calle (pasta de coca, Cochabamba), por sus especiales características, mantienen de forma relativamente estable sus relaciones sociales (grupos de iguales, consumidores y no consumidores).

Un proceso similar se observa en las actividades en las que se consume: predominio de actividades laborales y, secundariamente, rituales y de sociabilidad (hoja de coca, Cochabamba); laborales, de sociabilidad y festivas (consumidores instrumentales de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína, Cochabamba); sociabilidad y festivas en los restantes casos. El consumo en estas actividades se mantiene estable a lo largo del tiempo o se transforma en las mismas situaciones y por las mismas causas que la relación con las personas con las que se consume. Cuando el consumo es disfuncional cualquier otra actividad pierde relevancia o queda anulada y la única actividad es el consumo en sí mismo (se convierte en el centro de gravedad del estilo de vida). Este proceso es menos acentuado, en términos relativos, en la submuestra de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, sobre todo, y en el subtipo de consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa que logran mantener ciertos vínculos sociales normalizados (São Paulo y Río de Janeiro).

Contexto de obtención

A excepción de la hoja de coca, que se obtiene en el mercado legal y normalizado (Cochabamba), los consumidores entrevistados obtienen los restantes derivados de la coca analizados en un circuito ilegal y criminalizado, normalmente en los niveles más bajos de la (compleja) red de distribución (tráfico).

Algunos entrevistados son consumidores/traficantes (a pequeña escala) o participan en algún grado, como "correos" entre traficantes y otros consumidores (São Paulo, Río de Janeiro), en la red de distribución; o han trabajado en la primera fase del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína, en la maceración de la hoja de coca con gasolina "pisándola" (Cochabamba). Otros (Cochabamba, Río de Janeiro, São Paulo y, sobre todo, Ibadan), elaboran el crack que consumen (proceso de "cocinado" a pequeña escala del clorhidrato de cocaína). La submuestra de hoja de coca

(Cochabamba) incluye también algunos campesinos productores de hoja de coca y otros entrevistados cuyo trabajo, legal, es su transporte desde las zonas productoras (Chapare) hasta los mercados en las ciudades (Cochabamba) o su venta al por menor en ellos.

La obtención de los diversos derivados de la coca analizados es relativamente fácil en las distintas situaciones analizadas. Los entrevistados sólo destacan como dificultades -obvias, por otra parte- el desconocimiento del funcionamiento de la red de distribución, la falta de contactos en ella o la carencia de dinero para efectuar la compra. En general, cuanto más importante es el consumo para los consumidores su conocimiento del funcionamiento de la red de tráfico a pequeña escala es mayor y tienen un número más elevado de contactos (distribuidores). Lo esencial es garantizar el abastecimiento y conseguir la mejor relación calidad-precio que sea posible.

En Cochabamba la pasta de coca es más fácil de obtener que el clorhidrato de cocaína y no existe un mercado de crack. En Río de Janeiro la oferta de crack es muy limitada; por el contrario, en São Paulo, la distribución de este derivado está particularmente extendida. El crack es mucho más fácil de encontrar, en términos relativos, que el clorhidrato de cocaína (como ya se ha avanzado, éste también se encuentra con facilidad si se tienen los contactos adecuados). Esta diferencia tan acentuada en la oferta de los derivados de la coca en dos ciudades cercanas geográficamente sólo es explicable como resultado de estrategias de mercado distintas. En ambos casos, al igual que en las otras situaciones, el mercado se rige por la misma lógica: rentabilidad y obtención del máximo beneficio. En Ibadan el mercado ofrece indistintamente crack y clorhidrato de cocaína.

En Cochabamba la redes de distribución de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína están diferenciadas y en la mayoría de los puntos de venta sólo se encuentra uno u otro derivado. No obstante, en otros, también se venden ambos derivados de la coca y/o marihuana. La venta de hoja de coca no tiene ninguna relación con la de los otros derivados, como ya se ha explicado, y los pequeños comerciantes que se dedican a ello venden también "lejías" (necesarias para facilitar la extracción del alcaloide al aculicar) y los cigarrillos de tabaco artesanales que se utilizan conjuntamente con la hoja de coca en algunos rituales de la cultura tradicional andina.

En Ibadan predomina la venta conjunta de clorhidrato de cocaína, crack y heroína; en otros casos, también de marihuana (la oferta de esta droga supera claramente a la de cualquier otra droga ilegal).

En São Paulo la penetración del crack ha sido tan intensa que ha desplazado -y en muchos puntos de venta, remplazado- a la marihuana (droga ilegal con una mayor presencia en el mercado antes de la llegada del crack). Esta oferta predominante y, frecuentemente, casi exclusiva del crack, si se mantiene, puede representar que este derivado de la coca se convierta, a corto plazo, en la droga ilegal de inicio. La distribución del clorhidrato cocaína funciona separadamente, con un menor número de puntos de venta, y la venta conjunta de ambos derivados de la coca es poco frecuente. En Río de Janeiro el mercado ofrece conjuntamente clorhidrato de cocaína y marihuana en la mayor parte de los puntos de venta; en otros, frecuentemente, también anfetaminas.

Solamente los entrevistados en Cochabamba refieren que la intervención de la policía, y de otras fuerzas de represión del narcotráfico, incide disminuyendo temporalmente la oferta de los derivados de la coca, incluso de la hoja de coca. Dejando al margen este aspecto, en todas las situaciones analizadas el mercado se caracteriza por un funcionamiento bastante regular, sin variaciones importantes en la oferta. Como

excepción, la oferta de hoja de coca disminuye, y ésta se encarece, en la estación de las lluvias; respecto a los otros derivados, en todas las ciudades, el único cambio destacable que se produce en la oferta es la mayor actividad del mercado durante la noche.

En las distintas muestras y submuestras analizadas se observan regularidades y diferencias en el funcionamiento de la red de tráfico a pequeña escala. La venta callejera predomina en el caso de la pasta de coca (Cochabamba), crack (Sao Paulo) y clorhidrato de cocaína (Río de Janeiro). Los pequeños traficantes desarrollan su actividad en zonas concurridas y especialmente en barrios y zonas marginales: en Brasil en las denominadas "favelas"; en Cochabamba, en el cauce del río que atraviesa la ciudad. La compra en el domicilio de los traficantes predomina en Ibadan y es frecuente en el caso de la pasta de coca (Cochabamba); también, aunque de forma más minoritaria, de clorhidrato de cocaína en Cochabamba y Sao Paulo (en esta última ciudad sólo la obtienen así los clientes de confianza).

En Cochabamba, el clorhidrato de cocaína suele encargarse por teléfono y los pequeños traficantes, o sus correos, lo entregan a domicilio. Esta práctica también existe en Sao Paulo y Río de Janeiro aunque sólo suele darse cuando los clientes pertenecen a las clases altas (población integrada y normalizada; esencialmente, consumidores por vía intranasal). La distribución en ámbito público (bares, discotecas y locales similares) es menos frecuente (Cochabamba, Ibadan).

Las relaciones de los consumidores con los traficantes suelen ser estrictamente comerciales. Cuando los entrevistados afirman que los traficantes son sus "amigos" o "conocidos" debe entenderse, en general, que se trata de relaciones de confianza mutua para garantizar la seguridad y, sobre todo, para evitar el engaño en la compra y obtener el mejor producto posible.

En Sao Paulo, sobre todo, y en Río de Janeiro los entrevistados citan frecuentemente que una parte de la policía "tolera" el tráfico (expresa complicidad y corrupción) e, incluso, que participan activamente en él en los puntos de venta bajo su control. En ambas ciudades el tráfico a pequeña escala está controlado por mafias, rígidamente organizadas, que actúan con extrema violencia contra los consumidores infractores de las normas que ellos imponen y que, frecuentemente, se enfrentan entre sí, fuertemente armadas, por el control de las zonas de venta (especialmente, en Río de Janeiro). Como ejemplo de esta situación, en Río de Janeiro los puntos de venta en las "favelas" (tráfico a pequeña o mediana escala) están protegidos por hombres armados con fusiles de asalto; la entrada en las "favelas" de personas no "conocidas", sean o no consumidores, constituye un riesgo claro. Por ello, los consumidores evitan la compra directa en las "favelas" y utilizan los servicios de "correos" o compran el clorhidrato de cocaína a pequeños distribuidores, denominados "vapores de asfalto", que pueden acceder sin problemas a los puntos de venta (éstos suelen comprar cantidades pequeñas que luego revenden a unos cuantos clientes, más o menos fijos).

Razones y funciones del consumo

En el consumo tradicional de la hoja de coca (Cochabamba) la razón principal del consumo está asociada al trabajo (la hoja de coca como energético) y su función es incrementar la productividad; también, aminorar o combatir las sensaciones de hambre, fatiga, sueño o frío. Las razones de tipo cultural (rituales, simbólicas) son muy relevantes y, secundariamente, en términos relativos, el consumo desempeña un papel importante en la sociabilidad. A otro nivel, una parte de estas razones y funciones (energéticas, recreacionales o medicinales) prevalecen en los respectivos

subtipos del consumo instrumental. En la mayor parte de los casos las razones y funciones del consumo, consideradas conjuntamente, se mantienen estables a lo largo del tiempo; no obstante, sí suele variar la importancia relativa de un uso u otro en función de los cambios que se producen en las circunstancias del consumo (por ejemplo, el uso como energético pierde importancia cuando disminuye la actividad laboral).

En general, en los restantes derivados analizados predomina, en las fases iniciales de consumo, la mejoría de la sociabilidad y el incremento o prolongación de la diversión y las sensaciones placenteras. En algunos casos, prevalece o es relevante el consumo por razones estrictamente hedonistas (Sao Paulo, Río de Janeiro; pasta de coca, Cochabamba), como energético para incrementar la productividad en el trabajo (consumidores de tipo instrumental de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba), para combatir la embriaguez (consumidores recreacionales de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba), para combatir o escapar de problemas existenciales o emocionales (disfuncionales de pasta de coca, Cochabamba), por presión de grupo (crack y clorhidrato de cocaína fumado o inhalado, Ibadan) o como instrumento de cohesión e integración grupal (pasta de coca, Cochabamba; clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, Río de Janeiro).

Las razones y funciones ahora citadas se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo en los consumidores de los tipos recreacional e instrumental de pasta de coca y clorhidrato de cocaína (Cochabamba); no obstante, entre ellos es frecuente, sobre todo en el consumo instrumental, que esta estabilidad se vea alterada eventualmente por crisis emocionales o de otro tipo: el consumo suele incrementarse, períodos intensivos, y el motivo principal ya no es la mejoría de la diversión o el incremento de la productividad sino la neutralización de un malestar.

Esta estabilidad relativa de las razones y funciones a lo largo del itinerario de consumo se observa también en la muestra de Ibadan: predominio del consumo para incrementar la diversión o mejorar la sociabilidad. No obstante, aunque en un grado desconocido, se observan evoluciones en las que prevalece, temporalmente o durante todo el itinerario, el consumo por razones puramente hedonistas, con finalidad eminentemente instrumental, como vía o medio para escapar de un malestar y, en algunos casos, la propia necesidad del consumo (compulsión y dependencia).

En el caso de los consumidores disfuncionales las razones y funciones principales del consumo en las fases iniciales, frecuentemente de duración muy breve, quedan relegadas prevaleciendo como razón del consumo la propia necesidad de consumir (compulsión y dependencia); de hecho, se convierte en la razón exclusiva. Asimismo, la única función del consumo es neutralizar el ansia (*craving*). Esta característica se observa de forma menos agudizada, en términos relativos, en los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba).

Efectos positivos del consumo

Los entrevistados de la submuestra de hoja de coca refieren como efectos positivos inmediatos la disminución de la sensación de fatiga y el incremento de la motivación para el desempeño de las actividades laborales. Secundariamente, destacan el sabor agradable de la hoja de coca y sus virtudes medicinales. Estos efectos y su valoración se mantienen estables a lo largo del tiempo.

En los restantes derivados y vías de administración analizados predominan los efectos de tipo psicológico y en las funciones mentales e intelectivas, incrementando o

generando sensaciones o sentimientos de: lucidez, euforia, omnipotencia, desinhibición, capacidad para comunicarse (mejoría de la sociabilidad), locuacidad, felicidad y estados placenteros. Los consumidores de crack y de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (Río de Janeiro, Sao Paulo) destacan especialmente la sensación de placer muy intensa que produce el consumo. Los chicos de la calle (pasta de coca, Cochabamba) señalan como efectos positivos la disminución de las sensaciones de hambre, sueño y frío. También son citados el incremento del deseo sexual (clorhidrato de cocaína por vía intranasal y pasta de coca, Cochabamba), de la productividad (consumidores instrumentales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba) y la disipación de las preocupaciones y del malestar emocional o existencial.

La mayoría de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba), sobre todo los consumidores de los tipos recreacional e instrumental, afirma que estos efectos se mantienen a lo largo del tiempo. Esta estabilidad es una constante en las submuestras de pasta de coca (Cochabamba), crack (Sao Paulo) y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (Sao Paulo, Río de Janeiro); no obstante, cuando el consumo es disfuncional, la intensidad de los efectos negativos (ansia, paranoia) minimizan cualquier efecto positivo y prevalecen sobre ellos. Este hecho es destacado especialmente por los entrevistados en Sao Paulo: la intensa sensación de placer asociada al primer consumo no se reproduce al mismo nivel en los siguientes en la misma sesión y en su transcurso predominan los efectos negativos y la compulsión.

En Ibadan, la mayor parte de los entrevistados afirma que los efectos positivos inmediatos asociados al consumo de crack o de clorhidrato de cocaína, fumado o inhalado, varían a lo largo del tiempo y, especialmente, según las circunstancias del consumo: éstos mejoran cuando el consumo se produce en lugares y situaciones tranquilos. La búsqueda de estas condiciones para el consumo constituye una estrategia para potenciar dichos efectos; también, con el mismo objetivo, es frecuente la utilización de otras drogas (alcohol).

El consumo combinado de los derivados de la coca con otras drogas (alcohol; y secundariamente, marihuana) como estrategia para mejorar o prolongar sus efectos positivos aparece en las restantes muestras y submuestras, a excepción del caso de la hoja de coca, aunque con una relevancia diversa: más frecuente en el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) e intravenosa (Sao Paulo y Río de Janeiro, predominando una función reguladora de efectos); minoritariamente, en la submuestras de pasta de coca (Cochabamba) y crack (Sao Paulo). El consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína (Sao Paulo y Río de Janeiro) también se combina, a veces, con el consumo intranasal para regular los efectos. Otros entrevistados consideran que la única estrategia para incrementar o prolongar los efectos positivos es aumentar el consumo (disfuncionales de pasta de coca, Cochabamba).

Efectos negativos del consumo

Prácticamente ningún entrevistado de la submuestra de hoja de coca (Cochabamba) refiere efectos negativos relevantes. Sólo una minoría cita que el acullico, en algunas ocasiones, deja un sabor u olor desagradable en la boca o valora negativamente sus efectos anestésicos locales.

En los restantes derivados de la coca y métodos de administración analizados casi todos los entrevistados relatan efectos negativos. En general, los efectos citados

tienden a incrementarse con el paso del tiempo y se acentúan cuando el consumo aumenta (Ibadan, Río de Janeiro; clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba). En otros casos, los principales efectos negativos siempre son asociados al consumo y son percibidos de forma tan intensa desde sus fases iniciales que éstos se mantienen invariables (consumidores disfuncionales de pasta de coca, Cochabamba; y de crack, en São Paulo).

En las submuestras de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) se observa con claridad que los consumidores de los tipos recreacional e instrumental refieren un menor repertorio de efectos negativos; y cuando éstos son citados, son de menor intensidad que los referidos por los consumidores disfuncionales. Asimismo, una parte de los consumidores recreacionales afirma que nunca ha experimentado efectos negativos.

Los efectos físicos más destacados en Cochabamba (pasta de coca, clorhidrato de cocaína) son: dolor de cabeza, náuseas, vómitos, sudoración excesiva, dificultades respiratorias, insomnio; también, dolor en la garganta y en el tabique nasal (consumo intranasal de clorhidrato de cocaína) y debilidad, temblores y contracciones musculares (pasta de coca). En Ibadan, destacan los vómitos y mareos (atribuidos por los entrevistados a las sustancias adulterantes). En Río de Janeiro y São Paulo el efecto físico más destacado por los consumidores de cocaína por vía intravenosa es la intensa sequedad que el consumo produce en la boca (lo contrarrestan con el consumo de alcohol); secundariamente, los dolores en las venas.

Los efectos psicológicos predominantes son la ansiedad (es el único efecto psicológico citado en Ibadan), ansia de consumo (*craving*), paranoia y depresión. Todos estos efectos se dan con una especial intensidad en el consumo de crack (São Paulo); también, aunque con una intensidad algo menor, en el consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína (São Paulo, Río de Janeiro). La paranoia sobresale en el consumo disfuncional de pasta de coca (es considerado el efecto más negativo); y la depresión, en el disfuncional de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (los entrevistados la asocian a la ansiedad, decaimiento físico e irritabilidad). Ningún consumidor instrumental de clorhidrato de cocaína refiere la depresión como efecto del consumo (sí, ansiedad e irritabilidad); y los recreacionales, no citan efectos negativos de tipo psicológico (Cochabamba). Las alteraciones senso-perceptivas sólo aparecen en el consumo disfuncional de pasta de coca (Cochabamba).

Es frecuente que estos efectos sean contrarrestados con el consumo de alcohol y marihuana; minoritariamente, también se utilizan otras drogas: tranquilizantes menores, analgésicos y heroína (sólo en Ibadan). Los consumidores de crack para atenuar la sensación de paranoia se refugian en lugares silenciosos y permanecen inmóviles (São Paulo). La utilización de otras estrategias para poder relajarse y dormir, sin utilizar drogas, sólo es citada por los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba).

El ansia de consumo (*craving*) es muy intenso en los consumidores disfuncionales; especialmente, en los de crack (São Paulo), clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (São Paulo, Río de Janeiro) y pasta de coca (Cochabamba). En todos estos casos, según los entrevistados, es la causa principal de las recaídas y dificulta (imposibilita) el abandono del consumo por sí mismos, siquiera temporalmente. Aunque este aspecto también es destacado por los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) su intensidad parece menor, en términos relativos. En esta submuestra algunos consumidores de tipo instrumental también lo han experimentado aunque de forma considerablemente más leve; de hecho, interrumpen el consumo y evitan su reinicio con relativa facilidad (frecuentemente, distanciándose del círculo de

consumo). Los consumidores recreacionales interrumpen el consumo frecuentemente, con facilidad y sin problemas, y ninguno de ellos dice haber sentido ansia de consumo. Este aspecto carece de relación con el consumo de hoja de coca (Cochabamba). Por otra parte, la incidencia del ansia de consumo en los entrevistados de Ibadan se desconoce.

En Río de Janeiro y Sao Paulo los consumidores de crack o de clorhidrato por vía intravenosa suelen consumir clorhidrato de cocaína por vía intranasal como estrategia para combatir el ansia de consumo.

Consecuencias positivas o ventajas en la salud y en aspectos relevantes de la vida social

En este tema se analiza y compara la información obtenida, opiniones y valoraciones, en relación a la incidencia positiva del consumo, a lo largo de la vida, en la salud o en las funciones físicas y mentales de los entrevistados y en aspectos relevantes de su vida: estudio, trabajo, economía, sociabilidad, relaciones sexuales, seguridad, capacidad para hacer frente a las exigencias que comporta la vida en sociedad; también, cuáles de estos aspectos han mejorado gracias al consumo.

Cuando las consecuencias positivas del consumo son consideradas en general se obtiene ya una imagen clara de las diferencias existentes entre las muestras y submuestras y según los tipos de consumo establecidos: todos los consumidores de hoja de coca (Cochabamba) afirman que el consumo comporta consecuencias positivas o ventajas; también, una parte importante de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (por el predominio de los consumidores recreacionales e instrumentales en la submuestra, Cochabamba). Por el contrario, en las submuestras en las que predominan los consumidores disfuncionales o todos ellos lo son (pasta de coca, Cochabamba; crack, Sao Paulo; clorhidrato de cocaína por vía intravenosa, Sao Paulo y Río de Janeiro) y en la muestra de Ibadan sólo una minoría refiere consecuencias positivas.

Los consumidores de hoja coca consideran que el consumo tiene consecuencias positivas en los siguientes aspectos (en orden decreciente; como mínimo son afirmados por la mitad de la submuestra): sociabilidad (incluye integración cultural y pertenencia), trabajo (incremento de la productividad), salud (porque fortalece y por sus propiedades medicinales), capacidad para hacer frente a las exigencias que comporta la vida en sociedad (incrementa el coraje y fortalece el ánimo), estudios (mejoría de la capacidad de concentración), economía (indirectamente, por su incidencia en el trabajo; directamente, como trabajo: producción, transporte y venta), evitación de accidentes (incrementa la alerta y disminuye el cansancio y el sueño). Sólo una minoría afirma que ninguno de los aspectos analizados ha mejorado en su vida gracias al consumo; la mayoría destaca el trabajo, la sociabilidad y la integración socio-cultural.

Sólo los consumidores instrumentales y recreacionales (pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba) y una parte de los entrevistados en Ibadan afirman, con una cierta relevancia, que el consumo comporta consecuencias positivas: sociabilidad, estudios, trabajo. En los consumidores disfuncionales sólo destaca su importancia como medio para enfrentarse al peligro, para sobrevivir (pasta de coca, Cochabamba), o porque el consumo anula su percepción de riesgo ante cualquier situación real o potencialmente peligrosa (Sao Paulo). Las ventajas económicas sólo son señaladas en relación al tráfico. En Ibadan la mayor parte de los entrevistados no jerarquiza ni aporta información sobre qué aspectos de su vida han mejorado gracias

al consumo. Todos los consumidores disfuncionales en todas las submuestras, salvo alguna excepción, afirman que el consumo no les ha comportado ninguna consecuencia positiva.

Consecuencias negativas o desventajas en la salud y en aspectos relevantes de la vida social

Aquí se analiza y compara la incidencia negativa del consumo en los mismos aspectos que en el tema anterior; también, si el consumo ha comportado o no problemas con la policía o de tipo penal.

Coherentemente, los resultados obtenidos muestran el reverso de lo ya analizado. Todos o casi todos los consumidores disfuncionales refieren consecuencias negativas y éstas son más generalizadas y graves en las submuestras de crack (Sao Paulo), clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (Sao Paulo y Río de Janeiro), pasta de coca (Cochabamba); también, aunque con una menor intensidad relativa, en la de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba). En esta última submuestra más de una tercera parte de los entrevistados considera que el consumo no comporta consecuencias negativas, en general (son consumidores recreacionales, sobre todo, e instrumentales); en Ibadan, la situación es similar. Por último, sólo una pequeña minoría de los consumidores de hoja coca afirma que el acullico tiene consecuencias negativas; además, salvo alguna excepción, éstas no tienen relación con el consumo o la tienen indirectamente: rechazo/desprecio por parte de no acullicadores; problemas con la policía cuando transportan cargas de hoja de coca para su venta (aunque es una actividad legal); discusiones durante la compra-venta de la hoja de coca (equivalentes a las que se producen siempre que se acepta la práctica del regateo).

Aunque los consumidores instrumentales y recreacionales de pasta de coca y de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) también consideran que el consumo comporta consecuencias negativas, éstas son claramente más leves que en los disfuncionales y no se producen en todos los aspectos aquí considerados. De hecho, en ninguno de ellos son equiparables.

Cuando el consumo es disfuncional éste es incompatible con el seguimiento de los estudios o con el desempeño regular de actividades laborales, acordes o no con la cualificación profesional (ya ha sido señalado, como caso distintivo, el subtipo de consumidores de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa que mantienen ciertos vínculos normalizados, Sao Paulo y Río de Janeiro). El quebranto económico que produce el consumo es claro en todos los casos de consumo disfuncional y, en general, en la muestra de Ibadan.

El consumo disfuncional comporta un claro deterioro de la salud: adelgazamiento y desnutrición (en todos los casos); dolor de cabeza crónico; deterioro de la dentadura (pasta de coca); deterioro de la memoria y de la capacidad de concentración (generalizado); problemas en las vías respiratorias (pasta de coca, crack); úlceras en las venas e infecciones, hepatitis y sida (consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína, Sao Paulo y Río de Janeiro). En Sao Paulo más de la mitad de la submuestra es portadora del VIH aunque ninguno de estos entrevistados lo consideró como la principal consecuencia negativa del consumo. En los consumidores instrumentales y recreacionales los problemas de salud suelen ser leves (pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal, Cochabamba).

Conflictos y rupturas de las relaciones familiares, fragilización y ruptura de las relaciones sociales normalizadas: comporta exclusión y marginalización. Estas

consecuencias se dan con una menor intensidad relativa en los consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) y, aunque más acentuadamente, en el subtipo del consumo intravenoso ya citado (Sao Paulo, Río de Janeiro). En otros casos, chicos de la calle (pasta de coca, Cochabamba), esta situación es previa al consumo y éste contribuye a agudizarla. Estas consecuencias no se dan en los consumidores recreacionales e instrumentales de pasta de coca o de clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba).

Una tercera parte de los consumidores disfuncionales de pasta de coca afirman que afecta negativamente a las relaciones sexuales: pérdida de interés; otros casos, refieren que favorece la promiscuidad. Casi todos los entrevistados en Sao Paulo y la mayoría de Río de Janeiro dicen que produce anorgasmia e impotencia.

A excepción de los consumidores recreacionales e instrumentales de pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba), predominan los entrevistados que citan como consecuencias negativas del consumo el incremento de la violencia, de los accidentes y los problemas con la policía (violencia, detenciones) o penales (encarcelamiento). En muchos casos, debe considerarse que estas consecuencias forman parte del contexto en el que los consumidores disfuncionales están inmersos y no necesariamente tienen una relación directa con el consumo. En Sao Paulo y Río de Janeiro casi todos los consumidores afirman que el consumo "pasiviza" y que las reacciones agresivas o violentas relacionadas directamente con el consumo, y no con el tráfico o el contexto, se producen por el descontrol asociado al ansia de consumo (*craving*).

Prácticamente todos los consumidores de crack y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa (Sao Paulo), la mayoría de los de Río de Janeiro (consumo intravenoso) y una tercera parte de los consumidores de pasta de coca (Cochabamba) afirman que todos los aspectos considerados se han visto seriamente perjudicados por el consumo. Los restantes consumidores disfuncionales en estas submuestras destacan las consecuencias en la salud. Además, en Río de Janeiro, en la economía y en las relaciones sociales en general (pérdida de credibilidad); y en Cochabamba, en las relaciones familiares y sociales y como causa de marginalidad y violencia. En el caso del consumo disfuncional del clorhidrato de cocaína por vía intranasal (Cochabamba) la consecuencia negativa más relevante son los problemas con la familia; secundariamente, el deterioro de las relaciones sociales en general. La mayor parte de los entrevistados en Ibadan no aporta información sobre qué aspectos de su vida se han visto particularmente perjudicados por el consumo. La minoría que los jerarquiza destaca el trabajo y los estudios.

Percepciones de riesgo

El interés aquí es conocer si el consumo es percibido o no como problemático o peligroso y cuáles son sus rasgos caracterizadores; si existe o no un consumo controlado y, en caso de existir, qué rasgos lo definen; si el consumo genera siempre dependencia o si ésta sólo se da en determinadas circunstancias. Estos aspectos, todos ellos muy importantes, han sido analizados y discutidos de forma amplia y matizada en el apartado 9.1 del capítulo 9, que incluye ya reflexiones conclusivas. Por esta razón, y para evitar una reiteración innecesaria o una simplificación de su contenido, estos aspectos no son incluidos aquí (ver apartado 9.1).

Conocimiento de los servicios de tratamiento

En los distintos centros participantes en el proyecto no existen servicios de tratamiento especializados en los derivados de la coca. Por ello, toda la información obtenida se refiere al conocimiento que tienen los entrevistados sobre los servicios o instituciones que tratan problemas relacionados con las drogas en general.

Prácticamente todos los consumidores de hoja de coca (Cochabamba) desconocen su existencia. En la submuestra de pasta de coca este desconocimiento predomina y sólo los consumidores de clorhidrato de cocaína muestran un mayor conocimiento de los servicios, aunque limitado.

En Ibadan, Río de Janeiro y Sao Paulo la mayor parte de los entrevistados sí cita los principales servicios e instituciones existentes; no obstante, a excepción de los que los han utilizado, al igual que sucede en Cochabamba, su conocimiento se limita a su identificación (incluye también confusiones: referencias a instituciones especializadas en la prevención que son citadas como servicios de tratamiento).

En todos los casos el desconocimiento es todavía mayor en relación al abordaje terapéutico o a los programas de tratamiento que dichos servicios ofrecen.

Cuando estos servicios y programas son valorados los entrevistados consideran, de forma predominante, que su eficacia depende principalmente de la voluntad del consumidor (reconocimiento de que necesitan ayuda y decisión firme de abandono del consumo) y de que la demanda de tratamiento la realicen ellos mismos, voluntariamente, sin presiones externas (pasta de coca, Cochabamba; Ibadan, Sao Paulo y Río de Janeiro).

En la muestra de Sao Paulo predominan las valoraciones negativas y los entrevistados se muestran particularmente críticos con las intervenciones terapéuticas coercitivas o amenazantes y con las que moralizan. A pesar de ello, afirman que se recurre a dichos servicios porque es la única vía para lograr la abstemia. En Río de Janeiro, las valoraciones más críticas las formulan una parte de los entrevistados que nunca han recibido tratamiento; no obstante, en general, predominan las valoraciones positivas.

En algunos casos el rechazo al tratamiento expresa la dificultad de los entrevistados para reconocer que necesitan ayuda (esta dificultad es bastante común entre los consumidores aunque los problemas sean evidentes) o el temor a ser identificados como dependientes y ser estigmatizados por ello (Río de Janeiro).

Utilización de los servicios de tratamiento

Ningún entrevistado de la submuestra de hoja de coca (Cochabamba) ha tenido problemas causados por este derivado y, por tanto, ninguno de ellos ha buscado nunca ayuda o tratamiento. Asimismo, tampoco conocen a alguien que lo haya hecho, ni siquiera por referencias. Sólo un entrevistado de esta submuestra ha recibido tratamiento por problemas de alcoholismo.

Más de la mitad de los consumidores de pasta de coca (Cochabamba) ha recibido tratamiento o asistencia por problemas relacionados, directa o indirectamente, con el consumo de drogas. En general, el tratamiento recibido se limita a la atención de necesidades básicas (cobijo y alimentación) y de ciertos problemas de salud asociados (es el tipo de asistencia que prestan casi todos los servicios existentes). Algo menos de la cuarta parte de los consumidores de clorhidrato de cocaína por vía

intranasal también ha recibido tratamiento por este derivado o a causa del consumo de alcohol; más frecuentemente por otros problemas asociados (conflictos familiares) que por problemas de salud en sentido estricto. En estos casos predomina la intervención terapéutica profesional. Todos los entrevistados que han recibido algún tipo de tratamiento o asistencia, frecuentemente por imposición (pasta de coca), los valoran positivamente.

La mitad de los entrevistados en Ibadan ha recibido tratamiento; de ellos, la mitad (representan la cuarta parte de la muestra), por problemas relacionados con el consumo de crack o de clorhidrato de cocaína. En este centro participante conviene destacar que sólo reciben tratamiento las personas que pueden pagar; por ello, estos casos, no son necesariamente un indicador de que estos consumidores han tenido más problemas que otros sino de la respuesta y capacidad económica de sus respectivas familias. En términos relativos en las muestras de Sao Paulo y Río de Janeiro los entrevistados refieren una mayor variedad de servicios de atención y de abordajes terapéuticos (profesionales y de otras orientaciones; incluye grupos de autoayuda). En Sao Paulo la mayoría de los entrevistados ha recibido algún tipo de tratamiento (incluye desintoxicaciones hospitalarias); y en Río de Janeiro, una tercera parte de la muestra.

En la aceptación del tratamiento por parte de los entrevistados la presión que ejercen las familias parece decisiva en la mayor parte de los casos.

Por otra parte, en todos los centros analizados los entrevistados expresan que los servicios de atención a las drogodependencias tienen medios insuficientes, materiales y de profesionales cualificados.

Consumo intravenoso: prácticas de riesgo

Con anterioridad a la difusión de la información relativa al sida y a los riesgos que comporta el consumo por vía intravenosa, como práctica de riesgo, la mayor parte de los consumidores de clorhidrato de cocaína por esta vía compartían sin limitaciones ni reservas las jeringuillas, agujas y los otros utensilios que se utilizan durante el consumo. Asimismo, las jeringuillas y agujas eran reutilizadas sin desinfectar y los entrevistados no solían adoptar medidas higiénicas de ningún tipo (Río de Janeiro, Sao Paulo).

En la actualidad, todos ellos conocen estos extremos y han modificado su comportamiento tomando las precauciones pertinentes. El problema, sin embargo, es que durante las sesiones de consumo suelen perder el control y el mantenimiento de estas medidas es, en la práctica, inviable. Este hecho es una constante en la submuestra de Sao Paulo; en Río de Janeiro, en cambio, casi la mitad de los entrevistados afirma que desde que tuvo conocimiento de la epidemia del sida no ha vuelto a compartir las jeringuillas o las agujas con otros consumidores (indica, de nuevo, su aparente mayor grado de "normalización"). En esta misma muestra la mayoría de los entrevistados que sí las comparten afirma que las desinfectan antes de su reutilización; no obstante, el método utilizado es ineficaz (lavado con agua corriente).

10.2 Conclusiones

El cultivo del arbusto de la coca es la base de la economía de subsistencia de numerosos campesinos en Bolivia. Se trata de un cultivo muy eficiente porque es relativamente sencillo, produce tres o cuatro cosechas anuales y satisface una demanda interna (legal), asegurada por los múltiples usos de la hoja de coca en la cultura tradicional andina. También, el transporte de la hoja de coca a los mercados y la venta al por menor en ellos (ambas actividades son legales) genera empleos que permiten el sustento, siempre precario, de pequeños comerciantes y sus familias.

La hoja de coca sigue desempeñando múltiples funciones y su consumo (acullico) y diversos usos están plenamente integrados en la cultura tradicional y en la cosmovisión andinas. La mayor parte de los consumidores (consumo tradicional) se ajusta a este modelo de uso y para ellos la hoja de coca ocupa un lugar importante en todos los aspectos de su vida.

Los principales usos de la hoja de coca son los siguientes:

Energético (es el predominante): consumo para incrementar el rendimiento en el trabajo y para combatir el cansancio, el sueño y el frío. Durante el trabajo, además, el acullico estructura los períodos de actividad y descanso. A pesar de que disminuye la sensación de hambre la hoja de coca no se considera un alimento, aunque aporte minerales y vitaminas, y sólo sustituye a la comida en casos de carencia.

Medicinal: para tratar enfermedades orgánicas, por sus propiedades químicas, en infusiones, jarabes y emplastos; para diagnosticar y tratar enfermedades delimitadas culturalmente, consideradas de etiología sobrenatural, de naturaleza psicosomática y que expresan conflictos interpersonales o de la estructura social.

Mágico-religioso: para comunicarse con el mundo sobrenatural y conseguir su protección. Se utiliza en las prácticas de adivinación para prevenir o conocer las causas del infortunio y en todos los rituales mágico-religiosos; especialmente, en ofrendas a la Pachamama, que personifica y espiritualiza a la Tierra, para obtener alimentos suficientes, proteger la salud y preservar de daños el espacio que habitan.

Social: para mantener la cohesión social y la cooperación entre los miembros de la comunidad. También desempeña un papel importante en todas las ceremonias comunitarias, en los intercambios recíprocos de trabajo y en las relaciones de sociabilidad.

En el consumo de tipo instrumental, predominante en las ciudades y en consumidores no pertenecientes a las culturas quechua o aymara, el conjunto de rasgos que componen la cultura tradicional de la hoja de coca presenta modificaciones debidas a procesos de aculturación y de adaptación a formas de vida de la sociedad moderna. Como resultado de estos procesos algunos usos tradicionales son irrelevantes o se han perdido y otros han variado su significación y dimensión originales. En este tipo de consumo se encuentran consumidores que se ajustan, en diversos grados, al modelo tradicional de uso, que mantienen o privilegian sólo determinados usos (energéticos, medicinales), que desconocen completamente los ritos y costumbres andinos; o que los conocen, pero no los practican. Otro aspecto relevante es la defensa de la hoja de coca como símbolo de identidad y pertenencia; también, por parte de no usuarios o consumidores su rechazo por identificarla con una forma de vida atrasada y propia de indígenas (expresa un prejuicio).

Los consumidores valoran positivamente, en diversos grados, los efectos beneficiosos de la hoja de coca, energéticos y medicinales, y su importancia ritual y simbólica. Ninguno refiere problemas, efectos o consecuencias negativos derivados o asociados al consumo. Estas características muestran con claridad la especificidad de la hoja de coca y establecen una distinción muy marcada entre este derivado de la coca y los restantes (el consumo de hoja de coca en ningún caso es percibido ni identificado con el consumo de drogas). El consumo culturalmente regulado de este derivado (consumo tradicional) y el caracterizado como instrumental, por tratarse también de un consumo controlado, no constituyen un problema de salud pública ni para los propios consumidores.

Los derivados de la coca (clorhidrato de cocaína, pasta de coca y crack) considerados conjuntamente, incluyendo o no a la hoja de coca, se caracterizan por sus múltiples facetas, por la existencia de una amplia diversidad de itinerarios, perfiles, situaciones, tipos, métodos y vías de consumo. Asimismo, su consumo se halla difundido de forma irregular en los diversos estratos de la estructura social, tanto en población normalizada e integrada como en población marginalizada. Esta diversidad se reproduce en las consecuencias socio-sanitarias derivadas del consumo. Estas especiales características deben tenerse en cuenta en cualquier tipo de intervención para evitar enfoques o abordajes uniformes.

Esta multiplicidad de facetas se da especialmente en el consumo de clorhidrato de cocaína: tipos de consumo, difusión e importancia variable en diferentes estilos de vida, diversidad de métodos de administración: intranasal, intravenoso, fumado o inhalado y otros más minoritarios.

En el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína se producen varios derivados fumables de la coca que se diferencian, esencialmente, por la concentración de sulfato de cocaína que contienen y por la presencia, diversa, en su composición de los residuos de los compuestos químicos utilizados en el proceso. Algunos de ellos sólo son consumidos en los círculos de elaboración y otros son comercializados (genéricamente, estos últimos son denominados como pasta de coca).

El proceso de elaboración del crack a partir del clorhidrato de cocaína, tanto el realizado a pequeña escala por los propios consumidores como el comercializado, es el mismo o es muy parecido en todas las situaciones analizadas.

El consumo de clorhidrato de cocaína, crack o pasta de coca tiende a incrementarse con el paso del tiempo (debe destacarse que este incremento, frecuentemente, no es percibido ni reconocido por los consumidores). Este incremento es más intenso y acelerado cuando se utilizan vías rápidas de absorción: pulmonar y endovenosa (con efectos mucho más intensos pero de una duración muy breve). La utilización de estas vías agudiza las consecuencias negativas del consumo que, además, se agravan a lo largo del tiempo. Esta constatación tiene una especial relevancia en los itinerarios de consumo que se inician a edades más tempranas (pasta de coca y crack).

Esta tendencia, aunque es generalizable, es característica de los consumos disfuncionales (implican descontrol del nivel de consumo, compulsividad, tolerancia y ansia muy intensa). Este tipo de consumo predomina o es el único existente en el consumo de crack, pasta de coca y clorhidrato de cocaína por vía intravenosa; es menos frecuente, quizás minoritario, en el consumo intranasal de clorhidrato de cocaína. Asimismo, en general, los consumos disfuncionales de clorhidrato de cocaína por esta vía presentan rasgos distintivos en relación a los otros, todos ellos con unas consecuencias más agudizadas y graves.

El consumo recreacional de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, y también de pasta de coca (aunque éste es menos frecuente), caracterizado por un nivel bajo de consumo (frecuencia no diaria y cantidades que no suelen superar un gramo al mes), relacionado exclusivamente con la diversión y la sociabilidad, intermitente y que se interrumpe con facilidad ante la aparición de problemas leves, o cuando el consumo tiende a aumentar, activando mecanismos eficientes de regulación y control es característico de un sector de las clases medias urbanas (población normalizada e integrada) que comparten una determinada concepción del ocio (preferencia por la diversión en el denominado "mundo de la noche"). Este tipo de consumo es bastante frecuente, probablemente predomina en esta población consumidora, y no comporta excesivos problemas para los consumidores. Si el consumo mantiene sus rasgos caracterizadores (objetivo logrado con relativa facilidad por estos consumidores durante períodos prolongados) éste comporta riesgos mínimos.

El consumo instrumental (consumo con una finalidad concreta no relacionada con la diversión en ambientes de sociabilidad, aunque sin excluirla) también ha sido establecido en el consumo de clorhidrato de cocaína por vía intranasal, sobre todo, y pasta de coca. Este consumo presenta similaridades con el tipo recreacional pero incluye factores de riesgo: niveles de consumo más elevados (a medida que se incrementa el consumo los problemas también aumentan); razones que pueden propiciar la escalada (para combatir el aburrimiento; como vía o medio para huir de los problemas; como finalidad en sí mismo y no como medio para mejorar la diversión, asociación causal al rendimiento laboral y al éxito profesional). De hecho, la única razón de consumo que parece garantizar un consumo controlado y no problemático es la mejoría de la diversión en ambientes de sociabilidad y festivos (el consumo desempeña un papel secundario en ellos).

Como ya ha sido reflejado el consumo disfuncional aparece asociado al consumo de crack, clorhidrato de cocaína por vía intravenosa y pasta de coca. En todos estos casos, salvo en una minoría de los consumidores de pasta de coca (recreacionales e instrumentales), el consumo constituye el centro de gravedad de la vida de los consumidores. El consumo disfuncional es incompatible con el desempeño regular de actividades normalizadas; implica el desplazamiento, temporal o definitivo, a los márgenes del sistema; fragiliza y rompe los vínculos sociales, incluso los establecidos con otros consumidores, aislando progresivamente a los consumidores; comporta consecuencias socio-sanitarias muy graves. Frecuentemente, los consumidores llegan a situaciones objetiva y subjetivamente insostenibles (situaciones límite).

A esta caracterización general del consumo disfuncional deben añadirse ciertos rasgos que la matizan o la completan:

Los consumidores disfuncionales de clorhidrato de cocaína por vía intranasal muestran, en términos relativos, unas situaciones menos agravadas.

Cuando se trata de poblaciones previamente marginales el consumo constituye un agravante que profundiza y consolida unas condiciones de vida particularmente duras por sí mismas. En estos casos, el consumo es un problema entre otros y, frecuentemente, desempeña un papel clave para sobrevivir en un medio hostil y para escapar de él, aunque sólo sea ilusoria y temporalmente.

El mantenimiento de ciertos vínculos normalizados, aunque sea de forma precaria y conflictiva, es un factor importante, quizás decisivo, en la reducción de daños en los consumidores y para evitar la consolidación de su exclusión.

Queda como interrogante la posible existencia del consumo no disfuncional, más o menos controlado, del clorhidrato de cocaína por vía intravenosa.

Un aspecto muy importante -es una constante, a excepción del consumo de hoja de coca- es el consumo combinado de los derivados de la coca con otras drogas para potenciar o prolongar los efectos o para contrarrestarlos. Al respecto, por sus consecuencias socio-sanitarias, debe destacarse el elevado consumo de bebidas alcohólicas. En Ibadan, además, la combinación de drogas puede favorecer el incremento del consumo de heroína. En este mismo sentido, la hipotética difusión de esta droga en los países andinos constituye un riesgo que merece una especial atención (su presencia ha sido constatada en Cochabamba).

El consumo intravenoso de clorhidrato de cocaína disminuye con claridad en São Paulo, desde la difusión de la epidemia del sida, y está siendo sustituido por el consumo del crack. Aunque los consumidores que utilizan esta vía de administración conocen perfectamente los riesgos que supone el consumo si se comparten las jeringuillas y agujas, o si se re-utilizan sin desinfectar adecuadamente, durante las sesiones de consumo la compulsión asociada al mismo impide, en la práctica, con mucha frecuencia, que adopten y mantengan las precauciones necesarias.

Las características del mercado, que se rige por la lógica del máximo beneficio, y la presión de la oferta constituyen un condicionante de primer orden sobre la población consumidora y las características de ésta. Este hecho, de alcance general, tiene una especial incidencia en São Paulo (el crack ha desplazado a las restantes drogas ilegales) y en Cochabamba (amplia oferta de pasta de coca a precios muy baratos).

La estigmatización del consumo, el rechazo social a los consumidores y, sobre todo, la penalización y criminalización del consumo son contraproducentes para los consumidores y para la sociedad en su conjunto y dificultan (imposibilitan) la intervención desde una óptica de salud pública.

Los servicios de tratamiento existentes en los centros participantes en el proyecto son insuficientes y/o inaccesibles y, en general, carecen de medios adecuados. Asimismo, los programas de tratamiento deben ser revisados y profesionalizados (al igual que los servicios). En general, los tratamientos forzados, en algún grado, son ineficaces y generan en los consumidores una actitud generalizada de rechazo. Estos aspectos tienen una especial relevancia si se tiene en cuenta que los consumidores disfuncionales o con problemas relevantes consideran que el tratamiento, voluntario y realizado por profesionales, es el único medio para salir de una situación que no pueden resolver por sí mismos.

10.3 Recomendaciones³⁹

Generales

Que la OMS estimule a los Estados Miembros para que las estrategias nacionales globales sobre las drogas y los planes de salud incluyan los diversos aspectos relacionados con los derivados de la coca.

Que la OMS desarrolle un programa de actividades de 5 años de duración, dentro de un marco de trabajo estratégico, cuyo objetivo sea reducir el nivel de daños ocasionados por los derivados de la coca en todo el mundo; y que el programa figure en el Plan de Trabajo del Programa sobre Sustancias de Abuso.

Que en dicho programa de actividades se considere a América del Sur como región prioritaria, con una especial atención a la reducción de los efectos adversos producidos por el consumo fumado o inhalado e intravenoso de algunos derivados de la coca.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros de la región suramericana a incrementar el nivel de las actividades de cooperación en las áreas de prevención, tratamiento e investigación de los problemas de salud relacionados con los derivados de la coca.

Que en el programa de actividades propuesto se considere como segunda prioridad, proporcionar apoyo y asistencia a los países de la costa Oeste de África que presentan evidencias de problemas emergentes relacionados con el consumo de los derivados de la coca.

Debido a la aparición de nuevas rutas de tráfico, y al correlativo incremento de los problemas internos relacionados con los derivados de la coca, se recomienda que la OMS establezca con las Naciones Unidas, y con otras organizaciones internacionales, un intercambio coordinado de información sobre los cambios en los patrones del tráfico. El objetivo de esta recomendación es identificar anticipadamente a los países en los que los problemas de salud relacionados con los derivados de la coca pueden desarrollarse o sufrir una escalada.

39 Estas recomendaciones son el resultado de un largo proceso de discusión y reflexión realizado a partir de las propuestas elaboradas por todos los centros participantes en los distintos proyectos que constituyen el *Proyecto sobre Cocaína OMS/UNICRI*: “Iniciativa sobre Cocaína” (Informante Clave y Perfil del País), “Historia Natural del Abuso de Cocaína” y “Factores de Abuso y Daño de la Cocaína”.

En la selección y refinación de estas propuestas hasta su redacción definitiva, que es la que aquí se incluye y que es compartida por todos los proyectos OMS/UNICRI, han participado los directores del *Proyecto sobre Cocaína OMS/UNICRI*, Drs. Mario Argandoña y Andrew Ball (PSA/OMS, Ginebra); los miembros del Comité Asesor: Sra. María Elena Andreotti (UNICRI, Roma), Dr. David Lewis (Providence, EE UU), Dr. Michael MacAvoy (Sidney, Australia), Dr. Michael Olatawura (Ibadan, Nigeria), Dr. Hernán Olivera (Cochabamba, Bolivia) y los miembros del Comité Técnico: Prof. Francesco Bruno (Roma, Italia), Aurelio Díaz (Barcelona, España), Dra. Ruthbeth Finerman (Memphis, EE UU), Bruce Flaherty (Sidney, Australia), Julie Hando (Sidney, Australia).

Que la OMS elabore informes sobre los efectos del consumo de derivados de la coca en la salud y los distribuya ampliamente a los Estados Miembros, a los profesionales y al público en general.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros a evaluar el impacto de la legislación y de otras medidas de control de las drogas en la salud y el bienestar social de sus países.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros, a otras organizaciones y a los organismos de investigación para que tengan en cuenta en todas sus iniciativas los problemas que comportan otros estimulantes, que no son derivados de la coca, y cualquier otro aspecto relacionado con ellos.

Educación y prevención

Que la OMS estimule a los Estados Miembros a diseñar y ejecutar, en el contexto de una estrategia nacional global sobre las drogas, planes globales de educación y de prevención sobre las drogas que impliquen actividades basadas en la comunidad y que formen un conjunto integrado con otros programas de atención primaria.

Que el objetivo de la educación sobre los derivados de la coca sea incrementar sustancialmente el conocimiento de los patrones de consumo que comportan un alto riesgo; en particular, la intensidad del consumo, las combinaciones de drogas y el mayor daño potencial asociado a los métodos de administración fumado o inhalado e intravenoso.

Que el resultado principal a evaluar en la prevención del consumo de drogas debería ser la reducción de daños relacionados con los derivados de la coca.

Que las campañas públicas de educación deberían ser culturalmente adecuadas. Estas campañas deberían basarse en resultados de investigaciones rigurosas sobre la naturaleza y alcance de los efectos de los derivados de la coca en la salud; y no en mitos y estereotipos.

Que la OMS estimule proyectos piloto que presenten aproximaciones innovadoras para la prevención de los daños relacionados con los derivados de la coca; particularmente, aquellos que priorizan la promoción de las actividades de salud que llevan a cabo los profesionales que trabajan en la atención sanitaria primaria y los que integran y promueven la participación de la comunidad. Que la OMS promueva el desarrollo y la ejecución de estrategias, como el intercambio de jeringuillas o medidas para prácticas sexuales sin riesgos, para reducir peligros sanitarios específicos como la trasmisión de enfermedades infecciosas.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros y a las organizaciones no gubernamentales (ONG) a emprender actividades de consulta activa con la audiencia objetivo apropiada, a fin de diseñar campañas de educación y prevención sobre las drogas que sean realmente eficaces. En estas actividades se recomienda que se de máxima prioridad a los grupos socio-económicamente desfavorecidos y socialmente marginados, que son grupos de alto riesgo.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros a desarrollar y ejecutar programas de capacitación para los profesionales de la salud y otros grupos relevantes. El objetivo de estos programas debería ser ampliar y mejorar el conocimiento de todo el abanico de problemas sanitarios relacionados con los derivados de la coca.

Que la OMS estimule a los responsables de la elaboración de políticas a apoyarse menos en las campañas de información llevadas a cabo por los medios de comunicación; especialmente, en las de los medios que emiten mensajes exagerados o sensacionalistas o en las campañas culturalmente inapropiadas.

Tratamiento

Que la OMS elabore directrices que promuevan una mejor gestión de la atención de urgencia a los consumidores de los derivados de la coca con reacciones adversas severas; y de métodos de "mejor práctica" para el tratamiento a largo plazo de la dependencia de los derivados de la coca.

En dichas directrices, se recomienda que se preste una particular atención al papel de:

Los agentes farmacológicos en el control del síndrome de abstinencia y de la dependencia de los derivados de la coca.

La aceptación por obligación del tratamiento en comparación con la aceptación voluntaria.

Las comunidades terapéuticas y por qué se recurre a ellas de forma generalizada.

Las prácticas curativas tradicionales o autóctonas.

Que la OMS estimule programas que amplíen el contacto directo con las familias y otras personas relevantes para los consumidores. Estos programas deberían estimular a estas personas para que busquen asistencia para los cónyuges, familiares o amigos con problemas relacionados con los derivados de la coca y promover el apoyo, tanto de la familia como de la comunidad, al tratamiento y a la rehabilitación.

Que la OMS estimule a los organismos de gobierno a nivel nacional, regional y local a crear marcos reguladores apropiados para garantizar que todos los servicios de tratamiento de las drogodependencias respeten y protejan los derechos de quienes los reciben.

Que la OMS estimule el desarrollo de iniciativas de tratamiento innovadoras. En particular, de técnicas y programas de intervención breves que ofrezcan metas finales más flexibles (que no consistan exclusivamente en la abstinencia).

Que la OMS estimule a las organizaciones no gubernamentales (ONG) y a los Estados Miembros a desarrollar, difundir e integrar métodos de evaluación que incrementen la calidad y cantidad de las evaluaciones de los servicios de tratamiento de las drogodependencias existentes.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros a examinar formas viables y efectivas para incrementar el acceso de grupos con necesidades especiales a los tratamientos de las drogodependencias existentes; tales como, población penitenciaria, minorías étnicas, niños de la calle, personas dedicadas a la prostitución y otros grupos socialmente marginados.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros a diseñar y ejecutar, en el contexto de una estrategia nacional global sobre las drogas, planes globales de tratamiento que

impliquen actividades basadas en la comunidad y que formen un conjunto integrado con otros servicios de atención primaria.

Que la OMS estimule a los Estados Miembros a promover el contacto directo con los consumidores de los derivados de la coca, mediante la utilización de iniciativas basadas en la comunidad, incluidos los grupos organizados de consumidores.

Investigación y sistemas de recogida de datos

Que el PSA/OMS revise el diseño metodológico y la ejecución de este estudio y examine formas para integrar sus aportaciones más relevantes en las directrices existentes sobre las técnicas fundamentales de investigación epidemiológica y cualitativa.

Que el PSA/OMS desarrolle y perfeccione la metodología de este estudio y que planifique su repetición, preferentemente en el plazo de los próximos cinco años. En la repetición del estudio se recomienda la inclusión de áreas de regiones no representadas en el estudio original y las que presenten cambios en los patrones de uso de drogas. Especialmente, se recomienda que el estudio se realice en otros países del área andina y de la costa Oeste de África.

Que el PSA/OMS estimule a los Estados Miembros y a otros organismos de investigación a adoptar y aplicar la metodología de esta investigación para el estudio de los derivados de la coca y de otras drogas a nivel local.

Que el PSA/OMS estimula a los Estados Miembros y a las organizaciones no gubernamentales (ONG) a considerar la adaptación de la metodología de este estudio para obtener evaluaciones similares del impacto en la salud de otras sustancias, que no son derivados de la coca.

Debido a que muchos países no disponen de monitorizaciones con datos fiables y válidos, se recomienda que el PSA/OMS estimule a los Estados Miembros a colaborar en el desarrollo de sistemas viables de recogida de datos. Estos sistemas deberían permitir la medición de las tendencias del consumo, y de los problemas asociados, de los derivados de la coca y, también, del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

Que el PSA/OMS investigue el impacto de las diferentes legislaciones y medidas de control de las drogas tanto en la salud individual como en la colectiva.

Que el PSA/OMS investigue las ventajas nutritivas y terapéuticas de la hoja de coca.

11. Referencias

- Argandoña M. (1988) Los problemas de salud relacionados con el alcohol y drogas en Bolivia. En: MPSSP, ed., *Historia de la Salud Pública en Bolivia*. La Paz, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
- Barley N. (1983) *The innocent anthropologist. Notes from a Mud Hut*. London, British Museum Publications Ltd.
- Becker HS. (1945) Interpretative Sociology and Constructive Typology. En: Gurvitch G, Moore WE., eds., *Twentieth Century Sociology*. New York, Philosophical Library, 70-95.
- Becker HS. (1963) *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York, Free Press.
- Berger P, Luckmann T. (1984) *The social construction of the reality*. Garden City, New York, Doubleday.
- Bieleman B, et al., coords. (1993) *Lines across Europe*. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Biernacki P. (1986) *Pathways from heroin addiction*. Philadelphia, TUP.
- Biernacki P, Waldorf D. (1981) Snowball sampling. *Sociological methods and research*, 10, 2:141-163.
- Blumer H. (1969) *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs (N.J.), Prentice Hall.
- Carter W, Mamani M. (1986) *Coca en Bolivia*. La Paz, Juventud.
- Cohen P. (1989) *Cocaine Use in Amsterdam*. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam.
- Comas D. (1985) *El uso de las drogas en la juventud*. Madrid, Instituto de la Juventud.
- Cook TD, Reichardt CHS. (1982) *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. London, SAGE
- Denzin NK. (1970) *The research act*. Chicago, Aldine.
- Denzin NK, Lincoln YS., eds. (1994) *Handbook of qualitative research*. London, SAGE.
- Díaz A. (1993) *Indicaciones generales sobre el proyecto "Historia Natural (OMS/UNICRI)" elaboradas a partir de la experiencia de Bolivia y Brasil*. Barcelona/Ginebra, PSA/OMS (documento no publicado).
- Díaz A. (1994) *Instrucciones complementarias para el análisis y la preparación de los informes del proyecto "Historia Natural (OMS/UNICRI)"*. Barcelona/Ginebra, PSA/OMS (documento no publicado).
- Díaz A, Barruti M. (1993) *Materiales preliminares para el proyecto Historia Natural (OMS/UNICRI)*. Barcelona/Ginebra, PSA/OMS (documento no publicado).

Díaz A, Barruti M, Doncel C. (1992) *The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Díaz A, et al. (1994a) *Instructions for the analysis and for the preparation of the WHO/UNICRI Natural History Study reports*. Barcelona/Geneva, PSA/WHO (documento no publicado).

Díaz A, et al. (1994b) *The Natural History of Cocaine Abuse: A case study endeavour. Informe internacional preliminar*. Barcelona/Ginebra, PSA/OMS (informe no publicado).

Erlandson DA, et al. (1993) *Doing naturalistic inquiry*. London, SAGE.

Evans-Pritchard EE. (1940) *The nuer*. Oxford, Clarendon Press.

Flaherty B. (1995) *WHO/UNICRI Initiative on Cocaine. International Report of Country Profiles on Cocaine*. Geneva, PSA/WHO (en fase de publicación)

Finerman R. (1994) *Revised Guidelines of the Key Informant Study Report (WHO/UNICRI)*. Memphis/Geneva, PSA/WHO (documento no publicado).

Finerman R. (1995) *WHO/UNICRI Initiative on Cocaine. Key Informant Study International Report*. Geneva, PSA/WHO (en fase de publicación)

Funes J, Romaní O. (1985) *Dejar la heroína*. Madrid, Cruz Roja Española.

Garfinkel H. (1973) *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs (N.J.), Prentice Hall.

Glaser BG, Strauss AL. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine.

Goffman E. (1961) *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, New York, Anchor Books.

Hando J, Flaherty B. (1993) *Training manual for Key Informant Study (WHO/UNICRI)*. Sydney/Geneva, PSA/WHO (documento no publicado).

Hannerz U. (1980) *Exploring the city. Inquiries toward an urban anthropology*. New York, Columbia University Press.

Hartnoll R, et al. (1985) *Drugs Problemas: Assessing local needs*. London, Birbeck College.

Hughes PH, et al. (1971) The social structure of a heroin coping community. *American Journal of Psychiatry*, 128, 5.

Husserl E. (1931) *Ideas*. London, George Allen & Unwin

Intraval (1992) *Between the lines. A study of the nature and extent of cocaine use in Rotterdam*. Rotterdam, Intraval.

Katz J. (1983) A theory of qualitative methodology: The social science system of analytic fieldwork. En: Emerson RM., comp., *Contemporary Field Research*. Boston, Little Brown, 127-148.

- Kohler C. (1993) *Narrative Analysis*. London, SAGE.
- Lima ES, Adiala J. (1994) *The Natural History of Cocaine Abuse: A case study endeavour. Relatório de Rio de Janeiro (Brasil)*. Rio de Janeiro/Geneva, NEPAD/UERJ-PSA/OMS (informe no publicado).
- McKinney JC. (1957) The polar variables of type Construction. *Social Forces*, 35:300-306.
- McKinney JC. (1966) *Constructive Tipology and Social Theory*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Malinowski B. (1967) *A diary in the strict sense of the term*. New York, Harcourt, Brace and World.
- Mead GH. (1934) *Mind, Self and Society*. Chicago, University of Chicago Press
- Medina-Mora ME, et al. (1980) Metodología para la identificación de casos y la vigilancia del uso de drogas en una comunidad mexicana. *Boletín de estupefacientes*, XXXII, 2:19-29.
- Merlo G, et al. (1992) *Network of powder. Research report on the cocaine use in Turin*. Turin, Ufficio Coordinamento degli Interventi per le Tossicodipendenze.
- Miles, MB, Huberman AM. (1994) *Qualitative data analysis*. London, SAGE.
- Mitchell JC. (1966) Theoretical orientations in african urban studies. En: Banton M, ed., *The social anthropology of complex societies*. London, Tavistock Publications, 37-68.
- Nappo SA, et al. (1994) *The Natural History of Cocaine Abuse: A case study endeavour. Relatório de São Paulo (Brasil)*. São Paulo/Geneva, CEBRID-PSA/OMS (informe no publicado).
- Olatawura MO. (1994) *The Natural History of Cocaine Abuse: A case study endeavour. Report from Ibadan (Nigeria)*. Ibadan/Geneva, University College Hospital-PSA/WHO (informe no publicado).
- Olivera H, Butrón KM, Jemio S. (1994) *The Natural History of Cocaine Abuse: A case study endeavour. Informe de Cochabamba (Bolivia)*. Cochabamba/Ginebra, PSA/OMS (informe no publicado).
- Romaní O, et al. (1991) *Drogodependientes: circuitos informales y procesos de integración social*. Barcelona, IRES.
- San Román T. (1984) Sobre l'objecte y el mètode de l'antropologia. *Quaderns*, 5:122-133.
- Schutz A. (1967) *The phenomenology of the social world*. Evanston, Ill., North-western University Press.
- Siegel RK. (1985) New Patterns of Cocaine Use: Changing Doses and Routes. En: Kozel NJ, Adams EH., eds., *Cocaine Use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives*. Maryland, NIDA, monograph 61, 204-222.
- Silverman D. (1993) *Interpreting qualitative data*. London, SAGE.

- Strauss A, Corbin J. (1990) *Basics of qualitative research*. London, SAGE.
- Sutherland EH. (1937) *The professional thief*. Chicago, University of Chicago Press.
- Taylor SJ, Bogdan R. (1984) *Introduction to Qualitative Research Methods. The Search for Meanings*. New York, John Wiley & Sons.
- Watters JK, Biernacki P. (1989) Targeted Sampling: Options for the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 36, 4:416-430.
- Weber M. (1968) *Economy and Society*. New Jersey, Bedminster Press.
- Whyte WF. (1943) *Street corner society*. Chicago, University of Chicago Press.
- Wirth L. (1937) *The Ghetto*. Chicago, University of Chicago Press.
- Zinberg NE. (1984) *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven/London, Yale University Press.