

Consumo de Paco y sustancias psicoactivas en niños y niñas en situación de calle y jóvenes en tratamiento

Ministerio de Desarrollo Social



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad

Jefe de Gobierno
Ing. Mauricio Macri

Jefe de Gabinete de Ministros
Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Ministra de Desarrollo Social
Lic. María Eugenia Vidal

Subsecretaria de Promoción Social
Lic. María Soledad Acuña

**Director General de la Dirección General de
Políticas Sociales en Adicciones**
Lic. Claudio Parrilla

Coordinador Observatorio
Lic. Roberto Canay

Investigadores
Dra. María Verónica Brasesco
Lic. Roberto Canay
Lic. Ángeles Legisa

Consumo de Paco y sustancias psicoactivas en niños y niñas en situación de calle y jóvenes en tratamiento

PRESENTACIÓN

El Observatorio de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹, desde su creación en diciembre del año 2007, tiene como objetivo principal brindar información para el diseño y evaluación de la gestión sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de Buenos Aires. Para esto cuenta con un programa de investigaciones cuyo objetivo general es asegurar a los organismos de decisión, la disponibilidad de datos válidos y suficientes.

Actualmente el Observatorio cuenta con información sobre el consumo de Paco en la población general (12 a 56 años) y en los jóvenes escolarizados de educación media (12 a 17 años). Estos informes permiten conocer la prevalencia, incidencia y consumo problemático, definir perfiles de consumo, conocer la edad de inicio y factores de riesgo-protección asociados. Pero la complejidad y severidad del consumo de Paco exige profundizar en las características del problema para el diseño y ejecución de las acciones adecuadas.

Resultando imprescindible el diseño de investigaciones específicas, a través de un estudio exploratorio y descriptivo se propone conocer las representaciones sociales que acompañan el uso o abuso de Paco en poblaciones específicas como los niños y niñas en situación de calle, y los jóvenes que se encuentran realizando algún tratamiento motivado por el consumo de esta sustancia (población que aumentó significativamente en los últimos años). El Observatorio decidió trabajar sobre estos grupos, ya que profundizar el conocimiento y las características del consumo en ambos grupos es de suma importancia para el desarrollo de las políticas públicas.

La gran cantidad de niños/as, adolescentes y familias que viven en situación de calle constituye uno de los mayores problemas sociales en nuestra Ciudad. Los niños y niñas en esta condición se encuentran expuestos a situaciones de alto riesgo, siendo vulnerados la mayoría de sus derechos. Desde hace décadas, la República Argentina se caracteriza por una desigualdad de ingresos que estructura su funcionamiento económico. La Ciudad de Buenos Aires es el principal aglomerado urbano de la República Argentina, con una población aproximada de tres millones de personas y un 58.5% de sus hogares en alguna situación de pobreza (estructural o de ingresos)². Según el Censo realizado en julio del 2008 por la Dirección General de Niñez y Adolescencia y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la Ciudad se identificaron 719 niños (menores de 18 años) en situación de calle.

Según el informe correspondiente al último Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento realizado por la SEDRONAR (2007)³, entre enero del 2006 y julio de 2007,

¹ www.observatorio.buenosaires.gob.ar

² UNTREF, (2008) "Estudio sobre las características y los factores determinantes de la pobreza dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".

³ SEDRONAR, (2007), "Tercera fase del registro continuo de pacientes en tratamiento. Informe Regional de resultados: Informe Región Centro".

en nuestro país se registraron 3.596 personas en tratamiento por adicciones, 677 en la Ciudad de Buenos Aires, y de ellos el 22,4% tuvo en el Paco la principal droga que motivó el tratamiento. Durante diciembre de 2008, en la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, del total de niños/as y adolescentes en tratamiento 64,9% lo hicieron con el Paco como droga fundamental y motivadora del tratamiento. Explorar y rescatar la experiencia y el discurso que tienen jóvenes participantes en una comunidad terapéutica, respecto del consumo de Paco; se trata de una aproximación cualitativa a la subjetividad de aquellos que tienen una experiencia cercana y cotidiana con el consumo.

Para abordar problemáticas vinculadas con la situación actual de la infancia y la adolescencia es necesario construir un discurso que contemple la voz de los propios niños/as y adolescentes. Es precisamente esta última voz la que se presenta de manera más escasa y en muchas ocasiones es una voz ausente en las políticas públicas. El siglo que acaba de cerrarse, denominado en sus inicios “el siglo del niño”, ha sido el tiempo de la construcción de la infancia como sujeto social y desde esa construcción se propone abordar el problema del consumo de Paco en los niños/as en situación de calle y los jóvenes en tratamiento de la Ciudad de Buenos Aires.

Roberto Canay
Coordinador Observatorio de la CPSA

ÍNDICE

1. Introducción	11
2. Marco legal actual para la protección de niños/as y adolescentes con problemas de uso indebido de drogas	12
3. Contextos de pobreza urbana y cambios en el perfil de consumo	15
4. La calle como agente socializador	22
5. Características del consumo en los jóvenes en tratamiento	26
6. Metodología	29
6.1. Objetivo general	29
6.2. Objetivos específicos	30
6.3. Instrumentos y procedimientos de registro	30
6.3.1. Dimensiones de análisis	31
6.3.1.1. Dimensiones para la población en calle	31
6.3.1.2. Dimensiones para la población en tratamiento	31
6.4. Trabajo de campo	32
7. Análisis de la información de las entrevistas con niños en situación de calle	33
7.1. ¿Cómo y dónde se crece?	33
7.2. Recorridos escolares	35
7.3. La supervivencia de los niños en la calle	37
7.4. Las relaciones entre pares	39
7.5. Cuándo y cómo se inicia el consumo de drogas legales	43
7.6. Cuándo y cómo se inicia el consumo de drogas ilegales	44
7.7. El consumo de drogas y la salud en los niños	51
7.8. El valor de las instituciones y la relación con la ley	53
7.9. ¿Y después de la calle, qué? Expectativas y proyectos de los niños de la calle	56
8. Análisis de la información de los grupos focales con población asistida	58
8.1. Historias de consumo	58
8.2. Percepción de la diferencia entre Paco y pasta base de cocaína	64
8.3. El consumo y el colegio	65
8.4. Prácticas para conseguir dinero	66
8.5. Territorios en la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires	67
8.6. Riesgos y daños para la salud	68
8.7. La decisión de hacer un tratamiento	70
8.8. El futuro	74

9. Conclusiones _____	76
10. Bibliografía _____	84
11. ANEXO N° 1 “Guión de entrevista consumidores en tratamiento” _____	88
12. ANEXO N° 2 “Guión de entrevista niños/as consumidores en situación de calle” _____	95

Índice de cuadros

Cuadro 1. Consumo de Paco en la vida según condición de pobreza y necesidades básicas insatisfechas. Población de 12 a 65 años de la Ciudad de Bs. As. (2006). _____	19
Cuadro 2. Consumo de Paco en la vida según sexo y grupos de edad. Población de 12 a 65 años de la Ciudad de Bs. As. (2006). _____	19
Cuadro 3. Consumo de Paco en la vida según sexo y grupos de edad. Estudiantes secundarios de la Ciudad de Bs. As. (2007). _____	20
Cuadro 4. Indicadores estadísticos de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Estudiantes secundarios de la Ciudad de Bs. As. (2007). _____	20
Cuadro 5. Distribución de los pacientes según cantidad o número de drogas consumidas en la vida. Registro continuo de pacientes en tratamiento de la Ciudad de Bs. As. (2007). _____	26
Cuadro 6. Distribución de los pacientes según modalidad de consumo durante los 30 días anteriores al tratamiento. Registro continuo de pacientes en tratamiento de la Ciudad de Bs. As. (2007). _____	27
Cuadro 7. Droga que más daño le causa. Registro continuo de pacientes en tratamiento de la Ciudad de Bs. As. (2007). _____	27

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en la actualidad y sus consecuencias sociosanitarias constituye una de las problemáticas de debate nacional en instancias jurídicas, políticas y comunitarias. Las posiciones acerca de los daños y/o perjuicios sociales y a nivel de la salud personal y de la comunidad resultan variadas y a menudo contrapuestas. También existe falta de consenso en cuanto a los factores biográficos, comunitarios y de contexto sociopolítico que obran como disparadores y/o estimulantes del fenómeno en cuestión.

En los países de la región, la problemática encuentra como marco un contexto donde resulta difícil garantizar los derechos básicos de gran parte de la ciudadanía, como alimentación, educación y vivienda, y donde todavía existen grandes grupos de población indocumentada, quienes fuera de todo registro, no están en condiciones de incorporarse plenamente como sujeto de derecho a la vida ciudadana.

El consumo de drogas por lo general es acompañado de una expectativa subjetiva sobre los efectos y de una idea, más o menos definida, del porqué se consume. En este sentido, las posibilidades pueden ser muchas, pero en situaciones de marginalidad y pobreza extrema⁴, se vinculan sobre todo con la mitigación de displacer corporal o la sustitución de carencias afectivas y materiales.

Para el diseño de estrategias preventivas y asistenciales resulta fundamental entonces *comprender* la “utilidad” que tiene una sustancia en la vida de la persona para modificar los imaginarios sobre los cuales se sustenta el consumo y, en última instancia, los sentidos que se le otorgan a su utilización. Es por esto que se necesita conocer el punto de vista de los niños/as en situación de calle y los jóvenes en tratamiento, la subjetividad que se asocia a la motivación de consumir drogas y el consumo en espacios públicos y privados, para superar las limitaciones que tienen los paradigmas con que contamos para explicar la realidad en que viven y sobreviven niños/as y jóvenes consumidores en nuestra Ciudad y el Gran Buenos Aires.

En este sentido, en las intervenciones preventivas y asistenciales sobre consumo de drogas con niños/as en situaciones de calle y jóvenes en general, no sólo basta fomentar habilidades sociales y perfiles adecuados al afrontamiento de problemas, sino además, se requiere modificar su ambiente y las condiciones sociales y materiales en las que viven.

⁴ Se toma la definición de pobreza citada en el Informe final de resultados del “Estudio sobre las características y los factores determinantes de la pobreza dentro de la Ciudad de Buenos Aires” realizado por la UNTREF/Observatorio social/CINEA en septiembre de 2008 (En forma generalizada se entiende que un hogar es pobre cuando no logra cierto piso de adquisición/consumo de determinados bienes, inclusive bienes simbólicos. Por lo tanto, a partir de considerar la presencia o ausencia de determinados atributos de los sujetos y sus hogares se pueden establecer cuáles son los límites para considerar que una persona o un hogar es pobre o no).

2. MARCO LEGAL ACTUAL PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE USO INDEBIDO DE DROGAS

La temática relativa al cuidado de niños, niñas y jóvenes y la prevención y asistencia del consumo de drogas⁵, ocupa en la actualidad un lugar relevante en la agenda de todos los países, resultando entre otras cosas, el desarrollo jurídico con características, connotaciones y método específicos para afrontar estos problemas. A este punto, se han ido generando instrumentos legales locales, provinciales y nacionales de variada aplicación y validez para garantizar la protección integral de los niños/as y adolescentes en estado de vulnerabilidad.

Además, existen instrumentos legales internacionales que han sido adoptados a lo largo de los años por diversos países, entre los que se destaca la Convención de los Derechos del Niño (CDN) adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989⁶. Esta herramienta propone garantizar la protección de niños/as y de jóvenes, abarcando la dignidad de la persona, la salud, la vida, el desarrollo pleno e integral, la garantía de libertad, la identidad, y los derechos reconocidos con el fin de brindarle protección integral⁷.

La Convención es una herramienta jurídico-legal, al reconocer y declarar la vigencia de los derechos fundamentales de niños/as y jóvenes conduce a que los países articulen mecanismos que los garanticen, generando nuevas interrelaciones entre niños/as, adultos, Estado y políticas sociales. Pero aún existen algunos temas jurídicos que complican las cuestiones asociadas con las garantías individuales.

En relación al consumo de sustancias, se intenta buscar la forma legal de alcanzar la plena protección integral de niños/as y jóvenes consumidores de sustancias, que ponen en peligro su integridad física y psíquica sin ignorar o desplazar la voluntad de padres e hijos. Desde la Convención, algunos artículos hacen referencia específica a este tema:

- *Artículo 3: "En todas las medidas concernientes a los niños/as que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a la que se atenderá será el interés superior del niño".* En el marco de este artículo, se ordena el cumplimiento

⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como Droga toda sustancia que introducida en un organismo vivo, es capaz de modificar una o más de las funciones de éste.

⁶ Esta Convención, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, fue aprobada por Argentina mediante Ley 23.849 del 27 de septiembre de 1990, como norma de raigambre constitucional a través de su incorporación al inciso 22 del artículo 75 de la Carta Magna. Constituye el documento más completo y detallado sobre los derechos de los niños y ha sido ratificado por casi todos los países.

⁷ Cfr. D'Antonio, Hugo Daniel, "Convención sobre los Derechos del Niño", comentada y anotada exegéticamente. Jurisprudencia nacional y extranjera, Ed. Astrea, Bs. As. 2001, pág. 177.

⁸ Cillero Bruñol, Miguel, "El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño", en García Mendez, Mary Beloff: Infancia, Ley y Democracia en América Latina, Temis: Bs. As., 1998, pp. 69.

to de terapias ambulatorias o de internación, tendientes a lograr la rehabilitación del niño/a o adolescente consumidor⁹.

- *Artículo 24:* se refiere “al derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios sanitarios”, señalando la importancia de la educación para la salud en el desarrollo de programas preventivos sobre consumo de sustancias en población infantil y adolescente¹⁰.

- *Artículo 25:* se refiere a la “revisión de las internaciones” infantiles por razones de salud física o mental, donde se generan dudas sobre las ventajas y desventajas de las internaciones en centros de rehabilitación y sobre las diferentes alternativas posibles en pos de la consideración de los demás derechos que se establecen en la Convención.

- *Artículo 26:* reconoce el derecho del niño/a a las “prestaciones de la seguridad social”¹¹.

- *Artículo 27:* “derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”.

- *Artículos 32 y 39:* se refieren a la “protección de riesgos físicos relacionados con la

⁹El ingreso al espacio privado y la restricción a la autonomía personal como resultado de la imposición de un tratamiento son admitidos en función de este “interés superior del niño”.

¹⁰Al respecto la Ley de Inclusión Social de la Niñez de la Ciudad Autónoma de Bs. As. en su Artículo 7°. indica que la Secretaría de Salud tiene a su cargo: Organizar y coordinar los talleres de capacitación a las familias en cuidados del embarazo, lactancia materna, desarrollo y estimulación temprana infantil y educación alimentaria; efectuar el control de salud de los beneficiarios y dar cumplimiento al calendario de vacunación; entregar a las madres desnutridas el complemento nutricional e informar a la autoridad de aplicación a fin de que se asigne a los beneficiarios al "Módulo Especial de Seguimiento" previsto por la presente ley para tales casos; registrar administrativamente los controles de salud y demás prestaciones brindadas en el Registro Local de Contraprestaciones; participar en los procesos de seguimiento y medición de impacto; desempeñar las demás funciones que la reglamentación determine; y en su Artículo 8° refiere que el "Módulo Especial de Seguimiento" consiste en un monitoreo individual y detallado de los beneficiarios que por su situación así lo requieran. Esta condición incluye la entrega de suplementos nutricionales a la mujer embarazada para sí o para el beneficiario desnutrido, según sea el caso, en ocasión de los controles de salud.

¹¹Al respecto la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Gobierno de la CABA indica en el Art. 22 - Derecho a la Salud. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud. Debe asegurarse su acceso gratuito, universal e igualitario, sobre la base de la solidaridad; y en el Art. 23 - Protección de la salud. A los efectos de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud el Gobierno debe adoptar medidas para: reducir la morbi-mortalidad; combatir las enfermedades y la malnutrición; asegurar que todos los sectores de la sociedad, los miembros de la familia, y en particular las niñas, niños y adolescentes, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y todas las medidas de cuidado y prevención; desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación al grupo familiar conviviente, la educación en materia de salud sexual y reproductiva, tendientes a prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual; proveer gratuitamente a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos, medicamentos, prótesis u otros elementos necesarios para su tratamiento, habilitación y rehabilitación; proporcionar condiciones dignas para que la madre, el padre o la persona responsable del cuidado de niños, niñas y adolescentes permanezca todo el tiempo durante el cual se prolongue la internación en establecimientos de salud; vacunar gratuitamente según el esquema vigente; garantizar el derecho de los niños y niñas a gozar de la lactancia materna inclusive aquellos cuyas madres cumplen penas privativas de libertad durante un período no menor de doce meses consecutivos a partir del momento del nacimiento sin que pueda separarse al niño o niña de su madre; garantizar la aplicación de los principios consagrados en esta ley en materia de prestaciones relativas a la salud mental; garantizar la atención de la salud a toda adolescente embarazada.

salud incluyendo la protección de riesgos psicológicos”.

- *Artículo 33*: hace referencia al consumo y actividades asociadas al mismo en niños/as y adolescentes: “Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas las legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños/as contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes¹² y para impedir que se utilicen niños/as en la producción y el tráfico ilícito de esas sustancias”¹³.

Estos artículos habilitan a los jueces a tomar decisiones acerca de la realización de tratamientos en instituciones especializadas, para evitar poner en riesgo la salud o la vida de niños/as y jóvenes. En el ámbito de la Justicia de Menores, estas articulaciones se pueden dar en el área correccional (conflicto con la ley penal), y en el área preventivo-nal (situación de riesgo).

¹² Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, aprobada en Viena, el 19 de diciembre 1988, aprobada por la República, por Ley 24.072 del 11 de marzo de 1992. Boletín Oficial, 14 de abril de 1992.

¹³ Al respecto la versión adaptada para jóvenes de UNICEF del 17 de julio de 2008 refiere el artículo n° 33 en los siguientes términos: Tienes derecho a estar protegido de las drogas ilegales y del tráfico de drogas.

3. CONTEXTOS DE POBREZA URBANA Y CAMBIOS EN EL PERFIL DE CONSUMO

En la República Argentina, la Ciudad de Buenos Aires es el principal aglomerado urbano donde funcionan los aparatos y dependencias del poder nacional. La población residente está conformada por unos tres millones de personas, con características culturales diversas y con distintos niveles de participación en el desarrollo productivo de la ciudad. Este último punto se asocia a elevados niveles de pobreza¹⁴ e indigencia y numerosos puestos de trabajo precarios.

En el citado estudio realizado, en el 2008 por CINEA/Observatorio Social/UNTREF, se indica que la mayoría de los hogares pobres de la Ciudad está ubicado en un contexto de villa o asentamiento y hogares no pobres se ubican mayormente en lugares de trazado urbano. Sobre el total de hogares con condición de pobreza, ya sea por línea de ingresos o por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el 38,8% son pobres crónicos (ingresan por línea de ingresos y por condiciones estructurales), un 36,9% son pobres por NBI y un 23,6% son hogares pobres por línea de ingresos. La condición de hacinamiento es del 42% en los pobres por ingresos, del 67% en los pobres por NBI y del 85% en los pobres crónicos. Dentro de los pobres crónicos sólo el 14% tiene alguna cobertura médica.

A los fines de la comprensión de la complejidad del fenómeno del consumo de drogas en las poblaciones pobres en contextos urbanos, este estudio aporta la novedosa inclusión del análisis de las características subjetivas de los habitantes pobres que residen en la Ciudad. A través de un conjunto de indagaciones cualitativas, el estudio llega a conclusiones sobre las características estructurales de la personalidad que condicionarían la capacidad para comprender la realidad y estimar el impacto de las acciones hacia sí y hacia otros.

Básicamente dichas características¹⁵ hacen referencia a dificultades en la diferenciación entre lo que se piensa, se siente y se hace; entre el sí mismo y los otros que los rodean

¹⁴ En este marco se considera a la pobreza un fenómeno complejo que abarca numerosas dimensiones de la vida y que está determinado por la incidencia de un conjunto de variables que se verifican simultáneamente. Se toma de la definición presentada en el informe sobre pobreza en la CABA de CINEA/Observatorio Social/UNTREF, 2008 ("En forma generalizada se entiende que un hogar es pobre cuando no logra cierto piso de adquisición/consumo de determinados bienes, inclusive bienes simbólicos. Por lo tanto, a partir de considerar la presencia o ausencia de determinados atributos de los sujetos y sus hogares se pueden establecer cuáles son los límites para considerar que una persona o un hogar es pobre o no. De tal manera, la situación de pobreza, en un análisis básico, se presentaría en función de la forma en que se distribuyen los ingresos totales de una sociedad, aspecto que impacta en los niveles de ingresos que finalmente obtienen las personas y los hogares; y también de la capacidad real de adquisición/consumo de bienes materiales y simbólicos. A su vez, los ingresos de la población y, por ende, su capacidad real de adquisición/consumo dependen del tipo de inserción laboral y de la capacidad de generación de empleo del mercado de trabajo").

¹⁵ 1- Funcionamiento concreto del pensamiento (dificultades para la simbolización/abstracción), 2- Falta de proyectualidad asociada ("todo es el aquí y el ahora"), dinámicas de relación reguladas por la acción como medio expresivo con escaso registro y elaboración de las necesidades, frustraciones y deseos; propios y de los otros, 3- Cosificación de la realidad, que permite que todo sea tratado como una "cosa" que puede ser usada/descartada/sustraída/golpeada.

y, finalmente, entre el interior y el exterior, que hacen que se accione, sin suficiente intermediación del pensamiento para conseguir algo. Las razones de esta modalidad de funcionamiento social en dicho estudio se asocian a padres que no fueron capaces de metabolizar las propias ansiedades asociadas a su condición de vida en la relación con los hijos; trabajar desde edades tempranas, con escasos tiempos de socialización en espacios educativos, lúdicos, sociales; madres que por situaciones vitales no pudieron funcionar como figuras de amparo adecuadas en la temprana infancia; padres casi siempre ausentes y violencia y adicciones en el seno de la familia, entre otros.

En relación a los espacios ciudadanos donde residen y transitan pobres e indigentes en las grandes ciudades, cabe también considerar el pensamiento del sociólogo Michel Kokoreff (2003), quien remarca la importancia de conocer la dinámica de los territorios cotidianos donde consumen drogas niños/as y jóvenes para poder alcanzar intervenciones preventivoasistenciales eficaces. Este autor destaca las estaciones de trenes como espacios recortados en sí mismos a los que llama "barrios de estación", que junto con los barrios de la Provincia de Buenos Aires empobrecidos, albergan poblaciones con altos índices de desempleo donde la precariedad deriva en tensiones entre figuras urbanas tales como la estación y sus marginales, el centro comercial y los jóvenes venidos de barrios pobres.

En el marco de este fenómeno del incremento de la marginalidad y expulsión infantojuvenil a espacios públicos y a una vida sin proyectualidad, y en este contexto de pobreza y desigualdad social es que se verifica la existencia de niños/as y jóvenes en situación de calle sin hogares o con hogares donde los vínculos parentales van al encuentro de una progresiva desintegración. Conocer la cotidianeidad de los niños/as en situación de calle, y jóvenes que viven en hogares pobres en contextos urbanos requiere de la comprensión de los complejos procesos sociales y estructurales que están en la base.

El avance del consumo de drogas en la Argentina se acentuó con la crisis económica del 2001, cuando miles de ciudadanos pasaron a formar parte de 'los nuevos pobres' y cambiaron hábitos de vida, que entre otras cosas comportaron un inicio más temprano en el consumo y/o alcanzaron niveles de consumo dañinos para la salud en los sectores de menores recursos. En relación a esto último, se extendió el consumo de drogas baratas y de alta toxicidad como los solventes/inhalantes y el Paco¹⁶. Esta droga llegó a popularizarse como la 'droga de los pobres', aumentando su consumo en un 200% desde el 2001 hasta el 2005 (SEDRONAR, 2005).

A diferencia del clorhidrato de cocaína, para cuya elaboración se necesita un laboratorio con cierta complejidad en la infraestructura, el Paco es de elaboración casera. Se trata de una sustancia altamente adictiva y la persistencia en su consumo puede causar trastornos irreparables en la salud y en algunos casos, por dosis elevadas, la muerte.

De acuerdo con los precursores químicos que se utilicen, el color varía entre amarillento o amarronado, se fuma en pipas hechas generalmente con caños de aluminio de

¹⁶ El Paco es un producto intermedio del proceso de elaboración de la cocaína. Al macerar las hojas de coca y mezclarlas con solventes de alta toxicidad, como parafina, bencina, éter y ácido sulfúrico, se obtiene esta sustancia psicoactiva. Entendemos por sustancia psicoactiva a todo elemento que, al ser incorporado al organismo, actúa sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física, psíquica y/o intelectual.

antenas de televisión o guías de cortinas. Los consumidores pueden llegar a fumar entre 10 y 15 "pacos" en un día, en combinación con alcohol ese número puede ascender a 50 o 60 o más en un solo día.

Cada día son más los niños/as y jóvenes que llegan a los hospitales con graves daños neurológicos y otros problemas de salud de severa entidad por el uso de esta droga. De acuerdo a los estudios realizados por el Observatorio del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA) en los Hospitales Generales de Agudos Dr. R. Piñeyro y Dr. J.A. Penna¹⁷ en el 2008, en una semana llegaron a la guardia médica de estos hospitales 10 menores de edad en estado de intoxicación aguda, con variados niveles de alteración de la conciencia y riesgo de vida.

De acuerdo con el estudio realizado por la investigadora María Cecilia Arizaga para la SEDRONAR¹⁸, el Paco es un producto intermedio del proceso de elaboración de la cocaína que se obtiene al macerar y mezclar las hojas de coca con solventes de alta toxicidad, como parafina, bencina, éter y ácido sulfúrico. Pero, en líneas generales, existe una confusión muy grande en consumidores y profesionales acerca de qué es y cómo se elabora esta droga. Las teorías explicativas de los profesionales que la autora especifica son básicamente dos: **No hay diferencia sustancial entre PBC y Paco y Sí hay diferencia sustancial entre PBC y Paco.** El Paco es más nocivo que la PBC porque no tiene sulfato de cocaína, ni hidrocarburos, porque es cocaína alcaloide pura, como el crack.

Los consumidores y la población en general usan el nombre de PBC, sin diferenciar los aspectos químicos de una y otra sustancia. En realidad, actualmente en la Ciudad de Buenos Aires, la gente consume Paco de diversas calidades, a diferencia de 7 años atrás que en la Ciudad y en el país se consumía PBC. El Paco es una sustancia más nociva que la PBC.

Según Arizaga, los que reconocen una diferencia entre el Paco y la PBC se subdividen en dos categorías de acuerdo con el criterio de diferenciación: a- por modo de consumo¹⁹, y b- por composición y modo de preparación²⁰.

¹⁷ Cuestionario: SEDRONAR / OEA. Población: Total de casos 1.047 llegados a la guardia de emergencias de los Hospitales Generales de Agudos Dr. Piñeyro (645 casos) entre la semana del 20 al 26 de octubre y Dr. J.A. Penna (402 casos) entre la semana del 27 de octubre al 2 de noviembre.

¹⁸ Aspectos cualitativos del consumo de pasta base de cocaína/paco, 2007.

¹⁹ La diferencia se basa en que la PBC se consume en pipa y el Paco en cigarrillo. La pipa para consumir PBC la fabrica el consumidor con latas de gaseosa abolladas o tubitos de aluminio (antena de TV o tubo de cortina). Para consumir el Paco se puede comprar un cigarrillo en el quiosco o bien fabricarse un cigarrillo tipo porro de marihuana.

²⁰ La diferencia se basa en: a- Cuando la pipa se hace con lata de gaseosa, es PBC y cuando la pipa se hace con tubitos (o cañitos de virulana y aluminio) es Paco. El consumo de PBC se asocia al consumo de personas de sectores medios, medio bajos y bajos con inclusión social y el de Paco a consumo de grupos más marginales (sin inclusión social); b- PBC es la sustancia que venden a los consumidores y Paco al modo de consumo que estos le dan; c- Se hace referencia a los elementos que se colocan en la cocción o en la preparación final en la pipa, caño, tubo o cigarrillo; d- La diferencia se basa en el proceso de cocción, existiendo dos teorías principales: d1- Teoría de la Resaca: Se asocia resaca con Paco, siendo la resaca el resto del proceso de producción de cocaína. El Paco tendría menor calidad y mayor riesgo por ser el rejunte de lo que queda en la olla después de la cocción, más el agregado de otras sustancias para hacer rendir más la resaca. Los consumidores dicen que la PBC viene en piedra y es amarillenta y el Paco, resaca menos pura, viene en polvo y es blanco. d2- Teoría del Corte: La PBC es más pura y el corte se produce antes que finalice el proceso de elaboración de la cocaína (detención del proceso de cocción). El riesgo de la PBC y su calidad dependen de con cuáles sustancias se corte el proceso de purificación de la cocaína.

En cuanto a los daños que produce el consumo de PBC/Paco, existen efectos físico-corporales (delgadez extrema y rápida, problemas de vista, heridas en los labios producidas por la pipa), orgánicos (problemas pulmonares como dificultad para respirar y daños neurológicos), psicológicos (pérdida de proyectos y de sentidos, desmotivación, despersonalización, miedo, paranoia) y sociales (pérdida de redes sociales familiares, escolares, laborales, etc.).

En el citado informe de la SEDRONAR se considera que los riesgos están más relacionados con la situación de inclusión/exclusión del consumidor que con las sustancias; por ejemplo, los sectores medios poseen recursos simbólicos y de inclusión que actúan como factores de protección. En relación a este punto, desde la perspectiva del Observatorio del GCABA, se considera que la inclusión social del consumidor, como factor de protección para no alcanzar niveles dañinos de consumo, es válido para todo tipo de sustancia y de las diversas modalidades de consumo.

Existen antecedentes de otros estudios sobre consumo de Paco a nivel nacional, como el *“Estudio de consumo de sustancia psicoactivas en niñas, niños y adolescentes en situación de calle”* OAD de SEDRONAR/Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2005), el *“Informe de Consumo de pasta base/Paco en Argentina”* SEDRONAR (2006) y *“Estudios Cualitativos del Consumo de Pasta base de Cocaína/Paco”* SEDRONAR (2007).

También cabe mencionar el estudio que desarrolló la Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires en hogares de una villa del sur del Gran Buenos Aires²¹, que aportó datos sobre la condición de doble excluido del *paquero* quien forma parte de un grupo social aislado (pobres estructurales) a la vez que es aislado también por familiares, amigos y vecinos dado el estigma de ‘sujeto peligroso’ que le otorga el consumo de Paco.

El Observatorio de la Coordinación de Adicciones del GCABA, en el informe sobre *Consumo de Sustancias en Población General* (Ciudad de Bs. As., 2006), refiere que la prevalencia de consumo de Paco alguna vez en la vida es mayor a medida que aumenta el nivel de pobreza (1,1%). En relación al concepto de NBI, que muestra básicamente la “pobreza estructural”, se observa que en la población con NBI la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es del 2,8%, mientras que en la población sin NBI el consumo alguna vez en la vida es del 0,9%.

²¹ (2006) El estudio realizado en 643 viviendas, concluyó que el 13,8% del total de vecinos consumía drogas ilícitas, grupo dentro del cual, el 47,2% consideraba la pasta base como su droga principal.

Cuadro 1. Consumo de Paco en la vida según condición de pobreza y necesidades básicas insatisfechas. Población de 12 a 65 años de la Ciudad de Bs. As. (2006).

Paco prevalencia de vida	Total	Necesidades básicas insatisfechas		Pobreza		
		No NBI	NBI	Indigente	Pobre no indigente	No pobre
Si	1,3%	0,9%	2,8%	3,5%	1,9%	1,1%
No	98,7%	99,1%	97,2%	96,5%	98,1%	98,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

CABA (2006)

Los consumidores de Paco en la población general son en su mayoría varones de hasta 25 años. Este dato va al encuentro de los hallazgos de dos estudios realizados con pacientes en tratamiento en Ciudad de Buenos Aires: Estudio sobre *Consumo de Pacientes en Tratamiento del año 2006*²² y Estudio sobre *Consumo de Pacientes en Tratamiento* de enero de 2009²³.

Cuadro 2. Consumo de Paco en la vida según sexo y grupos de edad. Población de 12 a 65 años de la Ciudad de Bs. As. (2006).

Paco prevalencia de vida	Total	Sexo		Grupos de edad					
		Varón	Mujer	Hasta 18	19-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Si	1,3%	1,70%	0,9%	1,3%	3,2%	0,9%	1,9%	0,3%	0,5%
No	98,7%	98,3%	99,1%	98,7%	96,8%	99,1%	98,1%	99,7%	99,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

CABA (2006)

²² Población: Pacientes en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (Centros de Tratamiento notificados en el RCPT de SEDRONAR). Cuestionario: SEDRONAR/OEA. N° de centros: 19. N° de casos: 677. Trabajo de Campo: enero 2006 a julio 2007.

²³ Población: Pacientes en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (Centros de Tratamiento prestadores del Gobierno de la CABA). Cuestionario: SEDRONAR/OEA. N° de centros: 14. N° de casos: 100. Trabajo de campo: desde el 1 de diciembre de 2008 hasta el 5 de enero de 2009 incluido.

El consumo de Paco en la Ciudad de Buenos Aires también fue indagado en la población de estudiantes secundarios en el año 2007²⁴, donde se halló que el 2,3% de los estudiantes consumió Paco alguna vez en la vida (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Consumo de Paco en la vida según sexo y grupos de edad. Estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires (2007).

Paco prevalencia de vida	Total	Sexo		Grupos de edad		
		Varón	Mujer	14 o menos	15/16	17 o más
Si	2,3%	3,3%	1,5%	1,6%	2,5%	3,2%
No	97,7%	96,7%	98,5%	98,4	97,5	96,8
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

CABA (2007)

El Paco y los inhalantes son las drogas que se consumen a más temprana edad entre los adolescentes escolarizados; resultando la media de edad de inicio en los 12 años para ambas sustancias. El promedio de edad de inicio en el consumo de otras drogas se verifica mucho más tardíamente (marihuana, cocaína y éxtasis, 14 años) (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Indicadores estadísticos de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Estudiantes secundarios de la Ciudad de Bs. As. (2007).

Edad de inicio	Marihuana	Paco	Cocaína	Inhalantes	Éxtasis
Media	14,2	12,7	14,2	12,2	14,3
Desv. Típ.	3	4	2,9	3,7	2,5

CABA (2007)

La Ciudad de Buenos Aires, no escapando a esta manifestación epidémica de consumo de sustancias psicoactivas, debe afrontar estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, para dar respuesta a la problemática de cientos de niños/as y jóvenes que consumen drogas legales e ilegales e implementar estrategias preventivas adecuadas. Para dar apoyo al diseño e implementación de políticas idóneas en la

²⁴ "Consumo de Sustancias en Estudiantes Secundarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" en www.observatorio.buenosaires.gob.ar

materia, se investigan en la actualidad diversas dimensiones del consumo: social, simbólica e imaginaria; colectiva e individual, así como las representaciones que niños/as y jóvenes tienen sobre sí mismos y su mundo.

Los niños/as en situación de calle resultan un grupo de población con mayor vulnerabilidad, sea por la falta de referentes adultos desde temprana edad, los períodos de escolarización extremadamente breves y discontinuos, la falta de residencia fija y el autosustento que complejizan el cuadro de salud física y mental. Los jóvenes actualmente en tratamiento, si bien la mayor parte de ellos provienen de hogares sumamente pobres, han sido escolarizados y han vivido al cobijo de un techo en el marco de algún tipo de organización familiar regida por adultos durante períodos más prolongados que los niños/as en situación de calle.

Las razones de este estudio se asocian a la necesidad de información específica en los grupos de niños/as consumidores en situación de calle, y en los jóvenes a los cuales el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires presta asistencia para la rehabilitación. Si bien se trata de dos grupos de población vulnerables para el consumo de esta sustancia, los mismos se diferencian netamente, motivo por el cual fue necesario incluir ambos, buscando información sobre las especificidades en los hábitos de consumo.

4. LA CALLE COMO AGENTE SOCIALIZADOR

El alarmante fenómeno sociodemográfico de los niños y niñas en situación de calle ha puesto de manifiesto la importancia de conocer con mayor profundidad las necesidades de estos niños/as sin hogar en relación con la salud, incluyendo temáticas asociadas al funcionamiento de las redes sociosanitarias y a la eficacia de los programas de prevención y asistencia en consumo de drogas implementados.

El niño/a en situación de calle se caracteriza por la inestabilidad de las relaciones afectivas con el mundo de los adultos que deriva en una identificación insuficiente con modelos de adultos estables. La ausencia de referencias estables (donde toda relación puede ser súbitamente perturbada por un acontecimiento imprevisto y súbito que los obliga a estar en constante movimiento con el fin de protegerse), los lleva a desarrollar un agudo sentido de la observación (Lucchini, 1996).

Asumen constantemente el presente con gran esfuerzo psíquico y afectivo, en el marco de las relaciones sociales inestables y discontinuas donde el consumo de droga deviene en un medio más, utilizado para afrontar problemas de adaptación social, al medioambiente y de supervivencia psíquica. La miseria, el grado de abandono y las carencias en el plano de la salud, de la formación escolar y de la familia, hacen que la lucha por la supervivencia sea un problema permanente. Se trata, en primer lugar, de la supervivencia física, psíquica y social.

Estando en constante movimiento con el fin de protegerse, saben reconocer con facilidad signos de peligro o de facilitación vinculados con la supervivencia en la calle que guían en forma aislada las conductas. Esta circunstancia condiciona el aprendizaje de las normas perceptivas, de evaluación y de comportamiento que organizan las relaciones con el entorno y que van configurando la identidad.

El concepto de riesgo²⁵ es de suma utilidad para el estudio de estas poblaciones, donde la prevención y detección temprana de los riesgos pueden condicionar la realidad. El aislamiento social, la escasa/ausente relación con adultos cuidadores, la pobre o nula escolarización y la falta de formación en temas asociados a la salud entre otras cosas, hacen que estos niños/as y jóvenes carezcan de la información suficiente para prevenir/evitar la continua vulneración de sus derechos.

Los indicadores de riesgo y/o daño indican vulnerabilidad social en niños/as y adolescentes y son fundamentalmente condiciones del entorno, o factores de riesgo externos al sujeto/factores sociales de vulnerabilidad, a los que se van añadiendo señales incipientes de daño psicosocial. Pueden ser considerados como indicadores de riesgo en estos grupos vivir en ranchadas, barrios carenciados, no tener familia o tener familias disfuncionales, dificultades escolares, inicio temprano en el consumo experimental u ocasional de alcohol/drogas, presentar problemas de conducta por transgresiones menores, implementar tempranamente estrategias de autosustento, pertenecer a redes familiares y/o de pares en conflicto con la ley y haber entrado en el circuito de interven-

²⁵ Riesgo: Es la probabilidad de que los miembros de un grupo específico desarrollen un trastorno particular durante un período determinado.

ciones gubernamentales/sociales y de institucionalización.

Si bien esta población se presenta en un proceso continuo y gradual de transición respecto a las diversas situaciones de vivencia de calle y a todos se los reconoce con la denominación *niños/as en situación de calle*, se pueden distinguir dos grupos: los “*niños/as y adolescentes en la calle y niños/as y adolescentes de la calle*” (CONACE, 2006). Se reconoce a los *niños/as de la calle* como un grupo extremadamente vulnerable y con alto nivel de complejidad psicosocial, vínculos familiares escasos o nulos y estrategias de supervivencia que comprometen gravemente el ejercicio de los derechos del niño (mendicidad, robo, explotación y comercio sexual) que dificultan el acceso y permanencia en el sistema escolar y facilita la cronificación en el consumo de drogas.

El grupo de *chicos en la calle* se caracteriza por ser muy heterogéneo, donde el grado de vulnerabilidad depende del tiempo de permanencia en la calle, la complejidad de las problemáticas familiares, la situación de integración escolar, los niveles de consumo de drogas, la inclusión y magnitud de actividades delictivas (infracciones o faltas menores, o estar en infracción por haber cometido delitos).

Sintetizando, desde el punto de vista de esta caracterización, los niños/as *de la calle* se encuentran desamparados, sin adultos significativos de referencia para la toma de decisiones cotidianas y para su supervivencia y viven en la calle permanentemente. Los niños/as *en la calle*, en líneas generales, retornan asiduamente a hogares y tienen adultos significativos que guían y/o determinan las estrategias de supervivencia, en un contexto de conflictividad en el seno de la vida familiar.

Ambos grupos forman parte de la población de niños/as *en calle*, cuyas actividades cotidianas comprenden mayor o menor riesgo personal de acuerdo a si las realizan solos o con la familia. En estos niños no se satisfacen las necesidades básicas, por el contrario, se vulneran en forma sistemática los derechos de la persona, no cumpliéndose por ende los requisitos indispensables para el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia.

De acuerdo a la legislación argentina son niños/as, pero de acuerdo al modo de supervivencia son adultos que se autodeterminan y autoabastecen diariamente. Se trata de personas que tienen su niñez y adolescencia amenazadas, situación que genera sentimientos y actitudes de signo variado en el resto de la ciudadanía. El sentido de amenaza alcanza la construcción de la identidad de la persona, basada en acciones y figuras de identificación discontinuas, bajo el constante estrés de la amenaza física (hambre, violencia, tiempo inclemente, sustancias que dañan la salud, etc.)²⁶.

Alfredo Moffat (1991) incorpora el concepto de ‘*acronicidad psíquica*’ para describir el estado de niños/as y adolescentes en calle que no tienen historia ni conciencia de finitud; sólo un lenguaje de acción sin aprendizaje donde la droga resulta una de las expresiones más acabadas. Niños/as y jóvenes sin vínculos afectivos significativos donde espejar una identidad, sin las categorías básicas de tiempo y espacio para ordenar el pensamiento, las percepciones con sentido histórico en presente, pasado y futuro.

²⁶ Muchas veces la identidad se ve amenazada hasta por la falta de un DNI que dé cuenta de la propia existencia y, en muchos casos, el reconocimiento por medio de nombre o apodos sin apellidos que den cuenta de la pertenencia a un tronco familiar.

En la Ciudad de Buenos Aires, la Dirección General de Niñez y Adolescencia realizó en enero de 2008 un censo de niños/as y adolescentes en las calles de la CABA donde se incluyeron, entre otras, preguntas específicas sobre consumo de sustancias en población de calle y datos afines. Los niños/as y adolescentes fueron abordados por los primeros dispositivos del circuito de atención en calle (Equipo Móvil²⁷, CAINA²⁸ y dispositivos de tránsito: Paradores y ONGs).

²⁷ Equipo móvil: La atención en calle consiste en el abordaje de la población de niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que se encuentren en situación de calle de manera activa y permanente a través de equipos interdisciplinarios. El servicio se brinda 24 h al día. El equipo de Operadores Sociales actúa directamente en la calle y junto a un equipo multidisciplinario realiza acciones que fomentan la construcción de un vínculo de confianza con el fin de constituirse en un referente del niño/a. Además, estos equipos trabajan en acciones que apuntan a la restitución de los derechos de los niños/as y/o a la reducción de daños. Los objetivos principales son:

- Asistir situaciones de emergencia y alta vulnerabilidad social de niños y niñas, al igual que adolescentes en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires.
- Acudir por el llamado de los mismos niños/as o adolescentes como así también de cualquier vecino/a que informe de alguna situación de un niño/a solo en la calle, a los efectos de brindarle asistencia.
- Promover alternativas a la situación de calle, a través de información sobre los distintos medios o servicios disponibles desde el GCBA.

²⁸ Centro de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia (CAINA): Centro de Día que, desde el marco del Programa de Protección Integral, atiende a niños/as y adolescentes en situación de calle que concurren espontánea y voluntariamente. El CAINA está abierto de lunes a viernes de 8.30 a 16 h, durante todo el año. Concurren niños, niñas y adolescentes en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, entre los 8 y 18 años. Sin embargo, también se contemplan casos de jóvenes mayores de 18 años -con los que se tuvo vinculaciones previas- como también de niños/as menores de 8 años -hermanos y/o hijos de los/as adolescentes que concurren a la Institución. El horario de ingreso es hasta las 11 h, con la excepción de niños/as y adolescentes que concurren acompañados por operadores de equipo móvil o de otros programas gubernamentales o de la sociedad civil. No es necesario contar con documentación para ingresar y el acceso a la institución es libre y voluntario. Se realizan las siguientes actividades:

- Actividades de atención básica
 - Servicios básicos de alimentación (desayuno, almuerzo y merienda).
 - Servicios básicos de higiene (baño, ropería y peluquería).
- Actividades educativas
 - Talleres expresivos (música, plástica, literatura, percusión, cerámica y circo).
 - Programa Puentes Escolares del Ministerio de Educación del GCABA (funciona desde 2001), a través del cual se brindan dos talleres escolares.
 - Cartelera de la "Palabra Cainera": actividades literarias.
 - Taller sobre embarazo en la adolescencia: propuestas desde la perspectiva de género.
 - Taller de Radio: espacios de comunicación.
- Elaboración de diagnóstico y establecimiento de estrategias de intervención social.
 - Entrevistas y encuentros con los referentes familiares de los niños y niñas, promovidos desde la Institución, para la reinserción familiar y comunitaria.
- Reinserción en ámbitos convivenciales (regreso familiar u otras derivaciones).
 - En los casos en que sea posible -y aunque no siempre sea definitivo- se promueve el regreso de los niños y niñas a sus respectivos grupos familiares.
- Asesoramiento jurídico. Desde "lo jurídico" se trabaja en dos actividades centrales.
 - Asesoramiento y documentación para los concurrentes.
 - Asesoramiento y documentación para las familias con las que se interviene.
- Acceso a la salud
 - Las intervenciones se orientan a facilitar el acceso y circulación de los niños, niñas y adolescentes concurrentes al sistema de Salud.

Entre los datos más relevantes surge que solo el 21% de los niños nació en la Ciudad de Buenos Aires. Los niños del Gran Buenos Aires tienen más hermanos en calle que los originarios de la ciudad. En líneas generales paran con pares, ya que solo el 27% para con adultos y/o familia. Algo más del 30% de las niñas estuvo embarazada alguna vez, la mitad de las cuales tuvo un hijo; 25% de los varones se fue de la casa por conflictos familiares y un cuarto por maltrato físico o abuso sexual.

El tiempo medio de residencia en la calle es de un año y el 50% de los niños/as mantiene contacto con su familia, que va disminuyendo paulatinamente a medida que aumenta la edad de los entrevistados. Del total de niños/as y adolescentes entrevistados, el 75% no asiste a la escuela, prevalencia que aumenta en los mayores de 13 años. Menos del 20% completó los estudios primarios y la proporción de quienes no asisten a la escuela es mayor entre quienes viven en la Provincia de Buenos Aires que entre aquellos que residen en la Ciudad.

Más del 75% consumió algún tipo de drogas, resultando la marihuana la sustancia más consumida, el tolueno la segunda, y en tercer lugar el alcohol. Consumen entre pares, los más pequeños preferentemente de día y los mayores en horarios nocturnos. Entre los consumidores de mayor edad, menos del 20% hizo tratamiento.

Casi la mitad de los niños/as y adolescentes manifiesta tener una causa judicial. En las mujeres predominan las causas asistenciales, mientras que entre los varones predominan las causas penales por robo. Más del 40% ha estado en un Instituto cerrado por robo y consumo de sustancias. Manifiestan tener planes para el futuro, prevalentemente los niños que mantienen contacto con las instituciones escolares (estudiar los más pequeños y trabajar los más grandes).

Pese a los esfuerzos censales, se sabe que gran parte de la población de niños/as y adolescentes no participa en los estudios generales de población instrumentados bajo la forma de encuestas a hogares, ni en los estudios de consumo en niños/as y adolescentes escolarizados debido a que están en situación de calle²⁹, dando lugar a la existencia de lagunas de información que dificultan el diseño e implementación de programas preventivos y asistenciales para estos grupos de población.

Por otro lado, es sabido que para promover cambios duraderos en las vidas de estos grupos marginados, es necesario desarrollar iniciativas preventivas, terapéuticas y de intervención específicamente diseñadas en base a datos fidedignos. Es por esto que resulta de suma importancia la realización de estudios específicos tanto para los niños/as y adolescentes en situación de calle, como para otros grupos de población en condiciones de riesgo y daño social, omitidos en los estudios por razones operativas en zonas sociales críticas.

²⁹ Entendemos por esta definición, a la población comprendida entre el tramo de edad de 7 a 17 años de edad, de ambos sexos, que hacen de su permanencia en la calle y otros espacios públicos (estaciones, plazas, etc.) su modo de hábitat la mayor parte de la jornada, pudiendo incluir el acto de pernoctar en dichos lugares.

5. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO EN LOS JÓVENES EN TRATAMIENTO

De acuerdo con el informe del observatorio del GCABA sobre el Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento 2007³⁰, los pacientes en tratamiento en la Ciudad de Buenos Aires son prevalentemente varones jóvenes con bajo nivel de escolarización y de ocupación. El nivel ocupacional es más bajo en las mujeres que en los varones, siendo mayor el porcentaje de mujeres estudiantes. Casi la mitad de los pacientes posee ocupaciones con calificación media, y el 40% ocupaciones operativas o no calificadas.

Según este estudio, alrededor del 70% de los pacientes ha consumido a lo largo de su vida tres y más drogas ilegales. La prevalencia de consumo de drogas legales en la Ciudad de Bs. As. es similar al valor de consumo de regional³¹. Esta similitud no se verifica en cuanto al consumo de drogas ilegales, ya que en la Ciudad de Buenos Aires la prevalencia de consumo de estas drogas supera notablemente la prevalencia de consumo en la región centro del país.

Cuadro 5. Distribución de los pacientes según cantidad o número, Ciudad de Buenos Aires (2007).

Cantidad/nº de drogas consumidas	Total
Una	12,1%
Dos	16,7%
Tres	20,4%
Cuatro	16,9%
Cinco	15,0%
Seis o más	18,8%
Total	100%

CABA (2007)

La historia de consumo de los pacientes revela que la marihuana se consume en primer y segundo lugar y la cocaína en tercer y cuarto lugar. En cuanto al éxtasis, los tranquilizantes y el Paco, se incorporan entre el cuarto o quinto lugar en la cronología de consumo. La marihuana es la droga ilegal de inicio en la mayoría de los pacientes a los 13 años. A los 14 años ya han probado una segunda droga, y a los 17 años generalmente ya han consumido hasta seis drogas ilegales. La mayoría de los pacientes al inicio del tratamiento es policonsumidor (ver cuadro 6).

³⁰ Pacientes en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (Centros de Tratamiento notificados en el RCPT de SEDRONAR). Cuestionario: SEDRONAR/OEA. N° de centros: 19. N° de casos: 677. Trabajo de campo: enero 2006 a julio 2007.

³¹ SEDRONAR, (2007), "Tercera fase del registro continuo de pacientes en tratamiento. Informe Regional de resultados: Informe Región Centro".

Cuadro 6. Distribución de los pacientes según modalidad de consumo durante los 30 días anteriores al tratamiento. Registro continuo de pacientes en tratamiento de la Ciudad de Bs. As. (2007).

Modalidad de consumo	Porcentaje
Monoconsumo	34,7%
Policonsumo	65,3%
Total	100%
CABA (2007)	

Las drogas que mayormente motivan la demanda de tratamiento son la cocaína, el Paco, el alcohol y la marihuana. A su vez, los pacientes encuestados consideran que la droga que más daño les había causado es en primer término la cocaína, en segundo término el Paco y en tercer término el alcohol. Los datos indican que las drogas con mayores niveles de consumo son la cocaína, la marihuana y el Paco. Las drogas que motivan el tratamiento son las mismas que los pacientes perciben como las que más daño les han hecho. Varones y mujeres perciben que el Paco es la droga que mayor daño les ha causado, en segundo término la cocaína HCL y en tercer término la marihuana.

Cuadro 7. Droga que más daño le causa. Registro continuo de pacientes en tratamiento de la Ciudad de Bs. As. (2007).

Droga	Total
Alcohol	14,7%
Tabaco	3,0%
Solventes o inhalantes	3,6%
Marihuana	9,3%
Cocaína HCL	42,7%
Paco	23,0%
Tranquilizantes	2,7%
Otras drogas	3,5%
Total	100%
CABA (2007)	

Es innegable que las prácticas profesionales e institucionales no son ajenas a los avatares sociales, políticos, económicos y culturales del país, ya que hoy llegan al tratamiento los jóvenes que comenzaron a consumir a partir de la crisis del 2001. Cuando se lee al azar una historia clínica de algún paciente asistido por la Red de la Ciudad de Buenos Aires, se encuentran sucesivos fracasos familiares y sociales, una vida en calle más o menos prolongada y consumo de sustancias. Es decir, las historias clínicas ofi-

ción de *documentos testigo de crónicas vitales de adictos* detectados tardíamente, por lo menos 4 a 7 años después de haber alcanzado un nivel de consumo problemático que justificara su ingreso al tratamiento.

Estos adolescentes refieren fugas reiteradas de hogares e instituciones por las que circularon, con familias disfuncionales, desconocimiento de figuras de autoridad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad y ausencia de conciencia de enfermedad. Fueron niños/as *desalojados* del hogar y del código social que hay que realojar urgentemente. Ofrecer nuevos territorios, nuevos modelos de vida y por sobre todas las cosas, alojar en niños/as y jóvenes la idea de futuro, más allá de la perenne inmediatez de la sustancia a la que están habituados.

Cuando en estos adolescentes se verifican niveles adictivos de consumo, la pregunta que surge es entonces cómo instrumentar tratamientos posibles y adecuados, garantizando además el cumplimiento de los mismos. En la actualidad, muchos de ellos son diagnosticados como adictos con Trastorno Límite de la Personalidad o Trastorno Antisocial de la Personalidad y son incluidos en tratamiento dentro un sistema articulado como red asistencial, que cuenta con diversas modalidades de asistencia. Por su “carácter antisocial” algunos no son incluidos en los grupos y son atendidos en forma domiciliaria por disposición judicial y, dentro de lo posible, en tratamientos ambulatorios bajo la modalidad de consultorio externo ampliado. ¿Es esta la forma de abordaje más adecuada?

Los pacientes judicializados, más que pacientes, se consideran a sí mismos y son considerados convictos en tratamiento, diagnosticados con patologías psiquiátricas que hacen referencia a los efectos de la conducta en el medio, pero que nada dicen de las vivencias subjetivas, ni de los significados que estos pacientes otorgan al consumo. Es decir, los jóvenes finalmente realizan tratamientos más adecuados a las indicaciones judiciales y necesidades de control social que a las necesidades personales.

En función de esto, entre otras cosas, surgió la necesidad de caracterizar lo más fidedignamente posible el perfil de estos consumidores asistidos por la red asistencial de la Ciudad de Buenos Aires, determinando las características del patrón sociocultural del uso de sustancias, las representaciones dominantes en el imaginario y los significados y vivencias subjetivas de los grupos de población afectados por la problemática.

6. METODOLOGÍA

Realidades humanas complejas³² como las de estos niños/as y adolescentes consumidores de Paco y otras drogas, asistidos o no terapéuticamente, exigieron la implementación de una metodología de estudio que permitiera la comprensión del fenómeno del consumo en “*poblaciones en vulnerabilidad social*”³³ en forma holística, para poder captar los factores sociopolíticos, históricos y económicos.

Aún a sabiendas de que NO hay observaciones objetivas sino contextualizadas socialmente y que NO existe un único método a través del cual podamos alcanzar y comprender totalmente las sutiles variaciones de la experiencia humana, se decidió implementar metodologías cualitativas de investigación que dieran cuenta de:

- La particularidad del fenómeno a indagar (patrones socioculturales que sustentan las prácticas de consumo a fin de comprenderlas en su especificidad y particularidades en grupos vulnerables).
- Las características del contexto de vida cotidiana intentando comprender el sentido de los fenómenos de acuerdo con los significados que tenían para las personas implicadas.
- Las iniciativas, experiencias y las expresiones subjetivas y los significados dados por los propios sujetos estudiados en estos particulares grupos de población.
- Las percepciones de los actores del fenómeno del consumo desde adentro y las formas en que narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas.

Las técnicas cualitativas para la recolección difirieron de acuerdo a si se trataba del campo con niños/as y adolescentes en situación de calle (entrevistas en profundidad), o del relevamiento de los datos en sedes institucionales donde los jóvenes están realizando tratamientos de rehabilitación por consumo de sustancias (grupos focales).

6.1. Objetivo general

Se trata de un estudio de carácter etnográfico para definir el perfil de *niños/as en situación de calle y jóvenes asistidos* en tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias en instituciones que componen la red asistencial de la Ciudad de Buenos Aires³⁴. Este estudio no tuvo como propósito dar respuesta exhaustiva a todas las pro-

³² "Complexus quiere decir, lo que está tejido en conjunto: la trama, el tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados que presenta a la vez la paradoja de lo uno y lo múltiple; un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que constituyen nuestro mundo fenoménico". (Morin, 1997, pp. 32).

³³ Población en vulnerabilidad social es una expresión que hace referencia a una población heterogénea, en la que se observan distintos grados de complejidad/vulnerabilidad psicosocial. Los programas de prevención selectiva que intervienen en el ámbito psicosocial están enfocados a la población de mediana y alta complejidad, que corresponde a la llamada población en situación de calle, a la que generalmente no llegan, ni se ve influida por otros programas preventivos comunitarios o escolares.

³⁴ Actualmente en la CABA se atiende a casi 200 niños/as y adolescentes consumidores de paco.

blemáticas de esta población, sino aportar datos sobre las dimensiones establecidas de modo tal de producir información tendiente a circunscribir la problemática, para efectuar adecuadas intervenciones por parte del Estado y la sociedad civil.

Aún sabiendo que sin un cambio de las condiciones de vida de estos niños/as y adolescentes, el consumo continuará siendo una actividad importante en sus vidas, este estudio busca explorar el contexto en el que se da el consumo, incluyendo las representaciones del niño sobre sí mismo y el mundo y las relaciones con el medio (control social, socialización y adquisición de estatus social, circunstancias que condicionan las vicisitudes del consumo de sustancias y la percepción subjetiva y vivencias de las mismas).

Se trata de un estudio descriptivo transversal con informantes claves de carácter cualitativo que comprende la indagación de los significados del consumo de Paco y otras drogas desde la perspectiva de los actores: niños/as y adolescentes en situación de calle y jóvenes asistidos en tratamiento.

6.2. Objetivos específicos

6.2.1. Niños/as y adolescentes en situación de calle

Caracterizar, teniendo en cuenta el contexto social y cultural específico, el tipo de modalidad de consumo de sustancias en general y de Paco en particular y las funciones que el mismo cumple en las estrategias de vida del niño de la calle, las representaciones sociales e individuales, así como el sentido que el niño da a este consumo.

6.2.2. Jóvenes asistidos en tratamiento

Caracterizar desde el punto de vista del perfil de los consumidores asistidos por la red asistencial de Ciudad de Buenos Aires, el tipo de modalidad de consumo de sustancias en general y de Paco en particular, las representaciones sociales e individuales, así como el sentido que se le daba a este consumo.

6.3. Instrumentos y procedimientos de registro

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos (guía de entrevista en profundidad y guía de grupos focales), permitieron estudiar el fenómeno del consumo de sustancias, representaciones, significados y vivencias en niños/as y adolescentes que aún se encuentran haciendo vida de calle, y también en población de jóvenes que actualmente ha ingresado en una instancia de tratamiento dentro del circuito institucional.

Se realizó una prueba piloto durante el mes de diciembre del año 2008 de las guías de observación y registro de datos vinculados al consumo, dentro del segmento seleccionado.

El proceso de la información se realizó con el software para análisis cualitativo NUMIS.

6.3.1. Dimensiones de análisis

6.3.1.1. Dimensiones para la población en calle:

- La calle como ámbito de vida
- Las bandas de niños/as y de adolescentes y su subcultura
- La socialización del niño en la calle
- Los procesos de crecimiento
- Los desplazamientos del niño en la ciudad
- Relatos e historias biográficos
- El acceso a la droga y las modalidades de consumo
- Utilización de niños/as en el tráfico de drogas
- Drogas utilizadas y frecuencia de consumo
- Funciones de la droga en el grupo de niños/as
- Iniciación en el consumo de la droga y situaciones típicas de consumo
- Utilización del alcohol
- Significados y vivencias del consumo
- El valor de las instituciones (paradores, hogares, instituciones de salud, etc.)
- Futuro, expectativas y proyectos

6.3.1.2. Dimensiones para la población en tratamiento:

- Iniciación en el consumo de la droga y situaciones típicas de consumo
- Historia de consumo
- Cantidades, frecuencias y caracterización de los modos y lugares de consumo
- Consumo individual y consumo grupal, orígenes y naturaleza de los grupos
- Vicisitudes de los vínculos familiares y sociales en general a lo largo de la historia de consumo
- Prevalencia de su consumo en diferentes lapsos para diferentes grupos de edad, sexo y condiciones socioeconómicas
- El acceso al Paco, recorridos e historias delictivas
- Participación en el tráfico de drogas
- Utilización de otras drogas
- Los momentos del consumo: búsqueda y compra, la locura, la incertidumbre, el descontrol, el bajón
- Significados y vivencias en relación al consumo
- La relación con la muerte
- El sentido de los tratamientos y los proyectos de vida

6.4. Trabajo de campo

- Se realizaron 50 entrevistas en profundidad a niños/as en situación de calle, varones y mujeres de 8 a 15 años de edad, estando a cargo del relevamiento un grupo de profesionales apósitamente capacitado en la metodología. El trabajo de campo fue realizado en el curso de treinta días en hogares, calles y plazas de la Ciudad de Buenos Aires.
- Se realizaron 12 grupos focales de entre 6 y 10 jóvenes en tratamiento cada uno, con una duración de una hora y media en el marco de espacios físicos provistos por las instituciones donde se desarrollan los tratamientos de rehabilitación por consumo de sustancias de los pacientes derivados por la Coordinación de Adicciones del GCABA. El trabajo de campo fue realizado en el curso de sesenta días.
- El trabajo de campo fue ejecutado por la UNTREF, las entrevistas y los grupos focales fueron realizados por profesionales de ciencias sociales y de la salud (Gonzalo Beladrich, Marcela Bergandi, Juan Duacastella, Florencia Dirie y Stella Maris Maiztegui).

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LAS ENTREVISTAS CON NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE

***“Consumo Paco y me pongo re-loco, no pienso en nada y no tengo más miedo”
(niño de 12 años)***

7.1. ¿Cómo y dónde se crece?

Los niños de la calle provienen tanto de contextos de pobreza estructural como de familias empobrecidas en las últimas décadas, donde la desintegración de los vínculos familiares es el denominador común (*“No voy a mi casa, con mi vieja está todo mal, mi papá se murió, yo vivía con mi abuelo y mi tía que me hacían trabajar y después me echaron”; “Voy a casa como cada dos o tres semanas, tengo 7 hermanos que están en los institutos... vivía con mi madrastra y con mis hermanos pero se fueron yendo todos”; “A mi papá no lo conozco. A veces me voy unos días a la casa del novio de mi hermana porque me viene a buscar mi hermano y me pongo a jugar en la computadora. Tiene un kiosco. Antes vivía con mi tía y mi prima en el Km. 43 de Virrey del Pino, me fui de ahí hace 5 meses...”*).

Los niños no reconocen oficios ni actividades laborales estándares en los adultos de referencia, prevalece la desocupación y dentro de los medios de subsistencia las actividades de venta ambulatoria y de cartoneros (*“Mamá es cartonera pero ahora no puede trabajar porque está enferma... yo quiero ser oficial electricista como era mi papá”; “Mi papá es cartonero, pero lleva un carro sin caballo”; “Mi papá es cartonero con carro y caballo y mi mamá vende diarios y mis hermanos venden diarios y piden monedas en la boletería de la estación”*), otras actividades precarias (*“Mi papá cuida coches en San Telmo”; “Papá hace changas”*), la mendicidad (*“Mi papá vive en Neuquén... estuvo 2 años preso... y mamá y mis hermanos piden plata”; “Con mis hermanos salimos a pedir plata. Vamos juntos a pedir a la iglesia”*) y la ‘categoría laboral piquetero’ (*“Mamá y mis hermanas no trabajan, miran las novelas. Mi hermano trabaja como piquetero. Papá vende alfajores en la Villa. Usamos siempre la misma ropa porque mi papá no vende muchos alfajores”; “Mi mamá es piquetera y mi papá no trabaja”*).

Existe tolerancia social hacia el consumo de sustancias en gran parte de las familias de los niños (*“Mi papá no fuma porro fuma cigarro, mi mamá no fuma porro, mi papá y mi mamá toman cerveza, pero está mi hermano que fuma porro, toma merca, se empastilla, jala, después está el otro el rubiecito que fuma porro, jala, toma pastilla, toma merca, todo. Mi hermano el más grande tiene como 15 años y ya tuvo un bebé y mi hermano de 13 años ya empezó a hacer eso”³⁵; “Me llevo bien con mi hermano de 22 porque también se droga... porro y cerveza”; “Solamente mi hermano mayor se droga con pastillas”; “Mi hermano Lautaro es mellizo mío, se droga con porro, con paco, con poxi, que jala más o menos un kilo”; “Con papá que se llama Cacho y que me trata bien no me*

³⁵ Hace referencia a que el hermano consume Paco.

puedo quedar porque tiene un hermano, Juancito de 18 años, que se droga con merca, poxi y porro”).

Además de la violencia social que implica la pobreza, donde por familia conviven entre 5 y 12 hermanos hacinados en casillas monolocales, los niños trabajan y mendigan desde muy pequeños sin tener cubiertas las necesidades básicas (“*Me fui de casa porque no había ni para leche para mis hermanitos*”) y abrigo (“*No tenemos cocina porque se la robaron*”).

Cabe destacar también que muchos de estos niños crecen en ambientes donde se ejercen todas las formas de maltrato infantil: sexual, físico (“*Me peleo con mi mamá porque mi padrastro le pega... quiere que yo vaya a vivir a la casa, pero yo no me lo banco*”; “*Mi mamá me pega a mí y a mis hermanas porque se emborracha. No la extraño. Cuando sueño con ella, sueño que la mato*”) y psicológico (“*No se llevan bien conmigo, discuten porque no quieren que esté ahí con ellos*”; “*Hace como 4 años que me fui, a veces vuelvo a casa para ver a mis hermanos...no hay buen clima cuando voy, no les gusta...*”).

Otros niños van a vivir a la calle después de haber ingresado en el circuito judicial, ya que al salir de los institutos ya no vuelven con la familia sino que son derivados a hogares residenciales o se reúnen en las ranchadas con otros niños y adolescentes que conocen en dichas instituciones (“*Lo que pasa es que mi hermano robó y la policía nos trajo a los dos a Niñez y después nos llevaron al hogar*”; “*Un día me agarró la policía porque le arrebaté plata a una mina por Alberdi. Me trajeron en una camioneta blanca con mi hermano Alexander y después ya no volvimos a casa*”).

Muchas de las familias que han sufrido recientemente los efectos de la pauperización del país, se transforman en familias disfuncionales, pero durante un tiempo logran retener aunque sea ‘a medias’ a los niños manteniendo un cierto orden y cuidado de la cotidianidad de los niños durante un tiempo (“*Yo tengo mi mamá, mi papá y mis hermanos... Mi casa es de cemento de color blanco. Estoy a la mañana afuera, pidiendo en cualquier lugar...y después vuelvo a casa*”; “*Estoy dos semanas o semanas que me quedo en la calle y después me voy para casa. Me gusta estar con mi familia y tomar mate con ellos como debe ser*³⁶, y después me voy porque quiero irme de casa”; “*Vivo con mi vieja y 5 hermanos. Mi papá se murió. Mi mamá es ama de casa y tengo un hermano que trabaja como metalúrgico*”).

Inclusive algunas familias mantienen por un cierto tiempo la cohesión trasladándose en conjunto a las ranchadas logrando mantener, pese a las adversidades, por un tiempo la identidad como grupo familiar (“*Nos echaron del hotel porque no teníamos para pagar. Ahora vivo en la ranchada con mamá y mis hermanos... paramos en el obelisco, en Lavalle, y en la plaza de Tribunales. Antes vivíamos en un hotel hasta que nos echaron porque no pagábamos... hace unos días ocupamos unos terrenos en Glew con otras familias, vamos a vivir ahí...*”).

Pero la mayor parte de los niños, al desintegrarse la red familiar, permanece por un

³⁶ El niño acentúa con gestos y tono de voz que así debe ser la vida de un niño.

tiempo en la casa de familia, la cual lejos de constituir un lugar de amparo y ayuda para resolver la propia existencia, se transforma en un lugar de mayor estrés y conflicto y finalizan por retirarse a la calle (*"A mi casa no voy más. Duerme mi vieja, el bebé de 5 meses, mi hermana que cayó ayer en cana, Rocío y mi abuela. Mi vieja ya me echó como 50 veces porque me drogué; "Andaba colgado con la droga y me peleaba y no podía estar"*).

Por otro lado, los niños que se encuentran institucionalizados pierden progresivamente el sentido de pertenencia con el grupo familiar (*"Voy a la casa de mi tía en Bajo Flores los fines de semana. Estoy desde los 12 con un hermano más chico en el hogar... hace casi tres años... entro y salgo todo el tiempo, a veces voy a lo de mi tía y a veces me quedo en la calle"*), inclusive aquellos que acuñaeron algunas buenas experiencias afectivas (*"Hace mucho que no voy a casa como mi hermano Lautaro, más o menos 4 años. Extraño mi casa. Mis papás no saben que estoy en este hogar. Me llevo bien con ellos pero mejor con mamá. Cuando me enfermaba me preparaba comida, me la llevaba a la cama y me hacía cosquillas. Extraño a mi hermano el chiquitito, el que era bebé"*).

7.2. Recorridos escolares

Casi todos los niños han tenido algún momento de pasaje por las instituciones escolares. Sólo en dos casos se verificó la falta absoluta de escolarización de los niños con el consecuente analfabetismo y la instrumentación de estrategias singulares para la comprensión global de la señalética y mensajes escritos.

Los motivos por los cuales los niños dejan la escuela prevalentemente entre el 2° y 7° grado son variados. Entre los más frecuentes se describen situaciones familiares signadas por la pobreza y la necesidad de subsistencia del grupo, que sustentaron la decisión de los adultos o de los niños a salir a trabajar o mendigar (*"Fui hasta 5° grado... Dejé porque tenía que juntar plata para ayudar en casa. Me gustaría volver a la escuela"; "Hice hasta 4° grado, cuando estaba por pasar a 5° me borrarón de la escuela porque faltaba mucho para terminar y entonces me mandaron a pedir plata a la estación de Once"; "Desde los 9 que me obligaban a trabajar en casa y no podía ir a la escuela"; "Llegué hasta 3° y abandoné porque no iba casi nunca porque tenía que ir a la estación todos los días a pedir plata para pañales y leche para mis hermanos. Uno de mis hermanos que tiene 6 años sí va a la escuela"*).

En otros casos, el abandono escolar coincidió con el abandono del hogar por causas dolorosas y/o complejas como maltrato físico (*"Llegué a 7° pero no terminé... en la 46 de Lanús. Me gustaba la escuela... me iba bien... me gustaba inglés y matemáticas... No terminé la escuela porque me tuve que ir de casa porque estaba todo mal, me cagaban a palos"*), desgracias familiares (*"Digamos que ya no me interesaba, no me llamaba la atención la escuela. Justo en ese año había fallecido mi viejo y me agarró el bajón de dejar todo: irme de mi casa, dejar el colegio, no estudiar, vagabundear todo el día. Conocí la droga, y me motivó a salir a la calle"*); *"Fui a la escuela hasta 3° en José C. Paz. Se murió toda mi familia en un accidente del tren.... después me fui al Parador Perla Negra... Ahora vivo en un Hogar en Flores, estoy en 5°"*), o embarazo (*"Me gustaba ir al*

colegio. Dejé de ir porque quedé embarazada y me tuvieron que internar porque tuve problemas con el embarazo”).

También muchos abandonos son motivados por desinteligencias de las instituciones escolares en el manejo de los problemas de conducta de estos alumnos provenientes de familias problemáticas (*“Dejé en 3° porque mamá me sacaba a cada rato porque se peleaba con los maestros porque yo me portaba mal y no me gustaba estudiar”; “Fui hasta 7° y me expulsaron porque hacía mucho quilombo y me drogaba siempre antes de entrar. La escuela quedaba cerca de casa... los útiles me los daba mi mamá. No me gusta la escuela, no la extraño, quiero aprender oficios, fui a un taller de motos a aprender pero me corté el pie y como queda en Barracas no puedo ir hasta allá caminando”; “Fui hasta 1°, me fue bien y me felicitaron y pasé a 2°. Iba a la escuela con una camioneta que me llevaba y no me quedaba lejos, me llevaba bien con la maestra ... me peleaba con los compañeros y me echaron de la escuela por hacer quilombo”; “Hice 1°, me gustaba matemática y a, e, i, o, u... con la maestra me llevaba bien... Dejé porque robé en la escuela”).*

Si bien muchos niños deciden por sí mismos abandonar la escuela por falta de motivación, los mayores a cargo no intervienen ni se oponen a tales decisiones (*“Dejé en 2° me aburría... en casa no me dijeron nada”).* De todos modos, vivir en la casa familiar o en una institución tipo hogar ofrece a los niños mayor garantía de asistir a la escuela que la vida en calle (*“Fui a la escuela mientras vivía en casa... hasta 9°, me gustaba la escuela. Me llevaba bien con los docentes, tenía amigas...”; “La escuela me gusta porque aprendo cosas, con la maestra me llevo re-bien y con los compañeros bien. Los útiles me los dan en el hogar”).*

Es frecuente que cuando los niños abandonan las residencias institucionales que los albergan, judiciales o no, abandonan la escuela que frecuentaban dentro del instituto o en los alrededores del hogar (*“Hice hasta 7° mientras estuve en el hogar ‘Chiquitos’; “Iba al colegio del instituto pero ya no voy porque me escapé y no puedo entrar al colegio. Antes del instituto iba al colegio sino se pudría todo. Fui hasta los 8, hasta 3°”).*

Para algunos la posibilidad de obtener una beca escolar resulta un fuerte estímulo a la hora de decidir el retorno al colegio (*“Hice hasta 6°, pero dos veces dejé a mitad de año. Ahora voy a empezar de noche. Voy a cumplir 15 el 4 de enero y voy a ir a la técnica. Se entra con \$100... te dan efectivo después te dan depende de las materias, cómo andes, pero si vos haces una materia más, aunque sea, ya te dan \$450... después en diciembre cuando se termine te dan otra vez, si diste otra materia son \$900”³⁷).*

³⁷ Según el estudio citado sobre las características de la pobreza en el ámbito de la CABA, la incidencia de las becas en población de 6 a 12 años según condición de pobreza parece ser más elevada en el tramo de los niños en hogares pobres por ingresos y pobres por NBI (16% y 14,5% respectivamente) y se diluye notoriamente en los hogares de pobres crónicos 4,3%.

7.3. La supervivencia de los niños en la calle

“Drogarse sirve para irse a otro mundo, y te olvidás de este y chau” (niño de 12 años)

Los niños pasan y se mueven dentro de áreas territoriales circunscriptas donde conocen los lugares para procurar comida, asearse, jugar (*“Paso mucho tiempo del día en el cyber jugando con amigos en red”*), hacer changas (*“Me despierto y a la mañana pido plata y limpio foquitos de los autos. Después como al mediodía... a la tarde sigo pidiendo y limpiando foquitos. A la noche como y duermo en la ranchada. A veces pido solo y otras con un amigo, cerca de la avenida 9 de Julio... ando por Lavalle y la avenida 9 de Julio”*), y donde comprar drogas y donde consumirla (*“Me levanto tarde, a eso de las 6 de la tarde, como, fumo pasta y salgo a robar... ando por la zona de los Barrios Rivadavia 1 y la Villa 1-11-14”*).

Cuando llevan más de dos años de vida en la calle presentan un notable conocimiento de la oferta de servicios de los paradores de la Ciudad de Bs. As. y del Gran Buenos Aires (*“Llego al Santa Catalina a eso de las 9, me baño, almuerzo y voy a los talleres de música, pintura y karate”*; *“A la mañana voy al CAINA, y a la tarde al Santa Catalina, como, juego, me baño, miro tele, hago deportes, y voy a Puentes Escolares que me encanta”*). Especialmente las niñas hacen uso de los paradores para higienizarse diariamente y, aquellas que son madres, reciben en estas instituciones leche y pañales para sus bebés. Algunos niños llevan siempre consigo un bolsito con elementos de higiene personal para asearse en los paradores o en las estaciones de servicio.

En relación a los modos para procurar alimentos los niños, piden comida a la salida de las hamburgueserías, las panaderías, kioscos y los bares, o bien procuran el dinero a través de labores tales como malabares, limpiar parabrisas, limpiar autos, abrir puertas de taxi, cuidar coches, vender diarios, ayudar a los mozos a ordenar las sillas y las mesas cuando cierran los locales o ayudando a cocinar (*“Hace un tiempo estuve trabajando en una pizzería como ayudante de un pizzero, 4 meses y medio. Dejé porque estaba muy cansado, eran muchas horas, pero era bueno porque tenía mi plata y comía ahí”*). También venden lapiceras y otros objetos en el centro de la ciudad y sacan monedas de las fuentes (*“Para conseguir plata también voy a Palermo y saco monedas de la fuente, a veces saco hasta \$70, \$80 en un día, y los cambio por billetes para no perder las monedas”*).

En algunos hogares les pagan a los niños por colaborar con algunas actividades (*“Ayudo en el hogar haciendo cosas, corto pollo y por eso me dan plata”*) o si tienen una buena conducta (*“Si me porto bien me dan plata en el hogar: \$1 o \$2 y si se porta muy bien \$10”*). Además en los hogares les dan ropa y útiles si van a la escuela. Los operadores de hogares y paradores se ocupan de la salud de los niños, acompañándolos a los centros de salud y enseñándoles a utilizar los servicios públicos.

Paradójicamente, la supervivencia de los niños de la calle en la ciudad depende del movimiento comercial y financiero de la City; es decir, son marginados por el sistema

que maneja la economía de las grandes urbes, pero viven de los despojos de los ciudadanos que circulan en estas áreas. Cuando durante los fines de semana se detiene el movimiento comercial y financiero en el microcentro y cierran los locales de comida rápida y otros negocios, los niños deben desplazarse hacia otras zonas de la ciudad para procurarse alimento o ir de visita a casas de familiares y conocidos, quedando en 'stand by' hasta que la City vuelve a despertar los lunes por la mañana ("*Paro en el Parque Lezama, también en un puente que hay cerca de ahí, y también en el McDonald's que está en frente del Parque, también duermo ahí. Los fines de semana es distinto porque el McDonald's está cerrado, entonces hay que ir a otros lados a pedir plata y comida...los fines de semana duermo todo el día*"; "*Los fines de semana son diferentes porque me voy a mi casa*").

Casi todos los niños se mueven por la ciudad por lo menos de a dos, piden, trabajan, juegan o se drogan juntos ("*A la pelota jugamos con sus amigos en la ranchada, en la plaza de Tribunales. Ando por el obelisco, la Diagonal Norte y Lavalle*"; "*Durante el día pido monedas, ando por Liniers y después por Lavalle. Siempre con mi hermano. A veces vamos a los jueguitos de Liniers*"; "*Tengo un grupo de amigos más grandes y más chicos que yo. Son de todos lados. Somos más o menos 14 o 15 en el grupo. Nos juntamos a robar o a drogarnos...Yo robo solo o en grupo*"). El tren y las estaciones constituyen un área ciudadana fundamental dentro del hábitat de estos niños, ya que poseen una multifuncionalidad de casa/barrio/medio de transporte/lugar de trabajo/lugar de juego y recreación ("*Los fines de semana voy a Laferrere a bailar hip-hop con amigos en la estación de tren... Todos los días paso mucho tiempo arriba del tren yendo de Once a Moreno*").

Los niños que aún comparten espacios de convivencia con la familia refieren que los padres no consideran 'toda la calle' como lugar de riesgo para los niños y por lo general están al tanto de los recorridos diarios que estos últimos realizan. Sólo les prohíben circular por algunas zonas específicas de la ciudad a las que los adultos consideran peligrosas ("*Voy a la escuela, almuerzo en el CAINA o en el Santa Catalina, después ando por la calle, cuido coches. Ando por la boca, San Telmo y Barracas. Más lejos no me animo porque mi papá me lo prohibió ir a Once, Retiro y Palermo*").

Algunos niños dicen sentirse bien viviendo en la calle y en las instituciones en las que habitual o esporádicamente son usuarios de servicios ("*Trabajo de día. Cuando estaba en el Parador de Tina, hacía natación...también estuve en Colonia Gutiérrez y en el San Martín, ahí tenía talleres y ese tipo de cosas. Yo en la calle me organizo bien para estar bien y a mí no me falta nada*").

De todos modos muchos niños perciben a los paradores y hogares como lugares de anclaje transitorio donde reciben afecto que cortan las jornadas vacías deambulando por la ciudad sin referencia de tiempo ni espacio ("*A veces no me doy cuenta qué día es, si es de semana o de fin de semana...Me levanto a cualquier hora y voy a la plaza o a caminar. Camino por todos lados, ando en subte... algunos me dejan pasar y otros no y paso por abajo. Lo que más me gusta es el Santa Catalina porque me tratan con cariño, me tratan bien*"³⁸).

³⁸ Ver cita sobre el "psiquismo acrónico" en los niños de la calle de Alfredo Moffat.

Otros niños prefieren residir en forma estable bajo el cobijo de los hogares y paradores donde se les asegura la satisfacción de sus necesidades básicas (*"Vivo en el Parador, como, me baño y duermo acá. Me gusta estar en el hogar. Voy a la escuela, hago teatro, fútbol y natación. Hago todo cerca y voy caminando"*); *"Voy a la escuela con una amiga del hogar y después llego y me quedo sentada o ayudo. Me gusta ayudar en el hogar porque me tratan bien, hago muchas cosas, barro, limpio pisos"*).

En los hogares y paradores los niños suelen crear fuertes vínculos con los operadores, que van más allá de los momentos que se comparten dentro de los muros de la institución (*"Ando por San Telmo o Constitución. A veces no hago nada y me voy a la casa de mi amigo que vive en Barracas y lo ayudo con la mensajería. Mi amigo es grande, se llama M., es el profesor del Santa Catalina y ayuda a todos los pibes de la calle"*).

Solo unos pocos niños tienen muy claro la diferencia entre días de semana y fines de semana, así como la división de los horarios durante el día y las funciones que se cumplen en dichos horarios. Estos niños en situación de calle van por determinadas horas a realizar actividades al centro (cartonear, mendigar, etc.) y retornan todas las noches a su hogar a dormir (*"Actualmente vengo todos los días... lunes a viernes desde las 3 más o menos hasta las 8 de la tarde... pido monedas en la estación Once... vuelvo todas las noches a dormir a mi casa. Ando siempre con mi hermano, no me junto con otros chicos"*). Por lo general, este minoritario grupo de niños considera la calle como lugar de trabajo, pero no de vida (*"Hace un año dormí en la calle un mes para acompañar a mi hermano, pero no me gustó... cuando junto la plata me vuelvo a dormir a mi casa"*).

Los niños más pequeños y las niñas son los más preocupados por su seguridad y para amedrentar el miedo tratan de circular, y por sobre todo dormir, en lugares asociados a la vida institucional donde se sienten de alguna manera 'cuidados' por los adultos (*"Duermo en el hospital, ahí no te pasa nada"*; *"Duermo en la puerta de los edificios, o en la puerta del hospital porque es más seguro. Un día del Hospital me llevaron al Parador Perla Negra"*; *"No me gusta andar mucho por la calle porque tengo miedo de que me pase algo"*). Mientras los niños son pequeños, a través de la mendicidad aseguran la propia subsistencia, pero a medida que crecen el ingreso de dinero y la comida obtenida por este canal disminuye y comienzan a participar asiduamente de actividades delictivas (por lo general se trata de rapiñas oportunistas)³⁹ para cubrir sus gastos básicos y actividades recreativas, tales como frecuentar los locales de cyber.

7.4. Las relaciones entre pares

El mundo de los niños que viven en calle es prevalentemente masculino, del mismo modo que la composición por género de los hogares residenciales gubernamentales o de ONGs (*"Tengo un grupo de 10 chicos porque hay pocas nenas en el hogar"*). Inclusive hay muchas ranchadas en las que no ingresan las niñas (*"En mi ranchada hay solamente varones"*), o bien dentro de la misma ranchada la separación por género es tan estricta que

³⁹ Uno solo de los niños entrevistados estaba armado y dijo utilizar el arma para robar.

los varones desconocen usos y hábitos en las niñas (*“Los chicos y las chicas no se mezclan en la ranchada. No sé bien qué es lo que consumen las chicas”; “Las nenas capaz consumen todo o capaz solamente cigarrillos. Hay que preguntarles a ellas...”*).

Pocos fueron los niños que hicieron distinciones en cuanto a la preferencia por tipo de droga en varones y mujeres. Estos indicaron que los varones son los mayores consumidores de Paco y clorhidrato de cocaína y las niñas de marihuana y Poxi-ran (*“Las mujeres, se arreglan con poxi y porro. Los varones consumen más Paco”; “Las nenas prefieren porro y poxi y los varones prefieren Paco y merca”*).

En relación a la intensidad del consumo de sustancias las opiniones son variadas. Algunos consideran que las niñas consumen menos que los varones, así como que participan en menor cantidad de actos delictivos y cuidan más de sí mismas (*“Los varones y las mujeres consumen las mismas drogas, aunque los hombres consumen más porque siempre consumieron más”; “Los varones consumen más que las mujeres, porque son grandes y no se quieren cuidar”; “Una sola chica que anda en mi barrio, fuma porro, toma pastilla, va a robar a los negocios, todo”; “Creo que los varones se drogan más que las mujeres, son más tranquilas”*).

Otros niños no encuentran diferencia alguna en el tipo de droga ni en la intensidad de consumo de las mismas que realizan varones y mujeres (*“Las chicas consumen lo mismo que los varones”; “Las nenas se drogan igual que los nenes”*), y otros todavía, consideran que las niñas consumen mayores cantidades de sustancia que los varones resultando por ende, tanto o más transgresoras (*“Las mujeres consumen como los varones o más”; “Las pibas fuman porro y toman una cosa verde le mandan limón, ¡sabés cómo toman!, no sabés, toda la noche, encima se quedan hasta las 2 de la madrugada, como hasta las 3 o 5 de la mañana, después de las 5 de la mañana fuman porro, están re-locas y se van a robar, van a traer ropa, plata...”*).

Los niños relatan que no confían en las niñas que consumen con ellos, debido a que se prostituyen sin tomar precauciones para no contagiarse enfermedades, o bien roban a los compañeros de ranchada para comprarse drogas⁴⁰ (*“Hay chicas que paran conmigo que hacen sexo oral por droga... consumen igual que los varones. Yo nunca me acosté con chicas ahí porque tengo miedo de contagiarme de Sida”; “Algunas te roban apenas te dormís”*).

Los niños también hacen mención a la conveniencia de ser mujer a la hora de ser sorprendidos cometiendo actos delictivos, ya que el personal de policía masculino no puede intervenir y por esto, a veces, no son detenidas (*“La cana... a la minita no la pudieron agarrar, viste que no la pueden tocar los varones hasta que llamen a la femeninina, le dicen”*).

El miedo es el sentimiento habitual que acompaña a los niños en la calle y, dentro de las estrategias para conseguir sentirse amparados, se agrupan. Dentro del grupo se encuentran otros niños que consiguen comida o los defienden ante las agresiones físi-

⁴⁰ En el trabajo sobre “Patrones socioculturales en el consumo de drogas por vía intravenosa en la Argentina” el Dr. Hugo Míguez encontró resultados similares en relación a la desconfianza de los varones consumidores hacia las mujeres consumidoras.

cas de otros niños o adultos. De la policía no esperan protección ni cuidados, solo desean no tener problemas con ellos y que no los molesten (*“Los chicos de la ranchada me cuidaban...”*; *“Los chicos quieren mucho a mi bebé, me ayudan entre todos porque están en la misma situación. Con la policía no tuve problemas”*; *“Cuando duermo en la calle tengo una ranchada fija en el Abasto. Ahí tengo amigos, colchón y frazada. Los chicos son más grandes y me protegen. No me dan drogas... me defienden cuando hay peleas con otros”*).

En líneas generales, la calle es considerada un ambiente hostil donde nadie es confiable, no hay amigos pero sí hay conocidos que se acompañan en diferentes andanzas. Inclusive los hermanos que se inician juntos en la vida de calle finalizan alejándose y aliándose cada uno con diferentes grupos y son enviados a diferentes instituciones (*“Tenía cinco amigos en la calle, pedía plata con ellos, pero no los veo más no me gustaban. No nos ayudábamos, nos decíamos malas palabras, se ‘avivaban’. También viví con uno de mis hermanos en la calle, el que ahora tiene 14 años, pero ya no vivo más con el...anda por ahí”*; *“Lo pasamos tranquilos, no peleamos...No somos amigos, somos conocidos, amigos no hay en ningún lado, en la calle no hay amigos”*).

Cuando se arma un grupo, el niño se reconoce como parte de tal y responde a las solicitudes de sus compañeros sin demasiados miramientos ni preguntas acerca de los fines de las acciones ni las consecuencias posibles (*“Ayudé a un amigo a robar una moto y por eso me hicieron un expediente en el juzgado de menores”*). Los motivos por los cuales se admiten los niños nuevos en el grupo son inciertos. En el caso en que el grupo decida rechazarlo es probable que el niño sea corrido con una fuerte golpiza (*“Dormimos juntos, consumimos juntos, todos juntamos lo que conseguimos para comprar drogas... antes éramos como 16... un pibe como este (señala un niño que está a unos metros de donde se desarrolla la entrevista y que desde hace unos días forma parte del grupo), no pisaba más el Tigre porque lo matábamos a piña nosotros, y ahora cualquier gil viene y lo dejamos... le pegamos a muchos guachos allá en el Tigre; a uno, un tal Carlitos le dí una patada acá en el tabique y le saqué esto para afuera, por eso, se lo doblé así”*).

Las luchas por el territorio se dan también entre los adultos, dentro de la ranchada cuando ya están establecidos (*“Estoy parando en una ranchada alrededor del Obelisco hace 1 mes más o menos. Antes estuve en otra ranchada en la plaza frente a los tribunales de Lavalle. Ahí paro con mi mamá y mis hermanitos, y me hice amigos... ahora juego con ellos... Los corremos con piedras cuando se quieren venir otros a la ranchada. Una vez estaba con mi mamá y mi hermanito de 2 meses y una piedra casi le da al bebé”*).

Otros niños refieren que entre ellos por lo general no hay mayores conflictos, cada uno hace lo que quiere en la ranchada sin molestar al otro y las dificultades están con la policía (*“Cada uno hace lo que quiere. Hay gente grande en la ranchada, pero no te molestan”*; *“Como ando sólo con mi hermano no estoy mucho con otros chicos en ranchada, pero cada uno hace lo que quiere, no te molestan”*). Pero estos relatos de vida solidaria entre los niños no se condicen con lo observado por los entrevistadores durante el relevamiento de la información. De hecho, mientras uno de los niños decía

que no había peleas, otro niño de su grupo llegó agitado e interrumpió la entrevista para preguntarle dónde estaban escondidas las armas que tenía el grupo porque se había armado una pelea con otro grupo de niños en calle.

En realidad las peleas por el territorio y las pertenencias son habituales y pueden llegar a ser feroces (*"Me peleo con los otros cuando putean a mi mamá o cuando me sacan la ropa. Somos unos 10 nenes"; "Apenas llegué a la ranchada me saqué las zapatillas, las dejé ahí, me saqué la remera y me acosté ahí, dormí sin cama, me acosté ahí me quedé despierto y miro uno que viene así, me agarró las zapatillas y yo me levanté y yo le quise pegar, yo me dí vuelta, como un gil me quiso pegar, me sacó algo, yo no sabía qué sacó y me pegó en el brazo y yo caí, caí así en el piso me salía sangre y yo estaba en el piso ay...ay...entonces me llevaron a una salita en la salita me curaron y después cuando volví otro embrollo más, un compañero mío de ahí me dio una cuchilla y me pegó acá me raspó acá, me sacó un pedazo de piel así y el pibe se tiró al piso aaahhh!!! y yo le pegaba y yo le pegaba y yo no sabía lo que hacía"; "Nos peleamos con otros chicos...me dieron un palazo en la cabeza que 'se curó solo'"*).

Cuando los niños se quedan a vivir varios meses en las instituciones, arman nuevos grupos de referencia entre los niños con los cuales conviven (*"Hoy mis amigos son los del parador, el profesor de Santa Catalina y el chico del taller de moto... no sé cuantos años tiene"*). Otros en vez, al dejar la vida de calle se aíslan dentro de las instituciones y sienten una cierta nostalgia por la vida libre (*"En la calle me empecé a juntar con chicos más grandes. Desde chico empecé a robar con amigos. Robé casas y un banco con amigos más grandes como de 40 años. Con mis amigos nos peleábamos con otra banda de chicos. Desde que estoy en el hogar, estoy solo"*).

La vida con el grupo de pares por lo general a los niños les resulta satisfactoria. Los argumentos que esgrimen para sostener las bondades en la vida en calle se asocian preferentemente a la autodeterminación y el ejercicio casi absoluto de la libertad de indicaciones de mayores y/o de reglas institucionales (*"En la calle no te tenés que bancar a tus padres y nadie te molesta"; "Jugás cuando querés en el cyber a un juego llamado "Counter Strike" con los amigos... jugás con tus hermanos cuando querés a la mancha y a la escondida"; "Lo que más me gusta de vivir en la calle es la libertad, que nadie te diga lo que tiene que hacer"*).

Otros niños asocian el bienestar con la ilusión de vivir en un mundo de niños solidarios, donde no son condenadas las compulsiones (*"Vas a jugar al Cyber cada vez que tenés plata y si le sobra a un amigo te presta... El cyber es como el Paco, te emocionás y no podés parar"*), y se puede consumir drogas libremente (*"Lo único que está bueno de la calle es la droga, que no te agarran y que te sentís libre"*).

Los aspectos negativos que preferentemente se asocian a la vida en calle son la suciedad, la violencia, los robos entre la gente en situación de calle, el hambre y el frío (*"La calle no está buena, no me gusta porque está sucia. La calle mata"; "No me gusta vivir en la calle porque me siento incómoda porque me robaron antes de llegar al parador. Me sacaron la campera y dos pesos"; "Lo que menos me gusta es pasar hambre o frío de noche"*).

Más allá de las bondades y perjuicios que implica la vida en la calle, algunos niños con-

sideran que la calle ‘ya es su hogar’, de modo tal que cuando se les pregunta si quisieran volver a su casa, responden (“*Ya estoy en mi casa*”). Y, más aún, no tienen expectativas de poder salir de la calle (“*No me gusta estar en la calle pero no tengo dónde ir. No creo que pueda volver con mi mamá para que me ayude con el bebé...también estoy peleada con el papá del bebé...*”).

7.5. Cuándo y cómo se inicia el consumo de drogas legales

El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) constituye un hábito arraigado en la mayoría de los niños que viven en situación de calle, que se instala entre los 6 y los 14 años.

En el consumo de tabaco, la mayoría de los niños se inició cuando comenzó a vivir en la calle donde la mayoría de los amigos fumaba (“*Me hacía el canchero fumando, agarraba un paquete de cigarrillos, pero por ahí no sabía fumar y un día me lo tragué al humo y empecé a toser. Después lo empecé a probar de vuelta hasta que agarré el vicio*”; “*Me dio a probar una mina más grande que yo que estaba en la calle*”). Otros comenzaron a fumar cuando todavía vivían en la casa de origen (“*No me acuerdo quién fue la primera persona que me dio cigarrillos porque siempre había chicos más grandes en la casa que fumaban*”).

Muchos de los niños que viven en las ranchadas junto a sus madres relatan que sufrieron algún tipo de reprimenda cuando comenzaron a fumar (“*Tenía 9 años. Mamá me retó mucho cuando me vió fumar*”, “*Mamá me dijo del cáncer. Ahora fumo 4 cigarrillos por día porque tengo miedo que me agarre cáncer. Por eso fumo poquito, porque si no le mando todo el día*”). Algunos niños cuentan que comenzaron a fumar cuando estuvieron en instituciones del estado como hogares e institutos (“*Ahí todos fuman y también los que trabajan ahí con los chicos fuman todo el día*”).

La cantidad de cigarrillos que los niños fuman por día es variada; aquellos que fuman más de un paquete por día consideran una prioridad procurarse el dinero para comprarlos (“*Empecé a fumar a los 6, ahora no puedo parar...fumo tres paquetes por día*”). Otros, menos sujetos al hábito, no priorizan la compra de cigarrillos y los piden en la calle o en la ranchada y cuando tienen algo de dinero compran cigarrillos sueltos.

Algunos consideran nocivo el hábito de fumar e intentan dejarlo. Una niña relata que sólo logró disminuir la cantidad de cigarrillos diarios cuando estaba embarazada y tan sólo un niño indicó que pudo dejarlo por sí mismo. La mayoría de los niños que en la actualidad fuman más de 20 cigarrillos diarios dicen querer dejar de fumar pero no lo logran.

Los niños se inician en el consumo de alcohol paralelamente al consumo de tabaco (entre los 6 y los 14 años). Muchos relatan que se iniciaron en el consumo de alcohol en situaciones donde los familiares también consumían (“*Mi papá me dio plata y yo compré vino con unos chicos que le pidieron a mi papá, y ahí tomé y empecé.... tomo cerveza, vino, frizee...*”; “*Empecé a tomar con mi hermano*”; “*Empecé a tomar con mi familia, para las fiestas y también con los amigos*”).

Otros niños se inician en el consumo de alcohol en las ranchadas y en la calle (*“Empezamos en las ‘chacotas’... son como fiestas que hacemos con los amigos, compramos alcohol y bailamos con los chicos del barrio”*; *“Algunas veces tomo con mis amigos cerveza cuando ellos tienen. Pero mucho no tomo porque a veces me hace vomitar, y no me gustaba vomitar”*). Las bebidas que toman son variadas, incluyendo cerveza, vino, fernet, licor mariposa, y bebidas cuyos nombres desconocen (*“Creo que se llama Fernandino”*; *“Un trago color rojo que no me acuerdo cómo se llama”*).

En algunos casos, los niños saben que el alcohol perjudica la salud pero igualmente lo consumen (*“A lo sumo tomo un Bernet⁴¹, pero en general me quema adentro”*). La borrachera está connotada negativamente y no desean ser confundidos con borrachos (*“Me emborraché el otro sábado con cerveza y sidra, es la única vez que me emborraché hasta ahora, no quiero emborracharme más”*; *“Dejé de tomar alcohol porque no voy a ser borracho, no me gusta andar vomitando”*; *“No me gusta tomar, no quiero que piensen que soy borracho”*).

Vivir en la ranchada junto a la madre parece ser un factor de protección para el consumo de drogas legales. Los niños relatan serias reprimendas y advertencias realizadas por sus madres en relación al consumo de alcohol y tabaco (*“En casa no fumo ni tomo porque mi mamá me reta... tomo alcohol y fumo con los chicos afuera”*)⁴².

Los niños que consumen alcohol asiduamente indican que en la actualidad compran y beben alcohol cuando están solos (*“Empecé a los 8 a tomar cerveza con un amigo en la villa....Ahora junto plata para comprar vino y cuando tengo tomo solo”*). Otro niño habituado a tomar alcohol relata que inclusive tomó cuando estaba internado en el hospital sin que el personal médico ni paramédico se diera cuenta del hecho.

7.6. Cuándo y cómo se inicia el consumo de drogas ilegales

***“Después que jalo poxi tomo leche.
Consumo mucho día por día... No siento nada, nada...
Consumo porque estoy aburrido”
(niño de 10 años)***

Son raros los casos de niños de la calle que nunca han consumido sustancias ilegales, y dan como razón de su conducta atípica dentro del grupo motivos tales como haber recibido en algún momento consejo de familiares (*“...porque me decía mi hermana que eso te hacía mal a la cabeza y todos dicen te hace mal, te hace mal”*), temor o rechazo a las sustancias (*“Me da miedo el pegamento”*; *“El Paco me da asco”*). Los 50 niños entrevistados recibieron oferta para consumir marihuana o Poxi-ran, y tan sólo dos refirieron que nunca les habían ofrecido Paco.

⁴¹ El niño dice Bernet por Fernet.

⁴² El niño hace referencia que consume fuera de la ranchada donde para con su madre.

En la mayoría de los casos, las drogas de inicio fueron Poxi-ran y marihuana. El Paco fue la droga de inicio sólo en dos casos y el clorhidrato de cocaína en uno. La edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas más temprana, de seis años, se verificó con marihuana (*“Lo primero que empecé a consumir fue faso a los 6 años. Estaba con un amigo mío que era amigo de mi papá, él fumaba y un día yo vi arriba de la mesa un faso y yo le dije y me invitó y yo ese día que fumé y estaba re-loco, re-loco y salí para todos lados a robar; a mí me gustó toda esa movida y yo empecé a fumar, fumar, fumar; después tomé merca, me gustó empecé a tomar, tomar, tomar”*) y Poxi-ran (*“A los 6 empecé a drogarme con Poxi-ran. Se me ocurrió porque vi a unos pibitos que estaban con eso y no sabía que los pibitos también fumaban merca. Después empecé a fumar y me agarró algo en la cabeza y empecé a robar”*).

Entre los lugares donde los niños consumieron por primera vez Poxi-ran o marihuana, prevalece el lugar de residencia -hogar/ranchada- (*“Se me ocurrió probarlo porque veía que mi hermano lo jalaba siempre”; “Pintó porque había y me convidaron y así empecé”; “A los 7 años se me ocurrió probar porro... fue lo primero que probé... estaba con mi hermano Lautaro que ya consumía y con unos amigos más grandes”*).

También la escuela es un lugar habitual de inicio (*“Comprábamos pasta en la puerta de la escuela cuando salíamos”*) y la calle (*“Lo primero que probé fue el faso, porro, un cigarrillo sin filtro. Estaba con unos pibes en una placita a la vuelta del parador, era una banda de amigos”; “Estaba con una amiga que tenía una bolsa de poxi y me tenté”; “Un día encontré unas monedas y un amigo me llevó a comprar poxi y me colgué a jalar”; “Le pedí a un amigo marihuana y me gustó, en Plaza España”*).

Es importante mencionar que algunos niños relatan que comenzaron a consumir drogas (marihuana, Paco, pastillas, etc.), dentro de los institutos de menores donde habían sido enviados por orden judicial y también en hogares donde se encontraban alojados o en paradores para niños de la calle. En todos los casos, los proveedores de drogas resultaban ser otros niños o adolescentes que se encontraban alojados en dichos lugares.

Varios niños señalan que el inicio en el consumo de drogas ilegales coincidió con el abandono relativo de la casa de familia, o bien con vivencias familiares estresantes (*“Empecé cuando se separaron mis viejos, que me puse re-mal y agarré la lata”; “Y... me fui del todo de casa y empecé a consumir”; “Empecé a consumir pasta base cuando empecé a parar en la calle hace más o menos unos 4 años... Empecé para superar los problemas que tenía y el bajón porque se había muerto mi viejo. Me quedé pegado enseguida, robaba y vendía para consumir”*).

Unos pocos niños indican un comienzo casual, casi como si ‘la droga les hubiera ido al encuentro’ (*“En la ranchada, estaba solo y me encontré una bolsa que estaba llena ahí, la agarre, la olí, y me pegó y ahí empecé a jalar. Estuve jalando unas semanas, hasta que me dí cuenta que estaba muy flaco, y dejé. Me sacaba el hambre, me hacía mal y me arruinaba las neuronas. Mis amigos de ranchada iban a comprarla y que con una lata de ¼ podía estar desde las 5 de la tarde hasta las 12 de la noche sin parar”; “Me encontré \$15 en la calle, fui y me compré droga y mi papá ni se enteró”*).

Los estados emocionales, las percepciones y las conductas que generan estos prime-

ros consumos son variados. Algunos niños se atemorizan al percibir la alteración de los estados de la conciencia (*"Al principio no me gustó por el mambo que me agarré, después me asusté y después quería seguir... Me asusté porque sentía que el corazón me latía diferente, de otra forma. Sentía todo lento, no sabía si podía leer algo que veía, me levantaba y me caía, estaba muy mal, por ejemplo, escuchaba una voz y se me aparecía en la cabeza, se me repetía dos o tres veces más, pero yo hablaba dos boludeces y se me repetía en la cabeza. Era la misma voz pero cada vez más fina, se me repetía y yo miraba ahí y quedaba muy colgado mirando, todo el día colgado"*).

Otros relatan haber sentido en las primeras experiencias de consumo excitación y omnipotencia (*"Flashé un montón de cosas al aspirar, tenía menos hambre...el brazo lo tengo enyesado porque tuve que saltar porque venía la policía y yo tenía la bolsa de pegamento..."*; *"Sentía que flasheaba algo...que lo que tenía en la mente lo podía hacer"*; *"Lo primero fue el porro... el mundo se me movía. Tenía 7 años. Cuando terminé de drogarme agarré el arma que tenía mi hermano y empecé a jugar... era porque estaba drogado"*). También hubo quienes sintieron solo malestar (*"Me mareé mucho, no me gustó"*; *"El poxi me ahogó"*).

A pesar de haber sentido malestar con las primeras experiencias, muchos niños siguen consumiendo sustancias que registraron inicialmente como dañinas o desagradables, para experimentar más adelante, con las mismas o con otras drogas, estímulo y placer (*"A eso de los 7 años probé marihuana. Cuando la consumía sentía que al toque quería pelear con alguien y sentía que me perseguían. Actualmente fumo cigarrillos de merca que me preparo yo. Me siento re-mareado, que la silla se mueve, y quiero ir a robar al toque. No puedo parar de fumar nunca, me agarra algo como en la cabeza y lo quiero mucho y al toque"*).

Todos los niños recuerdan el lugar y la edad en la que consumieron la primera droga (*"Cuando me drogué me mareé, llegué a mi casa y se lo conté a mi hermana que me pegó fuerte en la cara y ahí me dijo rescátate y me quedé duro y no probé más. Ella piensa que las drogas me hacen mal"*), pero en muchos de ellos el recuerdo ya no es nítido a partir de la segunda droga (*"A los 11 años probé porro... estaba con mi hermana y otros chicos más chicos que yo. Después empecé a consumir poxi... no me acuerdo cuándo fue...no sé cómo conseguí...pero me gustaba más el porro"*).

En relación a la cronología en el consumo de drogas, por lo general en los niños cuya primera droga fue el Poxi-ran, la segunda resulta ser la marihuana o viceversa. Es decir que a un inicio con marihuana prevalece el consumo del Poxi-ran como segunda droga. Luego se incorporan las otras drogas ocupando el tercer lugar, tanto el Paco como las pastillas. El clorhidrato de cocaína, por lo general, aparece entre las últimas drogas consumidas (*"La merca probé última, duerme la lengua y el labio. Los chicos que consumen merca se ponen pálidos y re-loquitos, saltan por todos lados, no me gusta tanto"*).

Los niños refieren haber probado varias drogas, muchas de las cuales resultan solo una instancia de experimentación. Las drogas que quedan instaladas en el consumo cotidiano de los niños en situación de calle son mayormente la marihuana y el Poxi-ran (*"Marihuana hay siempre, es lo que consume habitualmente"*; *"Consumí mucho tiempo"*).

pasta base pero la dejé y ahora lo único que consumo es marihuana”; “Me quedé con la marihuana porque es la que pega mejor, lo único es que da mucha hambre cuando te agarra el bajón”; “La marihuana pega mejor nada, te hace sentir bien y creativo y activo”; “Prefiero el porro, es la mejor de todas las drogas, causa gracia... El porro es lo mejor de todo porque te hace comer y engordar”).

Por lo general, para adquirir las sustancias, los niños piden dinero a los transeúntes durante el día y por las tardes/noches van a comprar drogas. En el caso de los niños que no presentan aún altos niveles de consumo, se drogan sólo cuando son invitados (“Le pedí pasta a un amigo, él no me quería dar pero al final me dio, probé, me colgué y salí a robar y después volví a mi esquina”). Sólo en un caso la sustancia para el inicio del consumo fue facilitada por el padre (“Mi papá fuma Paco con una pipa y le pedí y el me dio para probar las primeras veces”).

Los niños que consumen Poxi-ran indican un consumo diario que oscila entre una y tres latas de cuarto o medio kilo de sustancia (“Le compraba la base a un transa en Retiro con la plata que hacía pidiendo”; “El poxi lo consumo todos los días...una vez al día, a la tarde y cuando no tengo plata a la tarde consumo a la noche. Pido plata en los andenes de Constitución y juntamos para comprar una lata”; “Gasto \$10 por día y me compro una lata...me dura 1 hora... A la tarde consumo, antes de volver a casa... a eso de las 6 o 7”; “Empiezo a drogarme a la hora que me hago la moneda, más o menos entre las 3 y las 6 de la tarde, después sigo con lo que venga. Pasta también probé”).

El Poxi-ran se compra en la ferretería y las otras drogas a través de transas ubicados en villas o en conventillos (“Ahora consumo porro y merca... compro a un transa con lo que gano del trabajo de ayudante de albañil o con lo que pido en la calle o con los mala-bares”; “Consigo el pegamento por un “transa” que hay cerca de la estación de Once... me gasto \$10 en una lata... lo hago por vicio y porque veo cosas... está bueno, me gusta”; “Conozco todos los que venden en Barracas”).

El bajo costo de la marihuana incide en que resulte una de las drogas preferidas de los niños (“A los 7 probé el poxi y probé el porro a los 9,10 años. Entre uno y otro pasó un par de años. El porro, me re-gustaba. Se me ocurrió probarlo porque cuando era chico, mi papá fumaba un montón delante de todos. La primera vez me lo dio un amigo, y después por día fumaba una baaaanda porque se vendía re-barata a \$1!”). Los niños que declaran haber consumido drogas perciben en sus amigos que la marihuana les produce un fuerte efecto que los desequilibra (“Los chicos que consumen porro enloquecen porque si tienen plata antes de dársela a la mamá se van a comprar más. Apenas prueban el porro se emocionan”).

Reconocen la calidad de la marihuana por la consistencia y el olor (“Si es gomosa y tiene rico olor a pino es buena. De las demás me doy cuenta si es buena por como pega. A mí la marihuana me gusta porque me pega bien, me siento con energía, tengo adrenalina, se me ocurren muchas cosas, hago muchas cosas, me salen bien las cosas cuando fumo porro y me dan más ganas de hacer, pero cuando se me pasa me quiero morir, estoy muerto, a veces ni puedo pensar después de fumar”) y, como con el resto de las drogas, los niños aprenden rápidamente como prepararla para su consumo (“El porro sale \$10 y viene en una bolsita chica. El porro se arma. Se compra un papelito

blanco que sale 10 ó 5 centavos, se tira el porro sobre el papel, se envuelve, se prende y se fuma”).

El Paco lo compran directamente en las cocinas y lo consumen en las inmediaciones de estos lugares (*“Se compra en el conventillo frente al Parque Lezama donde está la cocina... ahí venden Paco, y de ahí ya salen en mal estado los chicos”*) o en lugares donde habitualmente están los niños (*“Compró en la puerta de la escuela”*). Los precios de las dosis de Paco oscilan entre \$2 y \$10, de acuerdo a las cantidades que se ofertan (*“Una bolsita de pasta cuesta \$5, pero en el fondo de la villa cuesta 2 pesos nada más”*). Los niños venden todo lo que tienen a mano para adquirir fondos para comprar esta sustancia (*“Me cuesta cinco pesos y diez según lo que le pida. Me dura cuatro sorbazos y tengo que pasarla a los otros chicos. Después hacemos negocios, cualquier cosa para comprar más, y si no conseguimos nos ponemos locos y podemos matar a cualquiera”*).

A veces los niños de una parada o de una ranchada hacen ‘una vaquita’ para comprar sustancias, o bien cada uno aporta al grupo aquellas sustancias que ha conseguido durante el día (*“Juntamos plata con los chicos con los que paro o cada uno trae algo, lata de poxi, pastillas, etc.”*). En estas oportunidades se desarrollan conductas de solidaridad para que todos los integrantes puedan consumir (*“Pedíamos plata en los andenes y juntábamos para comprar una lata de poxi para todos”*; *“Los pibes cuando nos juntábamos, cada uno comprábamos, comprábamos mezclado: uno compraba faso, compraba \$30 o \$40 de fasos, yo compraba poxi, el otro el rubio iba y robaba y compraba bolsa con el Claudio de merca y el otro se iba, caminaba derecho doblaba por acá y conseguía una pastilla de Rivotril por \$14. Si era la nafta yo y el dragón, una vez el dragón compró 30 pastillas, cada uno llevaba, cada uno, hacemos la moneda cada uno”*).

En algunas ranchadas, los encargados de ir a comprar son los niños mayores del grupo, quienes tienen una actitud de ‘protección’ hacia los más pequeños, no sólo ocupándose ellos mismos de ir comprar, sino compartiendo la droga sin exigirles nada a cambio (*“Compran los chicos más grandes, los de la ranchada... la lata de un cuarto cuesta \$10,50, pero a mí me la regalan... porque soy de los más chicos”*). En otras ranchadas, por el contrario, los encargados de ir a comprar droga son los menores del grupo para no despertar sospechas en la policía (*“Se compra en cualquier parte, en la calle, en la villa o por gente conocida, o sino mandan a los chiquitos para que lo policía no sospeche tanto”*).

Pero ser menor en algunos negocios funciona como obstáculo, por ejemplo en muchas ferreterías no venden el Poxi-ran a los niños (*“Compró en la ferretería, a veces no me venden porque soy menor”*). Además, algunos menores suman al riesgo de rechazo por parte de los comerciantes, el hecho del riesgo con la policía y prefieren dar el dinero a otros compañeros del grupo y no arriesgarse⁴³ (*“No, yo no iba a comprar, no me gustaba ir a comprar porque por ahí pinta la gorra”. Me quedaba ahí nomás en la vereda con otros pibes, y listo”*).

⁴³ Hace referencia a la posibilidad de que lo lleven preso o que lo denuncien.

Por lo general la droga para los primeros consumos es ‘convitada’ por otros integrantes del grupo y en raras excepciones, comprada o robada por el niño mismo (“*Al principio le sacaba pasta a mi papá y después empecé a comprar en Liniers*”). Luego, cuando el niño empieza con la escalada de consumo, estas estrategias resultan insuficientes para asegurar la cantidad de droga requerida (“*Cuando consumía Paco, gastaba una banda, como \$300, \$400 por noche porque me duraba poco porque fumaba cada dos por tres, porque me agarraba mucha abstinencia*”).

Existe también una suerte de ‘matonismo’ en algunos niños que llegan a atemorizar a los más pequeños y a los que se drogan solos para sacarles la sustancia que llevan (“*Para conseguir merca no gasto nada porque se la saco a pibitos más chicos que yo. Voy cerca del lugar donde hay unos chicos ranchando, les hago señas con la mano, me la dan y salgo corriendo*”). De todos modos, en torno al consumo de drogas, entre los niños de la calle existe un pacto de ‘no denuncia’ ni a los que consumen ni a los que los proveen de sustancia (“*Yo no mando en cana a nadie*”). Más aún, a veces se crean vínculos afectivos entre proveedores y niños consumidores que se extienden más allá del ‘vínculo comercial’ (“*Yo conozco a los que venden, voy a saludarlos siempre, voy de visita a saludarlos, pero ya no les compro*”).

Los niños van perdiendo progresivamente el miedo al consumo de drogas dado que sienten que controlan los riesgos (“*Le tenía miedo al poxi porque mi amigo había jalado de más, pero me animé y veía que el piso se movía todo, esa fue la primera vez. La segunda vez no me flasheaba y lo único que sentía era ruido en la cabeza. Eran casi los mismos ruidos que sentía con el porro, pero me acordaba de las cosas, por ejemplo jalaba y no sabía lo que estaba haciendo, después al rato cuando se me acababa la bolsa despertaba y no entendía nada, tenía todo manchado, después de la segunda vez, la tercera vez ya sabía más, aprendí todo, me sabía controlar, sabía cruzar la calle solo, sabía todo*”; “*Una vez fumé Paco y me quedé medio mareado, después fumé una pastilla y ahí quedé más bien*”).

Las drogas, además, rápidamente comienzan a cumplir una función de anestesia frente al dolor físico y subjetivo (“*La marihuana me gusta porque me deja tonto, me cago de risa por cualquier cosa, me pueden estar matando que me río...*”; “*Con el Paco no tenía miedo de nada, no sentía nada, cuando la policía me golpeaba. Fumaba tres tarritos por día*”).

Cuando los niños comienzan a consumir Paco se vuelcan rápidamente a un consumo diario e intenso. Entre otros motivos, destacan que cuando pasa el efecto de la dosis consumida las sensaciones asociadas al bajón son muy desagradables (“*Se me ocurrió fumar Paco porque ví a unos amigos que fumaban y entonces me re-colgué y empecé a fumar y a fumar... Me dura poco, entonces fumo cada dos por tres porque sino me agarra mucho bajón*”; “*Uno se siente con una gran energía, que puede correr y no lo alcanza nadie. Me mareo pero me dan muchas ganas de caminar, cuando se me pasa el efecto tengo que fumar sí o sí porque sino empiezo a vomitar. O si no, me agarra el bajón y me quedo dormido donde sea. Siempre consigo más, porque cuando consumí Paco, él hace el trabajo por mí*”).

El Paco es considerado por muchos de los niños que no lo consumen, como una droga

muy peligrosa por su potencial adictivo y sus efectos nefastos a nivel de la conducta (*“Los que fuman Paco son distintos porque a uno lo rasura y quiere seguir fumando, seguir fumando porque hasta que uno no queda re-duro no para”; “Los que consumen Paco están ‘electros’, se mueven para adelante y para atrás”*). Más aún, estos niños que consumen otras drogas se reconocen como distintos a los grupos de niños consumidores de Paco (*“Los que consumen Paco son distintos porque el Paco te domina, no lo podés dejar. Vos fumás uno y querés más. Vos pasás y los ves todos sucios, roñosos. Es re-distinto”*).

Esta percepción de peligrosidad no está presente en todos los niños consumidores de Paco. Algunos la consideran su droga preferida, por lo general junto al clorhidrato de cocaína, y piensan que deciden y controlan el consumo (*“Cuando quiera lo dejo”*). Otros, en cambio, son más conscientes de la adicción y de las dificultades que ésta conlleva (*“Consumo muchas veces por día, no sé cuántas... Pienso que no voy a poder dejar de consumir, no aguanto mucho... Nadie puede dejar de consumir por más que quiera”*). Algunos relatan que probaron la sustancia a pesar tener información acerca de su peligrosidad (*“Sabía que si consumía no iba a poder parar pero igual quería probar”*).

Por lo general los niños consideran que Paco y pasta base son nombres que hacen referencia a la misma sustancia, o bien consideran el Paco como un residuo de la elaboración de la Pasta base (*“Es lo mismo. En sí la pasta base es lo que sale puro, y lo que le dicen habitualmente y vulgarmente ‘paquito’ es el contenido de fibras de lo que queda de la base”*). Algunos niños refieren tener conocimiento acerca de que la Pasta base es más pura y más fuerte que el Paco (*“La diferencia con el Paco es que como la pasta es más fuerte, más pura, uno queda re- loco”*).

Otros niños desconocen qué tipo de droga están consumiendo, sólo perciben la similitud del efecto con el clorhidrato de cocaína (*“No sé ni qué droga es, ni qué tiene. Me deja duro, perseguido, voy caminando y miro para todos lados. Consumo mucho. La cocaína también me deja perseguido”*). La única diferencia que establecen en este caso es entre ‘droga buena y mala’, de acuerdo con la magnitud del efecto subjetivo que les provoca (*“Yo no sé, yo consumo mucho y la calidad me doy cuenta cuando la fumo, porque si no es de buena calidad no pega”*).

Entre los efectos subjetivos más importantes, el Paco actúa como euforizante, permitiendo que los niños evadan pensamientos funestos y pierdan la sensación de miedo siempre presente por innumerables causas asociadas al desamparo de la vida en calle (*“Consumo Paco y me pongo re- loco, no pienso en nada y no tengo más miedo”*).

En cuanto a las modalidades de consumo de Paco y la parafernalia que se utiliza en cada una de ellas, básicamente se puede hablar de una modalidad de consumo en cigarrillo al que llaman ‘mezcladito’ (*“La marihuana la consumo mezclada con pasta base o sola, en cigarros armados... se llaman ‘mezcladitos’; “Consumo la pasta con cigarrillo de tabaco mezclado”; “Pongo el Paco con un poco de faso y merca, queda todo junto y lo pongo en un papel para fumarlo”*), y a través de diversos tipos de pipas construidas con papel, alambre y otros elementos como virulana, corchos, papeles metálicos, tapas de gaseosa, etc. (*“El Paco es un polvito blanco, que vos lo tenés que meter en un papelito chiquitito mordido, vos lo tenés que abrir, hacer una pipa, y donde*

tira, fumás”; “La pasta base que es lo que más consumo, lo fumo con una pipa, cortado con virulana”; “Para fumar el Paco lo preparo yo en unos tubitos de antena. A eso le pongo virulana adentro y después lo quemo o lo mojo y me lo mando”).

Los niños son quienes se ocupan de adquirir la parafernalia para preparar la sustancia a los fines de consumirla en cualquiera de sus modalidades (“Armaba la pipa con la otra fisura⁴⁴ que andaba por ahí. La armaba con un corcho de la sidra. La hacía con el papel metálico del yogur, la encintábamos toda, le hacíamos un agujerito, con una aguja le poníamos ceniza y la fumábamos”; “La compro en la puerta de la escuela y nos vamos a la calle con unos chicos de mi grado y otros que son de otro grado más chico, y armamos la pipa... con una tapa de coca, un aluminio de yogur, una boca para conectar el aluminio y un agujero en la tapa con el tubito de la lapicera”).

7.7. El consumo de drogas y la salud en los niños

“Con el poxi sentía que no me preocupaba mi cuerpo, me lastimaba y no me preocupaba... adelgazaba. Cuando dejé empecé a comer, a engordar... nunca tuve miedo de enfermarme”.
(niño de 12 años)

Por lo general, los niños tienen registro de los efectos corporales que tiene el consumo (“Lo malo de drogarse es que la droga te mata, hace el trabajo de adentro para afuera”). En relación al alcohol, varios señalan que les produce el efecto desagradable de vomitar, pero en muchos de ellos, el deseo de continuar bebiendo vence el rechazo por los dañinos efectos psicofísicos de la sustancia (“Me costó acostumbrarme a tomar porque al principio me hacía vomitar mucho, pero después me acostumbré y dejé de vomitar”).

En cuanto a los efectos corporales dañinos de las sustancias ilegales, los niños registran variaciones en:

- **Apetito** (“Cuando jalaba no comía nada. Después cuando mi cuerpo ya no quería más nada, empezaba a vomitar todo y ahí me pasaba la comida”; “Empecé a sentir cambios en el cuerpo, por ejemplo con el porro, empezaba a engordar, porque con el porro pinta el bajón a full y entonces uno empieza a comer. En cambio con el Paco no comía, estaba con re-ganas de fumar todo el día, entonces adelgazaba y no me daba cuenta de nada, estaba todo el día vago”).
- **Peso** (“Cuando consumía Paco estaba muy flaco, estaba arruinadísimo, sinceramente”; “Cuando empecé a jalar pegamento empecé a no tener hambre y a verme más flaco”; “Con el poxi no estoy más flaco, al revés, como más”).
- **Alteraciones del ritmo cardíaco** (“Con el faso me siento diferente, el corazón late de otra forma”).

⁴⁴ Hace referencia a una amiga con la cual consume.

- **Alteraciones respiratorias** (“*El poxi te quema los pulmones, me fui a hacer ver Argerich con una placa*”; “*Antes tenía miedo de consumir, de que me pare el corazón porque soy asmático. A veces tengo miedo de morirme. Me quise matar muchas veces porque una novia me dejó por las drogas... ella no consumía. Ahora trato de no drogarme*”).
- **Alteraciones estomacales** (“*Yo jalaba y vomitaba y otra vez*”).

Algunos niños relatan en forma desafectivizada episodios de extremo riesgo de vida asociado al consumo de sustancias (“*Hace un año me tuvieron que hacer un lavado de estómago porque había consumido de todo: pastillas, merca, jalé, todo junto, casi me muero y me mandaron a un instituto*”; “*Yo una vez... era chiquito yo y tomé, jalé nafta viste, jalé nafta y me desmayé; después tomé pastillas ahí casi más me muero de verdad; me tuvieron que operar, todo feo y después me agarró varicitis, después me chocó un coche*”).

Pareciera que una de las funciones más importantes de la droga para estos niños es la alteración del sensorio y las modificaciones en la subjetividad que conlleva. Por ejemplo, las alteraciones cenestésicas le permiten a los niños ‘olvidarse de sus cuerpos’ ya que desaparecían de su conciencia malestares y dolores (“*Con el poxi sentía que no me preocupaba mi cuerpo, me lastimaba y no me preocupaba... adelgazaba. Cuando dejé empecé a comer, a engordar... nunca tuve miedo de enfermarme*”).

Las alucinaciones visuales comienzan a formar parte del cotidiano (“*Cuando jalo poxi tengo alucinaciones, veo cosas... , está bueno*”), la excitación del estado del humor se confunde con la alegría (“*El poxi te cambia el carácter, te pone loco, te reís de todo...*”) y los cambios en el carácter asociados a una mayor irritabilidad y aumento de la agresividad en la conducta, se hacen notorios para ellos mismos (“*Te pone más agresivo, insultaba a la gente por la calle, y me ponía nervioso*”; “*Te cambia el carácter y te pone más jodido*”; “*La base te cambia el carácter, te hace poner más colgado y también más agresivo*”; “*Cuando empecé a consumir el cuerpo me fue cambiando, tenía cara de drogadicto, algo en la mirada, algo triste. Adelgacé y me puse más malo*”).

Algunos niños que no consumen Paco consideran que iniciarse en el consumo de esta droga es una decisión (“*Si uno quiere arruinarse se arruina, en el sentido que andás todo ciruja como los que fuman base. Si uno quiere andar así es porque quiere. ¿Si a vos te dicen tirate abajo un tren, te vas a tirar? Si querés te tiras y si no, no*”). El nivel de conciencia sobre la dependencia que generan las sustancias es variable. Por lo general, los niños que se han iniciado recientemente en el consumo tienen la ilusión de que son ellos quienes deciden controladamente si consumen o no (“*Tengo la situación controlada*”), o consideran que tal vez el consumo no los beneficie, pero de todos modos eligen consumir (“*No sé si dependiente, pero sí tal vez estoy yendo por mal camino... no hago lo que debo hacer... pero yo soy consciente de lo que hago*”).

Otros, que llevan un tiempo mayor de consumo, comienzan a ser conscientes de la situación de dependencia e intentan dejar de consumir, por lo general en forma solitaria e infructuosa (“*La peor droga es el Paco, primero pensé que iba a poder parar al toque, pero me después me dí cuenta que no*”; “*Traté de dejar unas semanas, pero no pude... no pedía ayuda*”). La estrategia más utilizada para abandonar el hábito es el

retorno al hogar de origen y el aislamiento social (*“Consumo pegamento en bolsita de sachet. Traté de dejar y me costó mucho, ahora pude dejar, pero me quedo más tiempo en casa porque si no...”*; *“El Paco no lo quería consumir más y me fui a mi casa, pero a las dos semanas vi por televisión un cargamento de pasta base decomisado y me dieron ganas de consumir y volví al Bajo Flores a comprar a la cocina”*).

Algunos niños, después de fracasar en estos intentos solitarios, piden ayuda profesional siendo introducidos en el sistema público de salud con diversos niveles de éxito en los tratamientos (*“Una vez fui a Liniers a hacer un tratamiento pero no me sirvió porque tenía abstinencia, me mareaba y cuando salí me volví a drogar. Empecé el tratamiento cuando empecé a jugar en San Lorenzo que me llevó mi mamá. Estuve más de un año y a veces estuve internado”*; *“Para dejar de consumir fui a una psicóloga de un hospital. Yo quise para que me ayude a dejar la droga. Ahora que la dejé me siento una chica normal, me siento re-mejor”*).

Otros niños dejan de consumir cuando prevalece en ellos el deseo de asegurar la satisfacción de las necesidades básicas y de educación, y de ser admitidos para residir en un hogar (*“Intenté dejar pero no pude... ahora desde que estoy en el hogar ya no consumo”*; *“Hoy no fumo porque si no no podría estar en el parador...”*). Pero cuando los niños son inducidos por el sistema penal a ingresar a un tratamiento, el resultado más frecuente es el fracaso (*“El poxi lo pude dejar porque me llevaron al instituto por la ley, me dejé llevar al tratamiento porque no podía salir, pero cuando salí me drogué de vuelta”*).

Fueron raros los casos donde el malestar físico sirvió como alarma y freno para el consumo de sustancias (*“Tuve miedo una vez, porque por fumar apurado, me agarró una pataleta y empecé a temblar y el corazón me hacía tuc, tuc, re-rápido y se aceleraba. Estaba en la cama de mi prima, estaba acostado todo temblando, se me cerraban los ojos y me llevaron al hospital y ahí me curé todo y de ahí no fumé más. También tenía miedo pero más por mi familia que por mí... mi familia se preocupa y mi prima cuando le agarró la pataleta estaba embarazada”*). En el caso de algunas niñas, el embarazo actuó como estímulo para abandonar el consumo, al menos durante el período de gestación (*“Dejé de consumir cuando quedé embarazada... ahora no estoy consumiendo”*).

Algunos niños tienen conocimiento acerca de enfermedades asociadas al consumo por vía intravenosa, ya sea porque han adquirido la información en el grupo de pares (*“Yo sé que te agarrás sida si compartís la jeringa, nadie consume así donde yo vivo”*), o bien en instituciones por las cuales circularon (*“En el hogar me dijeron del sida, de lo que pasa si consumís con jeringas”*; *“En el hogar me hablaron del HIV... no hay que consumir con jeringas”*). Por el contrario, otros niños nunca escucharon hablar de sida ni otras enfermedades infectocontagiosas (*“El sida? No, ni idea”*; *“Yo me drogué con jeringas nuevas. No me da miedo usar las jeringas... No, no sé lo que es el sida”*).

7.8. El valor de las instituciones y la relación con la ley

En líneas generales, los niños consideran los hogares y paradores como ‘instituciones amigas’ que les ofrecen ayuda y cobijo (*“Estuve en un montón de hogares, en el San Justo, en La Boca y en Santa Catalina, más o menos dos años. En el Parador que estoy*

ahora ya estuve de chico, me re-gusta pero no sé por qué”; “Estoy buscando un hogar permanente, no quiero estar más en la calle”; “Prefiero estar como ahora en el hogar de Flores más que en la calle”).

Uno de los motivos por los cuales los niños a veces evitan ir a los hogares, a pesar de sentirse cómodos y guarecidos, es que los identifican y dan aviso a la familia para que vayan a retirarlos, cuando en realidad los niños están escapando de muchas familias problemáticas en general por diversas formas de abuso hacia ellos (*“Estuve en dos hogares, en el Cárdenas y en Retiro. Me fui porque un amigo me vio y le aviso mi papá y me fue a buscar. Ahora no saben⁴⁵ que estoy acá”).*

Cuando la convivencia con los pares en los hogares no funciona, los niños se retiran por sí mismos o hacen intervenir a las propias familias (*“Estuve en hogares, uno de Devoto y otro que estaba en Parque Chacabuco. Me fui porque me agarraba a piñas todos los días”; “Estuve en el Don Bosco, pero muy poquito tiempo y me fui porque me sacó mi mamá, porque me trataban mal y porque no me llevaba bien con nadie y entonces mi mamá me llevó de vuelta a casa y después me fui”).*

La institución policial está connotada como una instancia de control social pero no de protección (*“La policía no te ayuda. No le pediría ayuda a la policía, ayuda pido en los hogares”; “Cuando mi mamá me pegaba nunca fui a la policía, me la bancaba”).* Además, los niños más pequeños, son conscientes de que al ser menores de edad, no pueden ser detenidos en las comisarías y por ésto no temen el accionar del ente (*“Con la policía no tengo problemas porque no se llevan los chicos en los patrulleros, no se llevan a los chicos de la estación”).*

Es la misma policía en muchos casos la encargada de llevar a los niños a los hogares (*“Un hombre acusó a mi amigo de que le robó el bolso, entonces llamaron a la Prefectura y nos llevaron a todos en una camioneta a la comisaría. Estuvimos dos horas ahí, y vinieron a Liniers y nos sacaron. Después nos trajeron hasta el Abasto, y nos quedamos ahí. Me dijeron si quería ir a un hogar al Bajo Flores, fui un tiempo y después dejé porque ya no tenía ganas”).*

Para el grupo de niños de mayor edad, la policía está a cargo de acciones punitivas y agresivas en reprimenda a sucesos que muchas veces quedan desdibujados en el recuerdo de los niños (*“No me llevo bien con la policía porque cada dos por tres vienen a pegarnos”; “Con la policía no me llevo bien porque una vez me cascaron”).* Los problemas con la policía son frecuentes por tema de drogas, robo, vandalismo y desalojos, entre otros (*“Una vez me invitaron a robar y yo fui, viste, levantaron una persiana le rompieron el vidrio y no me gustó para nada a mí ya que encima cayó la cana y tuvimos que correr, correr... Me metí abajo de un colectivo, sino me llevaban en cana y lo agarraron a uno y la cana le pegó una de palazos, a la minita no la pudieron agarrar, viste que no la pueden tocar los varones hasta que llamen a la femenina, le dicen”).*

Cabe destacar que en ningún caso los niños hacen referencia a intervenciones policiales (violentas o no) en defensa de ellos. Los niños desconfían de la policía y ésta de los niños (*“Tuve problemas con la policía solamente 4 veces por tirar piedras a los colecti-*

⁴⁵ Hace referencia a sus padres.

vos... en el Parque Lezama. Me detuvieron... y otra vez me llevaron a un lugar, pero por lo general 'zafo' porque les miento"⁴⁶; "Estaba con un pibe. Nos dijeron que nos vayamos y si no nos iban a meter una patada en el culo. Porque la policía no nos creyó que estábamos pidiendo plata, pensó que robamos").

La valoración que hacen los niños de la calle de los hospitales es variada. Algunos los consideran instituciones amigas que se ocupan de ellos cuando se enferman o accidentan ("Cuando me siento mal voy al hospital, así me solucionan el problema"; "Fui al hospital tres veces... Me atendían bien. Una vez un mozo me quiso echar, me resbalé y me rompí la cabeza contra una silla... otra vez fue porque fui a visitar a mi papá a la cárcel y ahí nomás me rompieron la cabeza con una copa... Me atendieron bien en el hospital"; "Tuve pulmonía, me internaron en el hospital, me dieron antibióticos. Me atendieron bien, me curaron"; "Cuando tuve a mi bebé estuve internada en un hospital, mi mamá me fue a ver. Me atendieron muy bien, estuve varios días porque el bebé era prematuro y nos cuidaban a los dos").

En algunos niños, la desconfianza a las instituciones se hace extensiva a los hospitales ("Nos peleamos con otros chicos y me pegaron un palazo en la cabeza y me negué a ir al hospital. Me lavé la cabeza y la herida se curó sola... no me gusta ir al hospital"; "Voy al hospital si es necesario, pero prefiero curarme por mi cuenta"), entre otras cosas, porque también en algunos hospitales 'desconfían de las intenciones de los niños' cuando van a pedir ayuda médica ("Voy al hospital cuando tengo algún problema pero algunas veces no me dejan pasar").

Cuando se cruza esta información con la obtenida en el estudio sobre "Emergencia hospitalaria y consumo de sustancias psicoactivas" realizado en los hospitales Piñeyro y Penna de la Ciudad de Bs. As. en el 2008⁴⁷, resulta que los chicos que accedieron al hospital presentaban un estado crítico y con diversos niveles de alteración de la conciencia. En el mismo sentido, del estudio citado anteriormente que fuera realizado por la SAP⁴⁸, los resultados refieren que los niños llegan a la guardia acompañados por la policía, por otro chico, solos, en ambulancia o con un mayor no familiar por maltrato familiar, desamparo, intoxicaciones agudas o problemas psicológico/psiquiátricos.

Por lo general, los niños temen las intervenciones institucionales, tales como el hospital público y la policía, porque dicen saber que al haber delinquido son enviados a institutos de menores, instituciones que consideran de carácter carcelario ("Fui varias veces a hospitales por problemas que tuve en la calle pero siempre me llevaron a la fuerza y me escapé para que no me metan en un instituto"; "Estuve en el instituto San Martín y en Colonia Gutiérrez"; "Una vez mi mamá me cortó con un cuchillo, fui a la escuela y me llevaron de la escuela a un instituto"; "Una vez me metí en McDonald's,

⁴⁶ Hace referencia a que miente a los policías.

⁴⁷ "Emergencia hospitalaria y consumo de sustancias psicoactivas", Observatorio de Drogas del Gobierno de la Ciudad de Bs. As., Cuestionario: SEDRONAR/OEA. Población: Total de casos 1.047 llegados a la guardia de emergencias de los Hospitales Generales de Agudos Dr. Piñeyro (645 casos) entre la semana del 20 al 26 de octubre y Dr. J.A. Penna (402 casos) entre la semana del 27 de octubre al 2 de noviembre.

⁴⁸ Akman, M. y otros, (1999), Modalidades de abordaje médico a chicos de la calle en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, Archivo Argentino de Pediatría 241, 1999; 97 (4).

entré y había un pibe grande y no sé qué me dijo y yo me calenté y se ligó una silla, y agarré la cuchilla y le dije: pasame la mochila, pasame todo y me pasó todo y fui a la minita de la caja le saqué toda la plata y el pibe ese que yo le robé la mochila me empieza a agarrar y me dí vuelta para atrás y le pegué una puñalada acá en la panza y ahí me llevaron al instituto... hasta los 9 años me tuvieron en cana ahí”).

7.9. ¿Y después de la calle, qué? Expectativas y proyectos de los niños de la calle

En los niños más pequeños las expectativas y anhelos son preferentemente de carácter recreativo (*“Me gustaría andar en bicicleta, porque no tengo bicicleta. También me gustaría jugar al fútbol en un equipo contra otros equipos”*; *“Me gustaría tener unas zapatillas nuevas en Navidad y juguetitos de computadora, quiero tener plata para ir al cyber todo el tiempo”*) y de estudio (*“Lo que más me gusta es vender, pero me gustaría volver a la escuela, porque a mí me gustaba la escuela”*; *“Me gustaría aprender un par de cosas, sobre todo oficios”*; *“Yo quiero ser abogada”*; *“No quiero andar más en la calle, voy a ver si puedo terminar la secundaria. Y después estudiar gastronomía. Quiero ser chef... Tal vez volvería a casa en otro momento”*).

Los niños de mayor edad anhelan insertarse laboralmente (*“Me gustaría estudiar y después trabajar en un country como oficial electricista, como mi papá”*; *“Quiero laburar de albañil”*; *“Me gustaría conseguir un trabajo, eso me tranquiliza, no me gusta estar sin trabajar”*; *“Ahora quiero empezar a trabajar. Con la plata voy a comprarme ropa”*). Saben, además, que para poder estudiar y/o trabajar van a tener que dejar la calle (*“Quiero salir de la calle, alquilar una pieza de hotel con mis amigos... podríamos pagar con lo que sacamos de los malabares y de limpiar parabrisas. Me gustaría terminar la secundaria y estudiar para maestra jardinera”*).

Muchos de los niños más pequeños y/o con menor tiempo en calle, anhelan volver a vivir con sus familias:

- Los que se fueron de su casa cuando se comenzó a desestabilizar la convivencia familiar por el propio consumo intenso de drogas (*“Me gustaría dejar la calle y estar más tiempo y más tranquilo con mi familia”*; *“No me gusta más estar en la calle, quiero llevarme mejor con mi familia. Me gustaría a los 20 o los 25 formar mi familia”*).
- Los que por razones de desintegración familiar perdieron contacto con las familias (*“Me gustaría mucho conocer a mi mamá, sólo por fotos la conozco... está en Bolivia”*).
- Los que se fueron huyendo de situaciones de violencia familiar (*“Lo que más me gustaría es volver a estar con mi familia y que no se peleen”*; *“Me gustaría ver a mis hermanitos que están en el Cárdenas y estar con mi familia, pero que todos nos lleven bien”*).

Otros niños desestiman la posibilidad de volver a vivir en familia, ya sea por motivos de disfuncionalidades varias en el seno del hogar o por pobreza⁴⁹, y hacen saber su deseo de instalarse en algún hogar institucional donde vivir hasta alcanzar la mayoría de edad

(“Me gustaría estar en un hogar... Lo hablé con la gente de Santa Catalina y me dijeron que me iban a buscar uno”; “Me gustaría salir con mis amigas, ir al teatro, ir a comprar ropa al shopping y estar en un hogar”; “Me gustaría ver a mi familia y quedarme en el hogar”).

Pocos niños expresaron el deseo de abandonar la vida de calle y el consumo (*“Lo que más me gustaría es dejar el poxi y no agarrarlo más, y que mis amigos tampoco lo agarrren más”; “Me gustaría tener una vida nueva, ahora que dejé de consumir... terminar la escuela y empezar de nuevo”*); por el contrario, muchos niños consideran que ya alcanzaron y pueden seguir alcanzando todo aquello que desean mientras vivan en la calle (*“Yo hago todo lo que me gusta”; “Lo único que me gusta es estar en la calle”*). Estos niños sólo imaginan un futuro inmediato en el cual satisfacer sus necesidades básicas y recreativas (*“¿Para el futuro?... Y quiero pasarla bien nada más, ¿entendés? Intento vivir la vida, no estoy pensando en mañana, estoy pensando en hoy”*), pudiendo sostener un alto nivel de consumo de sustancias (*“Lo que más me gusta es fumar Paco, salir a robar y comprarme cosas... yo junto hasta \$500 por día, quiero seguir así”*).

⁴⁹ Muchos niños relatan que los ingresos no alcanzan para que se alimenten todos los miembros del grupo familiar y que por ello son obligados a trabajar o a irse de la casa.

8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES CON POBLACIÓN ASISTIDA

***“Consumía para no mirar, para no ver a los vivos”
(joven de 19 años)***

8.1. Historias de consumo

Los jóvenes que participaron en los grupos tenían entre 15 y 21 años y estaban en tratamiento con régimen de internación de un tiempo que iba entre tres semanas y un año. Al tener más edad que los niños/as entrevistados en situación de calle, haber compartido más tiempo de vida con sus familias y mantener contacto con ellos, las historias de consumo y el sentido del mismo, son diversas a las del primer grupo contemplado.

La mayoría de estos jóvenes vivía con sus familias antes de ingresar al tratamiento (*“A mí me costaba mucho, ya de última en la noche no dormía, trataba de hablar con mi mamá y no sabía qué hacer.... había días que me agarraba así como la depresión, me sentía mal, sabía que yo estaba mal, aparte como que de chico, siempre cuando salía con mi mamá de compras o a algún lado veía el consumo, todo de chico y sabía lo que estaba mal y lo que estaba bien, me lo enseñaron. Pero yo sabía lo que estaba haciendo mal, me lo habían enseñado y como que no pude cumplir y sentía un re-bajón de golpe y me sentía re-depresivo”*), en donde la familia ejercía de alguna manera la función de control y contención (*“Mal, tanto flasheaba que iba a venir mi hermana, yo estaba en mi casa, iba a la habitación, fumaba en la pieza, desarmaba la cama, cosa que si venía mi hermana me tapaba y me hacía el dormido, entendés, esas paranoias”*) y en líneas generales han sido parientes quienes los han acompañado para que ingresaran al tratamiento (*“Mi mamá se dio cuenta de tan flaco que estaba, mi vieja me dejaba adentro de mi casa, me agarraban esas ganas de salir a comprar y me escapaba por la ventana, mi vieja hacía todo lo posible. Hasta que un tiempo yo me di cuenta que me estaba arruinando, agarré a mi vieja y a mis hermanas y le dije que me quería internar y hablé con mi vieja y fuimos a un CPA⁵⁰ cerca de casa”*).

Muchos de estos jóvenes, antes de comenzar a consumir, tenían un lugar social reconocido, inclusive algunos estaban bien ubicados en carreras deportivas (*“Antes de empezar a consumir yo jugaba a la pelota, estaba jugando en River, y por lo de las drogas dejé de jugar”*; *“Yo estaba jugando en Argentinos Juniors y dejé también”*; *“Yo jugaba en Devoto de San Antonio”*; *“Yo en el de Ezeiza”*). Paradójicamente, para muchos de estos jóvenes, los ambientes relacionados con el deporte fueron los lugares de estímulo para el consumo (*“Yo empecé con el Paco con los pibes de la hinchada. Jugaba al fútbol ahí y vendían Paco ahí, en el mismo lugar, en el mismo club. Y bueno, yo los fui conociendo. Al principio no me querían vender, porque conocían a mi papá, todo. Y*

⁵⁰ CPA se denominan los Centros de Prevención y Atención de las Adicciones de la Subsecretaría de Adicciones del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Bs. As.

bueno, cuando vieron la plata, ya vieron la plata y me empezaron a vender, estaba ahí adentro todo el día... Sí, había un montón de mujeres, la más grande tenía 30 años, 25 años. Consumíamos éxtasis, Artane, Rivotril, de todo... en las tribunas, en todos lados”).

Las historias de consumo, en líneas generales, marcan el inicio en el consumo de sustancias ilegales entre 3 y 4 años después de lo que resulta en los niños/as en calle. La sustancia de inicio es en la gran mayoría de los casos la marihuana (“A los 12 marihuana y a los 16 tomaba mucha pastilla, Rivotril, Clonazepán, Rohypnol mezclada con alcohol y marihuana, estaba todo el día empastillado, con muchos cambios de ánimo, perdía las cosas o vendía las cosas, andaba mal, andaba mal, después para controlarme empecé a tomar cocaína, y ahí mezclé todo y le mandaba Paco...”; “Empezamos a los 12 con la marihuana y pibes más grandes nos decían fumen⁵¹, háganse hombres! ¿Que van a ser... maricas? ¿Van a ser caretas?”. Cayó uno, cayó otro⁵² y ya después se hizo como una banda que íbamos todos juntos para el mismo lado... desde los 12 hasta los 18...”).

También el alcohol y las pastillas son drogas frecuentes de inicio (“Empecé a tomar alcohol con pastillas, con Rivotril y Clonazepán, antes de ir a bailar a los 13, 14. Y después, marihuana, después a los 15, 16 cuando iba a bailar, no sé el nombre de la droga, se aspira, es para el punchi, no se el nombre, parecido a la bencina... y la pasta base a los 16. Después pinito, nevado y la que más me atrapó fue la cocaína y la marihuana, y el alcohol más que nada para bajar la cocaína, porque el alcohol nunca me gustó tomar, tomaba para eso”). En muchos casos se verifica un alto nivel de tolerancia de las familias al consumo de alcohol en los jóvenes (“Mi viejo me permitía el alcohol. Como él toma, ya a los 14 años me permitía tomar alcohol en la casa”).

Los jóvenes en tratamiento refieren historias que oscilan entre los 3 y 6 años de consumo ininterrumpido (“Yo al principio, a los 13 fumaba porrito nomás, después empecé a fumar nevada, que era ya porro con Paco, y después a los 15 años empecé a fumar Paco solo, y después para bajar fumaba porro, para nivelar, viste”; “A los 11 ó 12 la marihuana, a los 14 con el alcohol y la merca, 15 empecé con las pastillas y a los 16 seguí con lo mismo, 17 y 18 el Paco que probé, y así fue, digamos que donde conseguía: porro, merca o pastilla, eran las primeras drogas que probé. Después empecé a los 17 o 18 Paco todo el día”).

La marihuana actúa en la mayoría de los casos como droga trampolín para el inicio en el consumo del resto de las drogas ilegales (“Yo estaba en capital, en una esquina en San Telmo, en la cancha de Boca... empecé a fumar marihuana y bueno, eso me gustó... no me quería enganchar, no fumaba todos los días seguidos, había algunos que estaban las 24 horas, yo trataba de no engancharme mucho porque sabía que te dejaba, te arruinaba, y bueh, eso trataba de fumar normal, y en un momento se me pasaba no podía, entonces fumaba todos los días, en un momento, dejé de fumar marihuana y empecé a consumir otras drogas, que era casi lo mismo”; “Al principio uno empieza

⁵¹ Hace referencia a fumar Paco.

⁵² Hace referencia a que comienzan a fumar Paco.

diciendo 'voy a fumar marihuana', como que te mentís, bueno 'yo fumo marihuana, nomás, no me voy a meter en otras, después empecé a tomar cocaína y la marihuana la dejé totalmente de lado y probé la base').

En la cronología de consumo, la fecha de inicio del consumo de Paco comienza después de uno o dos años de consumo de marihuana. La fama de droga excitante que 'pega' más que otras, suele ser el señuelo para probarla (*"Nosotros al Paco cuando lo conocimos teníamos 14-15 años... fue por una mujer más grande... y nos dijeron, en Piedrabuena están vendiendo una droga que se fuma, a ustedes que les gusta fumar"*⁵³). *Pero hay que ir hasta Piedrabuena, que es pasando Lugano. Dice, "yo fumo, eso pega". Nosotros así de curiosos dijimos, bueno, vamos. Nos subimos todos a un auto y fuimos con ella... ella consumía. Y, era delincuente... tenía un apodo, la mamita. "¿Querés faso, querés merca, querés esto?". Y cuando ella venía o robaba algo grande, decía 'acá tengo para los chicos' y me agarraba y nos dejaba cosas... como que tenía afecto...").* En algunos casos los grupos de adolescentes fumadores de Paco llegan a constituir bandas que otorgan mayor identidad que las propias familias y donde los vínculos afectivos son ilusoriamente fuertes (*"Con los chicos éramos como una familia. Yo a mi mamá le llegué a decir... vos no sos mi familia... le doy más importancia a esta gente que a ustedes. Ellos son mi familia"*).

Muchos jóvenes relatan que en la familia existía una notable tolerancia al consumo de marihuana, cocaína y pastillas, pero que reaccionaron negativamente cuando supieron que sus hijos consumían Paco (*"Sabían que consumía cocaína, pastillas, marihuana, que llegué a inyectarme, y no hacían nada; cuando se dieron cuenta que consumí Paco se despertaron, y ahí fue cuando reaccionaron... mi mamá cuando se enteró se quería morir, casi me mata, me dijo de todo, se quería morir, se puso a llorar. Pero no, toda mi familia se puso mal"*).

Las formas de preparación del Paco no distan en este grupo de las relatadas por los niños/as en situación de calle (*"Yo lo... preparaba con una bombilla de acero y una virulana... poníamos una goma para no quemarte los labios capaz. Y si no había goma te quemabas los labios y te quemabas los dedos y... no importaba"*; *"Con los pedazos de la antena de la televisión: lo cortábamos eso, le poníamos virulana, quemábamos la virulana, lo armábamos y le poníamos la base y fumábamos ahí, con eso. Pero eso ya de última... porque en cualquier lugar podías cortar un pedazo de antena y hay un pedazo de virulana"*; *"Yo con antena, cortina, caño de la cortina, todo lo que sea de aluminio, los cañitos...pero la virulana la quemábamos antes para que no te agujeree los pulmones... la virulana funciona como un filtro"*).

Dentro de la parafernalia para consumir Paco se incluyen adminículos más caros como las pipas de madera (*"Si no una pipa de madera con cenizas...O sea, una pipa como para fumar tabaco, con una rejilla, y cenizas. Y ahí le echás la pasta base... son pipas un poco más chicas, o más grandes. O sea distintas pipas de madera con una rejilla, y le echabas la ceniza del cigarrillo"*), o como los habanos, poco conocidos y de difícil acceso económico para los niños/as de calle (*"Nosotros la fumábamos con los tubos*

⁵³ Hace referencia a fumar marihuana.

de los habanos, ¿viste? Los pinchábamos... los ahuecábamos y le poníamos la ceniza del cigarrillo arriba y le poníamos arriba la pasta base”).

A diferencia de los niños/as en situación de calle, entre estos jóvenes se verifica un escaso consumo de Poxi-ran, droga a la que adjudican la capacidad de producir un fuerte deterioro en la subjetividad de los consumidores (“Se decía continuamente los que jalaban Poxi-ran estaban muy limados, estaban mal, era como que sabías que era todo el tiempo con la bolsa. Había veces que no tenían una bolsa y se largaban a llorar, ya estaban mal”).

En líneas generales los consumidores de Paco son considerados los más aislados y violentos y los que consumen marihuana son más ‘divertidos’ (“Por ejemplo los de Paco son los que generalmente se quedan encerrados en la casa, así de a dos, tirados, todos arruinados, fumando, los que fuman marihuana son los que dicen vamos a tomar una coca a tal lado, se empiezan a reír, como que hay un poco más de actividad; después están los que se empastillan, que son los que tienen un poco de cobardía de tanto consumir droga pero van a bailar, mucho alcohol y música”; “A mí me pasaba que había un chico que fumaba marihuana y yo pasta base, y yo estaba perseguido todo el día, como que ya veía algo y estaba perseguido, él me llevaba, me agarraba y me llevaba; o se reía de mí, él me llevaba a mí, pero en realidad era lo mismo, estábamos los dos drogados”; “Yo estaba fumando marihuana y otro Paco, yo estoy divertido y el otro callado, mirando para otro lado. Yo los corría, les decía que se vayan a otro lado, para consumir eso, necesitás estar tranquilo y eso. Yo creo que cada droga es como un mambo diferente, la marihuana es la mejor”).

El consumo de drogas por vía inyectable es menos frecuente, describiéndose las dificultades para adquirirlas sea por los altos costos como por los controles más estrictos del mercado (“La re-peleaba por conseguir lo que yo consumía... opio. Tenía un acopiador de varios hospitales, y yo se lo pagaba de acuerdo a mi cobro, de acuerdo al cobro del papá de mis nenes. Me ponía al día, y después dame, cuando cobro te pago, y nos manejábamos de esa manera... si lo ibas a comprar a una farmacia era carísimo, por triple receta, no lo conseguís así nomás...”), y en los casos en los cuales se verificó, los adolescentes contaban con información sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y en líneas generales no intercambiaban jeringas (“Hay que inyectarse solo, por el cuidado que tenés que tener con las enfermedades. Así que conseguir todo el material que yo necesitaba, tenía que moverme prácticamente 8 kilómetros para conseguirlo de uno o de otro lado, y más el material descartable; rotulado de distinta manera, porque éramos dos los que consumíamos. Yo tenía lo mío y él tenía lo de él; yo te quiero mucho pero yo me cuido”).

Algunos adolescentes relatan que al poco tiempo de haber comenzado a consumir, muchos de ellos se insertan en grupos de consumidores adultos (“Yo consumía con gente más grande que ya consumía de antes, por ejemplo, 22 o 27, así hasta el más grande, tenía 40 años... yo tenía 14... llegué por un amigo y me fui adaptando, adaptando, adaptando, hasta que me quedé”), y dado que muchas veces los grupos suelen estar conformados por delinquentes donde la violencia es la moneda cotidiana, se mantienen agrupados con sus parientes directos, conformando algo así como un grupo

dentro del grupo (“Yo con mi cuñado y con mi hermano. Éramos nosotros tres contra todos. En el grupo también éramos nosotros tres, los demás son los demás. Nos integrábamos, pero éramos nosotros tres. Vos le faltabas el respeto a mi hermano, y saltábamos yo y mi cuñado o me lo faltaban a mí y saltaba mi hermano y mi cuñado y así. Éramos nosotros tres para todos lados”).

Refieren también que los adultos de los grupos de consumo a veces intentan desalentarlos del consumo de Paco aduciendo que se trata de una droga nociva, mientras que los invitan a consumir otras drogas, por ejemplo clorhidrato de cocaína, considerada más inocua (“Había gente más grande, porque nosotros los que consumíamos pasta base éramos los más chicos. Los de la hinchada, todos esos que consumían cocaína nos decían –no, no consuman eso, vengan y consuman cocaína. Tomá, y nos daban una bolsa de cocaína. Y nosotros les decíamos tomácela vos, les decíamos careta a ellos. No sé porqué, eran drogadictos también, pero para nosotros como que eran otra cosa”; “Por ejemplo uno que consume cocaína ya se queda en ese mambo, y ve a otro que consume pasta base como que trata de cuidarlo, trata de advertirlo, de decirle ‘mirá esto te va a matar de a poco, consumí esto que da un par de años más’. Cada droga tiene su sentido pero hay alguna más jodida que otra y como que el que consume trata de advertir al otro del corte y las consecuencias de cada cosa”).

Los jóvenes compran el Paco directamente en las cocinas (“Yo tengo unos amigos que la cocinan y la venden. Hay un montón que la cocinan y la venden. Te sale más barata. Al por mayor... Soldati. Ahí está todo al por mayor. En la 11-14 también. Esas son las dos. Soldati y la 11-14. Piedrabuena también... esos son lugares de cocina”) o en las villas (“Vos entrás a una villa y te dicen ‘alto o bajo’ y ahí te están diciendo cocaína o Paco, y ahí vos decís. Vos tenés uno que vende cocaína y al lado uno que vende Paco, uno te dice alto y el otro bajo, vos te pedís lo que vos querés, bueno... yo quiero bajo o quiero alto, según el código que use cada uno”). Los 10 gramos cuestan alrededor de \$140 y los precios oscilan según los lugares de compra (“En los barrios se vende un peso, ya te dan una dosis. Un peso la dosis. En la villa está mucho más barato”).

Ir a comprar drogas comporta sus riesgos. Los adolescentes conocen las particularidades de los diferentes puntos de venta, su modus operandi y el nivel de riesgo que comportan las transacciones (“En la 11-14 venden los peruanos, viste. No te toca nadie, porque los peruanos llegan a tocar alguien al que va a comprar y... Es código de ellos... Y es medio riesgoso porque una vez que te venden, ya están. Te cuidan que entres... pero que salgas... estás como en otro territorio... es como un derecho de piso”).

Cuando los jóvenes llevan largo tiempo de consumo y la dependencia de las sustancias ha alcanzado un nivel acuciante, llegan a robar a los proveedores de drogas, sin considerar el riesgo que conlleva e ingresando en una historia de venganzas perenne (“Nosotros le íbamos a comprar siempre al mismo, pero cuando le vas a comprar todo bien, pero si estábamos con armas, lo apuntábamos y le sacábamos todo. Pero con los transas siempre hay una bronca bárbara”; “Una vez apareció mi primo en mi casa, yo no tenía una moneda, nada, no había ninguna movida para hacer, entonces me quedé en mi casa. Y viene mi primo así con 2 tizas de Paco y 2 tizas de merca... ‘y esto de

dónde lo sacaste', 'no, lo reventamos a un transa allá en la villa'").

Dado que ir a comprar es riesgoso, los jóvenes saben que si quien fue a cerrar la compra no retorna en un tiempo determinado, hay que escapar rápidamente porque significa que le pasó algo malo o están en riesgo (*"Yo conozco un chico que mandaron a comprar y no volvió más. Y ahí tenés que empezar a correr, cuando lo ven lo cagan a trompadas... Lo mandás a comprar, vos estás esperando ahí, re-ansioso y de repente... Ya te das cuenta, no aparece en... 10 minutos, porque también hay un tiempo... Vos ya tenés calculados los tiempos, todo, ya sabés que este para ir a un lugar tiene que tardar una hora, ida y vuelta. Porque hay mucha desconfianza, vos no le podés dejar a alguien que consume eso algo, si es mucho el grado de consumo que tiene. En mi caso no me dejaban nada, me dejaban el fuego y la (cosa) donde fumaba. Dejame esto y andá, andá a comprar; con esa condición iba a comprar"*).

Por los motivos señalados, muchos adolescentes evitan riesgos y compran a 'punteros de confianza' aunque deban pagar precios superiores (*"Hay intermediarios, punteros, a través de transas. Al que le decimos puntero es un puntero que la estira y la reparte. Son personas que venden, personas que viven de eso. Aparte mueve mucho eso, entonces si vas directamente a la persona que lo fabrica siempre se arma quilombo. Entonces directamente vas a un puntero"*).

En realidad, si bien cuando los jóvenes comienzan a consumir Paco lo consideran su droga preferida, nunca el consumo de esta sustancia es exclusivo (*"Hay veces que se le dice (free way) ponele a marihuana con pasta base; lo arman, qué sé yo, y quedan unos 10 minutos así, duros, y el resto del tiempo re-mal, riéndose de todo. Pero el que no está fumando pasta base está fumando eso, y si no lo fuman con cigarrillos"*). El gasto diario oscila entre \$150 y \$500, suma que cubre los costos del consumo de Paco y otras sustancias.

La marihuana es considerada una droga barata y la cocaína una droga cara, pero dado que el Paco comporta el consumo de grandes cantidades, finalmente gastan más dinero consumiendo esta última sustancia (*"La cocaína es bastante más cara, si es buena, buena, necesitás mucha plata. La marihuana llega un punto que ni necesitás comprar, la ves por todos lados y te la dan, y la base es barata pero necesitás comprar mucha y no te va a alcanzar nunca la plata porque siempre vas a querer más"*).

Casi todos los jóvenes coinciden en que la 'carrera de adicto' es más rápida cuando se consume Paco que cuando se consumen otras drogas debido a su efecto intenso y breve (*"Vos fumás, lo tenés, un pipazo, dos pipazos, tres pipazos, ya lo tenés, como que subís ahí a Júpiter y al ratito bajás. Ahí un poquito estabilizás, fumás un poquito pum, subís, y de vuelta"*; *"Con el Paco como que fumás así y al efecto lo tenés al segundo, es como un éxtasis mental. Te ibas y quedabas en el aire"*). Los jóvenes relatan que la compulsión al consumo es tan fuerte que pierden concentración para realizar cualquier otro tipo de actividad, inclusive las recreativas (*"Con otras drogas vos podés estar jugando a las cartas, conversando entre todos, tomándote algo, riéndote, escribiendo; podés compartir una conversación, no sé de qué pero se puede. Pero con la pasta base no podés hacer nada, no podés hablar, no podés irte a bañar, nada, ni dormir; estás siempre alerta. Y encima llega un momento"*).

Los consumidores de Paco desarrollan conductas muy agresivas, por ello abundan los relatos de violencia y muerte entre los grupos de consumidores (*"Yo llegué a perder muchos amigos así, por el consumo. O a gente, ver como mataban uno al otro... problemas entre bandas, como que estaban más así... alterados, más activos, llegaban a matar a otros, a lastimar a otros... mujer, varón, chico, chica"; "Por la pasta base se matan... se cagan entre ellos, viste. Lo mandan a comprar, por ejemplo, y no vuelve más. Y te sacan toda la plata, todo..."; "Yo vivía peleando lo que es Paternal con Floresta, All Boys con Argentinos, así 30 chicos a pelear a otros 30, podés morir, y aparte en ese momento que se muera alguien es un trofeo. Vas contando las muertes como si fuera normal, en Villa Crespo yo estuve y mataron a uno, y lo contás así como trofeo"*). En la calle se está solo en medio de muchos que consumen pasta base (*"No podés confiar en nadie que consuma droga. Uno que era tu mejor amigo, capaz que te vende la ropa... te roba a vos, tu casa, en toda tu casa. No podés invitar a nadie a tu casa que consuma pasta base"*).

Por lo general, luego de un período donde el grupo ofrece a los jóvenes la ilusión de haber generado fuertes lazos de solidaridad, el joven consumidor descubre que en realidad todos los integrantes del grupo pueden ser potenciales enemigos cuando se trata de conseguir sustancia o dinero para consumir (*"Ya la amistad entre gente que consume es como a veces muy falsa, porque hoy está todo bien con uno, y al otro día capaz que se pudre todo, pero mal. Como que a veces son muy falsas las amistades"; "No hay amistad, son compañeros de vida... si no tenés droga no sos nadie"*).

8.2. Percepción de la diferencia entre Paco y pasta base de cocaína

Muchos jóvenes consideran que la diferencia fundamental entre la pasta base y el Paco radica en que el Paco tiene residuos de diversas materias que son muy nocivos para la salud. La pasta base, en cambio, es más pura y está más controlada su elaboración, ya que se prepara agregándole tan solo bicarbonato de sodio (*"Porque la pasta base es cocaína con bicarbonato y te la podés cocinar vos. En cambio el Paco tiene residuo, de los tubos de luz, raid, tiene de todo. En cambio la pasta base, si querés la podés cocinar vos, para armártelo vos. Si vos te cocinás, ponele, vos sos consciente de lo que le vas a poner y del efecto que te va a hacer. En cambio vos comprás Paco y la bolsita esa te viene cualquier cosa"*).

El Paco tiene para ellos más residuos y menos cocaína pura (*"Te viene de todo en el Paco. Lo que menos tiene es sustancia. Esto es toda la porquería que te mata de la toda la porquería que le ponen. Y eso, porque a mí me lo dijo esta señora grande, siempre nos enseñaba cómo teníamos que hacer"*). La pureza se percibe a través del color y el sabor (*"La pasta base es más blanca que el Paco. El Paco es más cremita... te das cuenta por el color y por el sabor... a la pasta base no le sentís tanto gusto a plástico... el efecto es igual"; "Yo por el color, por ejemplo en Zabaleta yo compraba uno que era rosa, la rosa es lo más puro, no sé, vos vas a Cobos ponele y te dan una que es blanca así, y decís esto está re-cortado; o sino vas a Zabaleta te dan una que es rosa y la cortan directamente con jabón ahí, ya está... amarillo también, la cortan un montón."*

Con Bayaspirina, con cualquier pastilla ya está...”).

Otros definen la diferencia por la modalidad de consumo, resultando Paco cuando se fuma en cigarrillo y pasta base cuando se fuma en pipa (*“Yo voy al efecto, de fumarlo en cigarrillo o en pipa, el efecto del Paco te tarda en llegar, en cambio si lo fumás de pipa o de lata, es más rápido. Pipa es lo mismo, es mucho más rápido que el cigarrillo”).* Un grupo minoritario piensa que no existe ninguna diferencia entre dichas sustancias y que solo se trata de dos formas de denominarla (*“Digamos, es lo mismo, la misma porquería, se prepara igual”).*

8.3. El consumo y el colegio

En líneas generales, los jóvenes que en la actualidad realizan tratamiento de rehabilitación, tienen una trayectoria escolar mucho más larga que la de los niños/as en situación de calle y por ello dan mayores referencias acerca del consumo de sustancias, valoraciones y creencias en el seno de la comunidad educativa. Relatan que los docentes y la institución escolar en su conjunto suelen estar al tanto de quiénes son los alumnos que consumen drogas, pero no actúan para interiorizarse ni solucionar el problema (*“Digamos, lo único que hacía la maestra era sacarte. Ni me daban bola, para ellos es preferible que no jodas, que te quedes ahí en el fondo, tranquilo, que no hagas nada. Lo que ellos quieren es dar clases y tomárselas. Si subiste demasiado ahí sí empiezan a moverse, pero por el bien de ellas, no por el nuestro”).*

Los alumnos consumidores durante un tiempo concurren al colegio manteniendo en paralelo la vida de escolar y el consumo (*“Yo llevaba un caramelo de menta y gotitas para los ojos, y ya está. Y después a la salida lo mismo, me drogaba y 4, 5 de la mañana me acostaba a dormir; a las 7 a levantarse, ir a la escuela, lo mismo, con los mismos compañeros, todo. Ellos traían las gotitas, yo llevaba los caramelos. Y así”).*

Cuando los niveles de consumo aumentan de manera tal que los alumnos no pueden seguir el curso de las clases, por lo general el alumno es expulsado y queda libre por el alto ausentismo (*“Yo consumía antes de entrar al colegio, ahí afuera, en la escuela, o entraba a veces. Consumía pero la profesora ya sabía, pero ni me daba clase tampoco. Una vez sí, se dio cuenta porque yo me reía mucho, y me sentó adelante, en el mostrador, y me dijo mirale la cara a todos tus compañeros; y ahí empezaron los problemas, porque sabía. Pero bueno, y así quedé libre también. No, las profesoras no hacen nada”).*

En algunos casos, ante las sucesivas ausencias y el descenso progresivo del rendimiento escolar, se verifican intervenciones aisladas de la institución escolar, muchas veces sin participación de la familia del alumno (*“A mí una asistente social veía que había bajado las notas en la escuela, yo había empezado a consumir alcohol con pastillas y marihuana y me juntaba a hablar como una terapia, los profesores me trataban normalmente, me ayudaban, lo que sí se podría haber hecho es llamar a mi casa, mi mamá no sabía lo que yo hacía en la escuela, entendés, yo iba a hablar con la asistente social y todo, pero en casa no tenían ni idea”).*

Antes de abandonar definitivamente el colegio, algunos jóvenes concurren durante un

período a la escuela nocturna, donde se verifica un alto nivel de consumo dentro y fuera del colegio (*"Intentaron ayudarme, hacía terapia con una psicopedagoga, y como que me peleaba con mis compañeros después me fui de esa escuela, bah, fui a lo que es un acelerado. Ahí tenía un montón de conocidos que sabía que se drogaban, y había drogas adentro de la escuela, se compraba, se vendía adentro de la escuela"*).

Las historias de la vida escolar en la escuela nocturna resultan por lo menos llamativas, no solo en lo que respecta a las particularidades de las estrategias pedagógicas durante el desarrollo de las clases, sino también en relación a la actitud de los docentes frente al notorio consumo de los alumnos (*"Tenía un profesor que era hippie, capaz se ponía a explicar lo que hacía la marihuana, nos quería ayudar con la experiencia de él, que ya había dejado y todo, pero como que la escuela era un desastre y no tenía autoridad para decirnos nada..."*).

8.4. Prácticas para conseguir dinero

Cuando los jóvenes se encuentran en un nivel de consumo de carácter adictivo, para poder adquirir la sustancia, la forma habitual de conseguir dinero es a través el robo. Cuando está de por medio el consumo de Paco, las formas de los robos son organizadas y más violentas, por lo general con armas (*"Para colmo vos salís a robar con un arma de fuego o con arma blanca, y ahí se te re-complica, porque vos no tenés fuerza, entonces de última vas con eso y ni te enteraste; o sea, no sos consciente de lo que hacés. Entonces ahí se te juega todo, vos, la otra persona, y el resto de tu vida, tu familia, todo. Aparte estás asustado, ¿pero qué pasa?, cuando hay una situación de violencia te re-sacás, y ahí es cuando podés hacer cualquier cosa, porque no vas a las manos, vas a lo que sea"*).

Los grupos de jóvenes adictos al Paco, debido a la urgencia para conseguir dinero para comprar sustancia y paliar los desagradables síntomas del 'bajón', llegan a 'perder todos los códigos', inclusive los de convivencia básica en el seno de los vínculos más cercanos, que indican no robar en la familia ni en el barrio (*"Como que con la pasta cambió, ya no me importaba si robaba en mi casa, o robaba en los colectivos... más en las paradas, de otros barrios, o me metía en una casa de mi barrio. Pero ya como que cambió, quería plata más rápido"*).

En las mujeres es habitual la prostitución como método para conseguir dinero, pero esta conducta provoca rechazo en muchos grupos de consumidores y las rechazan (*"Las mujeres era común prostituirse, y conocí chicas que estaban muy mal, y que lo único que hacían era drogarse y subirse a los coches, pero del grupo no las aceptaba nadie, estaban solas"*). Los varones habitualmente no se prostituyen, pero existen algunos casos en los que se asocian a las chicas para salir a conseguirles clientes y reparten las ganancias (*"Yo tenía una compañera. Que digamos, yo le hacía, yo le hacía la cosa y ella..."*⁵⁴ *Y a ella le daban y a mí también me daban plata. Y más que consumen, no les importa nada. Yo tengo muchas chicas así conocidas del barrio que lo hacen"*).

⁵⁴ Hace referencia a que le conseguía clientes para que se prostituyera.

A veces las chicas no se prostituyen por dinero, sino que directamente intercambia sexo por Paco (*"Las mismas chicas si vos tenés un par de Pacos, les decís fumamos un par de Pacos, unos pases, y vamos a hacer un par de cosas, ya como que ya está, las chicas, un pase, tenés un par de Pacos, está todo bien. Que le pague la gilada y el escabio, ya está. Las chicas son así, la prostitución no es tan así, pero es prostitución"*). Los varones diferencian las chicas que se quedan transitoriamente en los grupos porque se prostituyen por droga y las 'estables', amigas que como ellos roban para procurarse la sustancia (*"Lo que me pasaba a mí es que había chicas que eran como transitorias, que estaban un rato y las echaban y después estaban las de siempre, las que consumían, y eso. Siempre había mujeres, estaban las que eran amigas nuestras y las que venían después estaban un mes y listo, desaparecían"*).

En general, los varones manifiestan desconfianza en relación a las mujeres, consumidoras o no, y sienten pertenencia en grupos exclusivamente masculinos (*"Yo creo que las mujeres muy selectivas no son, también depende mucho del hombre con el que se maneja, tenés que tener plata y se la traen. Muchas chicas dependen de lo que vos hacés, están con vos por el interés de lo que vos traés"*). Inclusive algunos varones no permiten que las chicas se droguen con ellos porque pueden tener actitudes necias o poco confiables (*"Cuando teníamos 15 años empezaron a venir chicas a consumir Paco con nosotros, viste, pero hay un pibe que no dejaba... Que no se droguen, que no se droguen, decía. Que mirá que quedan re-locas y hacen cualquier estupidez"*).

8.5. Territorios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires

Prevalece en los jóvenes una percepción que diferencia las 'facilidades' que ofrece la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires para adquirir droga y drogarse. En líneas generales se considera que la Policía Federal es mucho más intransigente para el consumo de sustancias que la Policía de la Provincia de Buenos Aires. Según la percepción de los jóvenes, en la Provincia de Buenos Aires, la policía está detrás de los robos más que de la droga (*"Yo vivo en Capital, y lo que es la policía, se hace mucho más difícil consumir, porque en provincia, la Bonaerense como que no está muy encima de los que se drogan, de los que roban y eso"*). Además, los ciudadanos de la Ciudad de Buenos Aires colaboran con la policía denunciando situaciones de consumo (*"En general, están como más atentos en Capital. Acá, en Capital, no solamente que tenés que tener cuidado con la policía sino con la gente, la gente de Capital llama a la policía... cuando me agarraban a mí, me la devolvían y me decían tomátelas"*).

Los jóvenes relatan que en la Ciudad se puede mendigar en la calle y la gente responde positivamente dando dinero, tal vez por temor según la apreciación de los entrevistados. En la Provincia de Buenos Aires, sin embargo, esta técnica para procurar dinero no da resultados positivos y salen a asaltar negocios (*"Capital es distinto que en provincia, te tiene miedo la gente, mucho miedo, viste, entonces vos acercándote, y pidiéndole la plata te la dan. Por eso mismo te digo que la plata en Capital se consigue muy fácil. Yo iba con chicos, íbamos a los de traje así, los que tenían plata, lugares donde no"*

hubiera mucho tránsito así... pero tranquilo, le pedíamos la plata y nos daba la plata, esa era la forma en Capital, en Provincia, lo que robábamos mucho eran autos y estaciones de servicio y supermercados”).

Según los jóvenes, la policía en la Provincia de Buenos Aires es intransigente y violenta cuando los jóvenes portan armas o participan en riñas entre bandas, con la policía o con otros ciudadanos en general (“No, armado no, porque me paraba la policía y tenía droga o estaba drogado, no pasaba nada; pero si tenía alguna cosita, aunque sea cortante o lo que sea, me llevaba, me hacían comer toda la noche. Yo veía chicos así que se peleaban con la policía, yo me quedaba quietito y no me decían nada, a ellos así les pegaban, los zapateaban por todos lados, cuando llegaban a la comisaría les daban cachetazos, los metían adentro con otros ahí encerrados y les pegaban, no podían contenerse ellos mismos”).

En relación a los liderazgos territoriales, los líderes si bien no dan órdenes directamente a los grupos de consumidores, marcan normas tácitas acerca de qué está permitido y qué no en ese lugar (“No, a mí no había nadie que dirigía, a mí no me mandaba nadie. Yo solo me dirigía, y cada uno se dirigía cada uno”; “Yo iba mucho a la cancha y el jefe, el capo de la hinchada en el barrio es el más respetado, por algo está ahí, no es que lo que te diga es lo que tenés que hacer, sino que lo que diga, es que le tenés respeto y eso. Tenés como otra reputación digamos”).

Para llegar a ser líder en el propio territorio, hay que ser titular de una cronología de robos exitosos que hayan permitido que el líder eleve el propio poder adquisitivo por encima del grupo (“Siempre hay uno que es más loco que vos, ni hablar... Demostrando que se la aguantaba, las cosas que robaba. Iba, robaba algo y te decía ‘mirá, yo robo bien, yo mirá, ando con oro, no le robo a un laburante, yo soy delincuente’. Y así él se iba creando el respeto de todos los otros que estaban ahí, que lo veían que robaba y se compraba auto, se compraba moto, que arreglaba la cosa, todo, entonces ya se le tenía como un respeto por eso más que nada. Porque la hacía bien, como que todos lo respetaban y sólo lo tomaban como al líder”).

Los jóvenes describen connivencia entre delincuentes e instancias de control institucional ya que, según ellos, traficantes de drogas y ladrones cuentan con protección policial (“En mi casa hay 10 transas, en menos de 5 manzanas y hay algunos que no se los puede tocar, ya están arreglados con la policía todo, que se sabe que son transas, que lo respetan en el barrio... tienen protección con la policía y con la gente del barrio, si lo tocás estás en problemas”).

8.6. Riesgos y daños para la salud

Inexorablemente la salud de todos los jóvenes que están en tratamiento se ha visto comprometida en mayor o menor medida por el consumo de sustancias. Por lo general, en los casos de descompensación y urgencia intervienen los compañeros de consumo (“Me agarró así, como una pataleta mas o menos, me agarró un compañero, justo vino un compañero, me sacó la lengua... Agarré, fui, me bañé y seguí consumiendo”),

y son los otros jóvenes quienes guían las prácticas de intervención de acuerdo a creencias sobre la acción de las sustancias en la anatomía y fisiología del cuerpo humano (*"Pero si te bañas cuando estás muy así te hace mal, no tenés que bañarte porque es ahí cuando se mueren los chicos. Te agarra ahí, cuando te bañas con agua fría. Porque vos cuando te bañas, para que se te pase, los chicos piensan que se van... y ahí es cuando te agarra la pataleta en el baño. Porque te bañas con agua fría... el shock, el shock con agua fría te agarra acá en la nuca y ahí te agarra el bombeo al corazón y tac, un par se murieron así... conocidos míos, amigos". "Vos tenés que comer... yo qué sé, bajar con... para que se te pase, nosotros tomamos alcohol, vino puro... el alcohol baja el efecto de la Pasta"*).

Existe la creencia de que el Paco es entre todas las sustancias, la droga que más rápidamente deteriora la salud (*"Es preferible consumir cocaína que consumir pasta base... Claro, porque te deteriora mucho en poco tiempo. Bajás mucho de peso y no comés nada. Y lo que comés te cae mal". "Te baja un montón. Yo a 58 llegué... estaba tres días sin comer"; "Bajar de peso un montón y algunos compañeros que se le caen los dientes, vomitaban negro, vomitaban sangre. Cuando empezás a escupir negro, ahí ya está, ya está dado vuelta. Cuando ya escupís sangre, ahí es cuando tenés la enfermedad... ¿cómo se llama? ¿Cirrosis? Eso te trae tuberculosis... después se va contagiando. Después quemaduras de labios, los dedos, todo... llagas también, todo quemado por todos lados"*).

En líneas generales los jóvenes comparten la teoría que indica que el Paco se 'corta con cualquier cosa' y creen, por ende, que puede contener residuos altamente peligrosos, tal vez incorporados específicamente para hacer daño a los adictos (*"Te puede hacer peor, pero te pega menos... capaz que así, de muy baja calidad, ponele, te ponen vidrio molido, andá a saber... te hace mal al estómago, al hígado. Hay mucha maldad también"*). De hecho, la ideación paranoide es un denominador en los consumidores asiduos de Paco (*"Paranoia también, te volvéis paranoico, yo ya pensé que me iba a volver loco, yo ya tenía miedo de quedar loco. Es muy fuerte... empezás a escuchar voces. Yo a la noche cuando me iba a acostar sin consumir escuchaba voces, y me levantaba y salía, que me llamaban y todo. Que me llamaban, la droga escuchaba, me estaba llamando para que vaya a consumir"*).

De todos modos, aunque los jóvenes estén informados de los daños que el Paco y otras drogas producen en el cuerpo, siguen consumiendo (*"Yo tenía epilepsia y no podía tomar mucho alcohol y eso, pero igual me seguía drogando"*), inclusive hasta morir (*"Un amigo que pasó para el otro lado. Estaba consumiendo cocaína, eso te acelera viste, y agarró un 'Poett'⁵⁵ y no sé qué quiso hacer y se puso a aspirar eso y eso también te acelera viste y dejó de respirar y quedó tirado y se murió"*).

⁵⁵ El Poett es una marca de desodorante de ambientes.

8.7. La decisión de hacer un tratamiento

***“A mí, mi viejo me pedía, me decía, no hagás tan público lo privado, como que me dejaba, pero que no esté tan a la luz, sé más preservado, más reservado”
(joven de 18 años)***

Frecuentemente el inicio de un tratamiento se produce por indicación judicial después de innumerables entradas en comisarías e institutos (“Yo estuve 4 veces en el San Marín, en capital, la primera vez estuve 4 meses, después 6, después 7, la última vez estuve 8 meses y después me vine para acá, acá en provincia estuve en comisarías”). Entre otras cosas, el éxito terapéutico se asocia al tipo de tratamiento y el lugar donde se realice (“Una vez estuve detenido y el juez me mando sí o sí a hacer un tratamiento, el ambulatorio, una vez que uno está metido en la droga es imposible frecuentar un ámbito distinto al que uno frecuenta y además tenés todas las libertades, vas, venís cuando querés, y bueno, eso lo hice 8 meses y después, después me internaron, vine acá”; “Estoy por juez, igual ya está, yo sé que toqué fondo, fondo, viste cuando tocás fondo... La granja no sirve, tuve compañeros que estuvieron y salieron y es siempre lo mismo. Y porque en la granja salen a la calle los chicos, salen a vender con los canastos y con la plata que venden en los canastos la agarran y van y consumen lo mismo. En los lugares de salida están los que traen droga e incitan a los demás. Por ahí vos querés un tratamiento de verdad y no podés”).

En otras ocasiones, el joven decide iniciar el tratamiento tras una seguidilla de causas asociadas al consumo (“Hasta que caigo otra vez detenida, que pido venir acá, al lugar este; porque el límite me lo puse yo sola, porque tampoco nadie en mi casa hacía nada. Yo caigo con este chico que vivía conmigo, y caigo con él, y yo pido que me pasen a una comunidad, porque ya era la cuarta vez que caía en ese mismo instituto, ya estuve como 5 veces, y tengo 9 meses acá de tratamiento. Mi mamá no quería, mi mamá quería que me manden a un hogar, y yo en un hogar no me iba a recuperar de las drogas”).

También, algunos jóvenes se deciden a iniciar un proceso de rehabilitación porque toman conciencia de que están perdiendo los vínculos más importantes a nivel afectivo (“Perdí un montón de cosas, el vínculo con mi familia, mi viejo, con mis primas, entendés, con mis primas ni me hablaba, uno de mis primos con el que yo consumía estaba en una comunidad, haciendo un tratamiento, y en ese tiempo yo me di cuenta que perdíamos un montón de cosas, y bueno, hasta que me di cuenta específicamente que había perdido mucho el vínculo con mi viejo y con mi vieja y con mis hermanas, las 3 más grandes”).

En algunos casos, los jóvenes se resisten inicialmente a hacer tratamiento y desarrollan estrategias de cambios de hábitos o de vida para evitar el consumo (“Lo primero que se me cruzó fue tener un hijo para dejar de drogarme, no me quería internar, allá en el CPA me decían que si no me internaba por las buenas me iban a internar por las malas, asistía al CPA y seguía hablando sobre ese tema y tuve no sé, después ella lo

terminó abortando, que se yo, costó un montón, fue un golpe para mí uno de esos también fue el motivo de internarme acá, no sé, creo que la culpa fue de los dos, no sé, lo primero que se me cruzó fue internarme”).

Muchos jóvenes no tienen premura por rehabilitarse hasta los 18 años, edad en la que las consecuencias penales derivadas de los actos delictivos asociados al consumo devienen graves y limitantes (“*Unos amigos así, de mi hermana que me conocían a mí, me dicen ‘che, ¿cuándo te vas a dejar de drogar?’ – ‘no sé’ les dije, ‘ahora tengo 15 años, por ahí cuando tenga 17 antes de que empiece a querer encanar’...*”; “*Yo decía lo mismo, a los 16 me llevan, me dejan una noche y no pasa nada, a los 18 me dejo de drogar’; después cuando tenés 18 decís y bueno, cuando tenga un hijo, tenés un hijo y decís bueno, cuando me case, no sé, termino casándome y me termino muriendo...*”).

En relación acerca de cuáles otros factores actúan como incentivo para iniciar un tratamiento, algunos jóvenes refieren que la rehabilitación exitosa del consumo de drogas de los amigos opera como estímulo para probar en propia persona un tratamiento de rehabilitación (“*Sí, amigos que hicieron tratamiento. Vi amigos salir que hicieron tratamiento y salieron bien, trabajando, bien parados, y eso me generó algo, va una de las cosas que me hicieron internar. Después, antes que me interné yo, se internó otro amigo más. Uno no sé si salió y el otro está internado*”; “*Yo vivo al lado de la casa de un chico que terminó un tratamiento, estuvo 4 años de tratamiento, es más grande que yo, y estuvo en todos los lugares donde estuve yo, y ahora la que está internada soy yo. Y así hay un montón que ahora están internados, y también un montón que terminaron tratamiento*”).

También muchos jóvenes llegan al tratamiento sin intervención judicial, pero ‘empujados’ por la familia y por los fracasos continuos en la vida (“*Mi vieja como que se quiso poner dura, hablar con mi viejo y qué sé yo, me quiso llevar a un CPA, fui 3 veces, pero igual, no pasa nada, y después a lo último, estaba tan mal, que llevaba las drogas a mi casa, se me caían pastillas de los bolsillos, yo llegaba drogado a mi casa, cocaína, viste por mi casa. A lo último, me echaron del trabajo, me mandan a hacer tratamiento, me dieron como 8000 pesos del trabajo, era la primera vez que tenía esa plata y me fui y a la semana me mandaron acá y usaba la plata para la droga, no era para comer ni nada, y gracias a Dios vine acá y me pudieron ayudar*”).

Son pocos los jóvenes que llegan al tratamiento por señalamiento de la escuela o los servicios de salud (“*Porque a mí me pasó que dibujé a un hombre ahorcado en el ventilador, hice el dibujo en la escuela, yo le dije a la maestra que era el portero y ahí me llevó a la psicopedagoga... me empezó a hablar así, de lo que dibujé... Y me hacían hacer cuadraditos, triángulos, no sé por qué... Y me decían... dibujate todo, y agarraba una hoja así, ¿puedo usar una regla? No, no así a mano, y viste...*”).

De todos modos, algunos jóvenes dicen que a pesar de que se están rehabilitando, ellos no decidieron abandonar el consumo sino que la rehabilitación les fue ‘impuesta’ por familiares o instituciones, es decir, el motor del cambio es tan sólo un límite externo y no una motivación personal (“*Yo nunca decidí dejarlo, nunca se me cruzó por la mente que estaba haciendo mal, el límite vino de afuera, yo estaba bárbaro así como estaba, por lo menos es lo que sentía yo*”).

Los jóvenes que participaron de este estudio estaban bajo régimen de internación, y en casi todos los casos habían realizado previamente uno o varios tratamientos ambulatorios infructuosamente (*"Ya había ido al CPA, psicólogo, todo, un día pedí ayuda, ya venía de 2 o 3 días careta sin consumir, pedí ayuda, no podía más contenerme, era todo chamuyo, hospital de día y todo eso, yo me tengo que internar, no tengo que salir, porque sé que si salgo, consumo"; "Yo también fui al CPA varias veces y he ido así drogado, era chamuyo"; "Yo cuando iba al CPA de ahí de casa, salía de ahí y me iba a consumir, y a la semana iba ahí, me preguntaban si consumía y decía que no, pero era mentira"; "En el CPA donde iba yo, era fundado por unos padres. Tenían una casa y atrás el CPA, y había chicos, y vos veías y te dabas cuenta que cada uno mentía. Yo empecé a salir con la hija del que me coordinaba a mí, que se llamaba L., ella que también le mentía al padre que no consumía, los chicos de ahí mismo, también, te das cuenta que era toda una mentira"; "Salíamos del CPA y nos armábamos un porro, a la semana volvíamos a ir de vuelta, otro llevaba un porro y así"*).

En referencia a las técnicas psicológicas de diagnóstico utilizadas en lo ambulatorio, los jóvenes se burlan y aseveran que el fin de frecuentar dichos tratamientos era tranquilizar a la familia y a los jueces (*"Una vez me hicieron hacer un par de dibujos, de dibujitos así, me enojé y le dije, 'ah, me hacés dibujar', le dije, me enojé con la psicóloga y me preguntaba cosas así, y no le contestaba mucho..."; "Antes había estado con psicólogos, no sirve de nada el psicólogo. Estando en la calle no sirve. Los re-chamuyás. Todo re-mentira, le decía que no consumía nada en los grupos, salía de ahí y ya, con los mismos chicos del grupo salía y consumía. Actuabas para tu familia, era un dibujo para tu familia"*).

La internación es vista por los jóvenes como la única posibilidad de recuperación de las adicciones a las sustancias, así la abstinencia es obligada y no pueden hacer 'trampas'. Más aún, se muestran sumamente preocupados cuando se toma el tema de la externación o del pasaje a un régimen semi-abierto (*"Me preguntaron qué quería hacer, si me quería ir, yo mismo me doy cuenta que yo no estoy fuerte con el tiempo que tengo acá para ir y andar en la calle y enfrentar todo eso que tengo encima, no estoy bien todavía, la primera, no sé si tentación, pero al primer tropiezo que tenga, me voy a dar vuelta de golpe, me voy para abajo"*).

Las clínicas psiquiátricas tampoco son consideradas una opción válida. En estas instituciones las internaciones son conjuntas con pacientes adultos con otras patologías psiquiátricas alejadas de la problemática del consumo, resultando difícil establecer vínculos con los otros internados, generándose consecuentemente un clima 'deprimente y estresante' (*"Yo estuve en tratamiento en Caballito, pero era una clínica psiquiátrica. Mi mamá no sabía cómo manejar esto, no tenía mucha idea digamos, y preguntó por la obra social y el único lugar que le dijeron fue ese. Pero no me sirvió para nada, me dieron el alta en 6 meses, y al mes, dos meses, y caí de nuevo... estabas ahí haciendo nada, hablabas con los mismos que estaban internados ahí"; "Yo estuve en Banfield en una clínica psiquiátrica también, dos meses, para desintoxicación. Y bueno, ahí es un grupo con gente que está depresiva, que estaba mal, con personas grandes; estaba en una parte donde eran viejos, digamos... Y ahí me comía dos paquetes de cigarrillos por día. Y después vine acá y acá 10 cigarrillos me daban, y decidí no fumar más, así que hace 3 días, 4 días que no fumo"*).

Los dispositivos asistenciales de las iglesias evangélicas son otra opción de rehabilitación (“Sí, las que son Cristianas de Dios y que Dios te va a dar todo. Yo creo en Dios, pero en Dios y en nada más, de última he mirado alguna vez así⁵⁶ y le he dicho una. Nunca miraste así y le dijiste una loco una, la concha de... Y sí que no ya tanto tocás fondo, quedás más solo que perro abandonado, ya no te queda otra que mirar al cielo y bueno... estuve 7 meses, después no hacía las cosas bien... en Santa Fe...”). Algunos de los jóvenes asistidos destacan que el ingreso al tratamiento fue mérito de la insistencia de los operadores comunitarios de las iglesias cristianas (“Tengo un par de amigos que van a la iglesia, entonces lo sacaron a mi hermano de la droga; y vino una chica, y un par de amigos, a sacarme de la droga, estuvieron como 2 meses o 3 meses pidiéndome que me interne, y yo les decía que no, que internarse era para los locos nada más, y yo no estoy loco, la puedo manejar, les decía, y les gritaba, a veces los cagaba a trompadas. Y estuve así, y se me dio por venir a probar, y me quedé”).

En relación a la ‘condición clave/fundamental’ para poder rehabilitarse, las posiciones de los jóvenes son básicamente dos:

- La primera sostiene que es fundamental contar con una red de sostén durante el tratamiento (“Para rehabilitarte tenés que tener el apoyo de la familia, aferrarte bien a eso y darle”; “Ahora mi vieja no puede venir porque está con arresto domiciliario. Ella tuvo un intento de homicidio, quedó presa, todo un año y tres meses, ahora está con libertad condicional... pero tiene que estar en mi casa y eso, y recién ahora se están haciendo los papeles para que le den la libertad posta, ahora no puede venir a verme nada y yo sin embargo sigo adelante, aprovecho a mis hermanas, mis hermanas me vienen a ver, y el día de mañana sentarte a hablar con tu familia y no hablar con los métodos que usabas antes, podés hablar bien y expresarte de otra manera”). La red debe continuar también funcionando una vez terminado el tratamiento (“Depende de uno, pero con la pasta base tenés que tener un apoyo afuera; bah, yo, si no tuviera a nadie afuera, me estaría drogando, consumiendo. Y yo veo que los chicos que están afuera en mi barrio también, como que los padres no les interesa; o les interesa, pero no se ocupan de ir a llevarlos a los CPA”).
- La segunda sostiene que la clave está en la interioridad del sujeto y considera que el factor fundamental es la motivación y voluntad personal (“Depende de la voluntad de la persona, si la persona lo elige. Yo lo elegí yo, le pedí yo, hice todos los trámites yo, y yo lo quiero hacer, quiero el tratamiento porque yo sé lo que pasa si no lo hago”).

Los mismos jóvenes reconocen y reflexionan acerca de las mayores oportunidades de rehabilitarse con que cuentan al tener familia, información y un nivel educativo superior al de los niños y niñas en situación de calle, quienes quedan solos a merced de la compulsión del consumo y de la pobreza (“Pero los chicos que están en la calle, ¿cómo se van a internar si ni siquiera saben lo que es una internación? Nadie te va a dar la mano, a decirte ‘che, mirá, pedazo de boludo, hay un lugar acá así’. Entonces es casi imposible, tenés que llegar al punto de, no sé, estar hecho bolsa, de última, y que la mano de

⁵⁶ Hace un gesto mirado hacia arriba como que se dirige a Dios para hablarle.

Dios te agarre y te tire ahí; pero si no, no se puede”).

Pero estos jóvenes, si bien cuentan con una red de sostén mejor configurada que la de los niños/as en situación de calle, también refieren ‘debilidades en las propias redes comunitarias’. Sin lugar a dudas la reinserción en los mismos ámbitos y territorios donde antes consumían es una de las preocupaciones mayores a la hora de hacer las salidas de fines de semana y obtener el alta definitiva del tratamiento de rehabilitación (“*Yo creo que es muy complicado hacer un tratamiento, yo porque tengo salidas afuera los fines de semana y por suerte no estoy en el barrio en el que vivía antes, es complicado salir y cruzarte a la misma gente con la que vos consumías o que consumía con vos, que te vengan a saludar, que te pongan una pelota de porro en la mano”; “Ya en mi casa, yo no voy porque hay mucho problema de consumo, voy a lo de mi tía, pero igual yo sé que cuando termine el tratamiento los voy a volver a ver, aunque no tengo definido volver a mi casa”).*

8.8. El futuro

Como dijimos inicialmente, los jóvenes asistidos en las comunidades han frecuentado escuelas y vivido con sus familiares por más tiempo que los niños/as y jóvenes en situación de calle. Probablemente es por esto que entre los efectos positivos del tratamiento destacan con entusiasmo haber recuperado la comunicación familiar perdida (“*Yo después de dos años volví a hablar con mi viejo, después de dos años que nunca le dirigí la palabra y él tampoco a mí, yo andaba en la mía, a mi viejo nunca le gustó la droga, nada de eso, nunca pude tener una charla con él ni nada, y después de dos años, ahora mi viejo me viene a ver, puedo hablar con él cosas que antes no podía hablar, puedo hablar con él”).*

En muchos de ellos las expectativas futuras giran básicamente en torno a planes gestados en el seno de la familia (“*Mi mamá se está mudando de ahí de mi casa, de mi barrio, para que yo vuelva. Como que del lado de afuera se está proyectando un montón para cuando yo pueda salir. Y ahí no sé, yo veré qué puedo hacer, estando acá yo voy a ver cómo voy a seguir, si puedo seguir un curso; yo quiero estudiar, y ser alguien”).*

En otros casos las expectativas sobre el futuro derivan del nivel de introspección alcanzado durante el transcurso del tratamiento. Por ejemplo, consolidar relaciones sociales y familiares que permitan construir un futuro basado en relaciones afectivas estables (“*Pero a mí me gustaría estar con más gente, aferrarme más a la gente de antes, que yo sé que hay gente esperándome, y no del lado del consumo ni nada de eso. Volver al colegio, no sé, buscar un trabajo, ayudar a mi familia; aferrarme más a mi familia, que nunca lo hice. Un montón de cosas piensa uno acá, estaría bueno que se den; de a poco se van dando, (...) mañana capaz que te surge todo eso y te sale bien”; “A mí también lo que me gustaría es ir a Reconquista, tengo todos los familiares allá, ir y conocer, porque mi viejo y mi vieja son de ahí, me gustaría conocer...”).*

En algunos jóvenes, los proyectos son indefinidos en cuanto a objetivos laborales o de estudio, pero de todos modos existe conciencia de la necesidad de desarrollar un pro-

yecto para evitar la vuelta al consumo (“A mí me gustaría seguir estudiando, pero también trabajar, una cosa que vaya con la otra. Poder tener un trabajo para poder mantener medianamente a mi hija, pero seguir estudiando. O sea, para no dedicarme de vuelta a lo mismo, (...) trabajadora social, o algo por el estilo, algo que tenga que ver con la rama de la enfermería, del ayudar al otro”). Otros, en vez, se llevan del tratamiento una idea más definida de la nueva identidad social que quieren construir (“A mí me gustaría ser operador terapéutico, los que se quedan de guardia”).

9. CONCLUSIONES

Este estudio se realizó con el espíritu de afianzar la colaboración entre investigadores y responsables de la gestión pública en el área de drogas, buscando consolidar la articulación entre investigación y acciones sociosanitarias, colectivas e individuales. Al respecto de este último punto, los datos obtenidos permiten dar un contexto de comprensión psicosocial al consumo de Paco y otras sustancias en niños/as y jóvenes consumidores de la Ciudad de Buenos Aires, generando pistas de acción tanto para prácticas preventivocomunitarias como de asistencia individualizada.

Con el mismo, se logró caracterizar el consumo de Paco y otras sustancias en dos grupos de población infantojuvenil afectados por el fenómeno: niños/as en situación de calle actualmente consumidores y adolescentes en tratamiento de rehabilitación de consumo de sustancias. Considerando la infancia y la juventud como etapas de la vida que reflejan la ideología social, se tuvieron en cuenta tiempos y lugares donde desarrollan la vida cotidiana y el contexto normativo-axiológico interno a los grupos.

Este estudio convalida características de los niños y niñas en situación de calle descritas en los estudios antecedentes presentados en los primeros capítulos⁵⁷. Los niños que llegan sin adultos acompañantes a la vida de calle se incorporan a ranchadas constituidas por menores, algunas de las cuales son mixtas y otras de varones exclusivamente⁵⁸.

Estos niños constituyen un grupo que por su edad cronológica son considerados niños/as, pero por el estilo de vida y supervivencia se comportan como adultos autónomos y autosuficientes. Son niños que no entran dentro del rango de ciudadano del mañana, rango otorgado a los niños a partir de la constitución del Estado moderno en el siglo XVIII hasta la actualidad, pero tampoco califican para el rango de adultos, ya que no son adultos en el sentido pleno de la palabra.

Además, su genealogía no está clara por falta de padres que la testifiquen, es decir, no se confirma una identidad definida en cuanto sujeto social y tanto menos en cuanto niño. Estos niños/adultos tampoco son ciudadanos productivos y mucho menos ciuda-

⁵⁷ Se trata de una población de niños prevalentemente masculina proveniente tanto de familias de pobres estructurales como de familias empobrecidas en las últimas décadas, donde se encontró que la mayoría estos niños no reconoce en los adultos de la familia de proveniencia ocupaciones laborales estables, por el contrario, hace referencia a adultos desocupados cuyos medios de subsistencia son ocupaciones laborales precarias (venta ambulatória, recolección de cartones, mendicidad, e incluyen la "categoría laboral de piquetero", como posible trabajo con cierto nivel de estabilidad). Es común que hayan transcurrido los primeros años de sus vidas hechos en viviendas precarias, trabajando y/o mendigando desde muy pequeños sin tener cubiertas las necesidades básicas de alimento, circulando en ambientes donde, lejos de ser considerados sujetos de derecho, se ejercen sobre ellos todas las formas de maltrato infantil sexual, físico y psicológico. Muchos ingresan tempranamente en circuitos judiciales y al salir de los institutos no vuelven a vivir con la familia, sino que son derivados a hogares o van a vivir a la calle, donde se reúnen en ranchadas con otros niños/as y adolescentes que conocen en dichas instituciones. Por un motivo u otro, la mayor parte de los niños/as no cuenta con una red de sostén familiar y la casa de familia resulta un lugar estresante y conflictivo que los expulsa, antes o después, definitivamente a la vida de calle. En el caso de los niños institucionalizados, muchos de ellos pierden progresivamente el contacto y el sentido de pertenencia con el grupo familiar.

⁵⁸ No existen referencias sobre ranchadas exclusivamente femeninas.

danos inscriptos en el circuito de consumo-consumidor. Es decir, no les cabe el lugar de los niños ni el de los adultos, sino que parecen ocupar un no lugar reconocido dentro del espacio ciudadano.

El estudio también confirma que las familias que han sufrido recientemente los efectos de la pauperización, si bien comienzan a presentar conflictos y disfunciones, logran retener a los niños cercanos a la cultura del hogar haciendo por lo menos que pernocten en el hogar, posibilitando de esta manera que lleven una vida donde persiste un cierto orden de vida establecido por los adultos. Cuando las dificultades socioeconómicas son más acuciantes, algunas se trasladan en conjunto a las ranchadas intentando mantener, pese a las adversidades, la identidad del grupo familiar.

Estos datos resultan interesantes para pensar intervenciones preventivas en los grupos de niños/as que viven junto a las madres en las ranchadas, donde pese a la situación de extrema precariedad en la que viven, las madres controlan y sancionan el consumo de drogas legales e ilegales en los hijos. Es decir, las madres ejercen la función de amparo (factor de protección) cuando se da la convivencia madre/hijo. Por el contrario, en los niños/as que están solos en la ranchada, el consumo de alcohol y tabaco y drogas ilegales comienza más tempranamente.

Pese a las situaciones de violencia que se desarrollan en las ranchadas, la conformación de grupos y el sentimiento de pertenencia a los mismos se convierten en las estrategias prevalentes para paliar el miedo cotidiano y sentirse amparados entre pares, procurándose alimento y defendiéndose frente a las agresiones externas. El grupo de referencia es también el grupo de consumo, y resultan escasos los niños/as que hacen tratamiento para rehabilitarse del consumo de drogas.

Por el contrario, los jóvenes asistidos en tratamiento tienen historias de mayor tiempo de convivencia familiar y de asistencia a instituciones escolares. Esto se debe, entre otras cosas, a que tienen más edad que los niños/as en calle y provienen de hogares con menor nivel de desintegración familiar. En este marco, las historias de consumo y el sentido que a las mismas se le otorga difieren de las historias descritas en los párrafos anteriores en niños/as en situación de calle.

Niños/as y jóvenes consumidores conocen muy bien los territorios ciudadanos, las instituciones, los lugares para la compra de sustancias y los espacios para 'consumir sin problemas'. Se mueven dentro de áreas territoriales circunscriptas donde conocen en detalle la oferta de servicios de los paradores de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires⁵⁹, así como la totalidad de lugares donde mendigar⁶⁰, procurar comida⁶¹, asearse, jugar, hacer changas, comprar drogas y consumirlas⁶².

⁵⁹ Para las niñas, los paradores y hogares constituyen un lugar fundamental donde poder higienizarse diariamente, más aún aquellas que son madres, quienes reciben en estas instituciones leche y pañales para sus bebés. Algunos niños y niñas inclusive llevan siempre consigo un bolsito con elementos para la higiene personal que utilizan para asearse. En algunos hogares donde los niños residen, les pagan por colaborar actividades de limpieza o de cocina, o también reciben dinero como estímulo por su buena conducta. Además, en los hogares les dan ropa y útiles escolares y se ocupan de la salud de los niños, acompañándolos a hacerse controles y tratamientos y enseñándoles a utilizar los servicios públicos en general.

Casi todos los niños/as en situación de calle han tenido algún momento de pasaje por las instituciones escolares que han abandonado entre el 2° y 7° grado, generalmente en forma coincidente al abandono del hogar, o las residencias institucionales (judiciales o no). Muchos abandonan la escuela prevalentemente por situaciones de violencia o de apremio económico familiar, donde la pobreza y la necesidad de subsistencia sustentan la decisión de los adultos o de los niños de salir a trabajar o mendigar y abandonar los estudios. Por el contrario, en líneas generales, los jóvenes asistidos en tratamiento tienen una trayectoria escolar mucho más larga que la de los niños/as en situación de calle.

Abundan las historias de jóvenes que antes de comenzar a consumir drogas tenían plena inserción familiar, estudiantil y/o laboral y que llegaron al tratamiento acompañados por miembros de estas redes sociales de pertenencia. Muchos alumnos consumen durante períodos prolongados a sabiendas de la comunidad escolar, y cuando el nivel de consumo no permite seguir el curso de las clases, son expulsados o quedan libres por el alto ausentismo. En escasas situaciones, y ante las sucesivas ausencias y el descenso progresivo del rendimiento escolar de los alumnos, la escuela interviene a través de sus asistentes sociales y/o gabinete psicopedagógico, con escasa participación de la familia⁶³.

Antes de abandonar definitivamente el colegio, algunos jóvenes concurren durante un período a la escuela nocturna, donde algunos docentes consideran que es posible tener un 'consumo sano de drogas', por ejemplo consumiendo sólo marihuana en forma recreacional. Tal vez por desconocimiento de los factores causales y las modalidades de consumo, las instituciones escolares cometen desinteligencias en relación

⁶⁰ En la Ciudad de Buenos Aires niños y niñas consiguen dinero mendigando en la calle, ya que la gente 'da', tal vez por temor, reflexionan alguno de los entrevistados. Por otro lado en el Gran Bs. As., el recurso de la mendicidad no es eficaz, motivo por el cual el dinero se procura por medio de hurtos a transeúntes y asaltos a negocios.

⁶¹ Los niños satisfacen la necesidad de alimento mendigando en hamburgueserías, panaderías, kioscos y bares, o bien procurando el dinero a través de actividades como malabares, limpieza de parabrisas, apertura de puertas de taxi, cuidado de coches, venta de diarios, lapiceras y otros objetos, ayuda en locales de comidas, etc. La vida de los niños de la calle gira en gran medida alrededor del movimiento comercial y financiero de la City. Cuando se detiene el movimiento comercial y financiero del microcentro, cierran los McDonald's y otros negocios de comida donde los niños procuran comida y los niños se desplazan a otras zonas de la ciudad o retornan a casa de familiares. Cabe destacar que mientras los niños son pequeños, a través de la mendicidad aseguran la subsistencia, pero a medida que crecen el dinero obtenido por este medio disminuye y comienzan con hurtos descuidistas.

⁶² Los jóvenes hacen especial referencia a la existencia de territorios más o menos facilitadores del consumo de drogas. Perciben a la Policía Federal como más intransigente con los consumidores de sustancias que la Policía de la Provincia de Buenos Aires. Según los jóvenes, esta última está detrás de los robos más que de la droga. Además, los ciudadanos de la Ciudad colaboran con la policía denunciando situaciones de consumo. Según ellos, la Policía de la Provincia de Buenos Aires es intransigente y responde violentamente cuando los jóvenes portan armas y/o participan en asaltos, riñas entre bandas, con la policía o con otros ciudadanos en general.

⁶³ Refuerza el carácter expulsivo de la escuela una currícula basada en contenidos académicos y un sistema de evaluación que no contempla la cotidianeidad de niños, niñas y jóvenes que crecen en la calle y/o trabajan, impulsando una repetición sostenida y desalentadora. Cabe destacar que, de acuerdo a los datos recabados, el sistema de estímulo económico a través de becas resulta eficaz para evitar la deserción escolar con los niños/as de mayor edad y los jóvenes, quienes a veces deciden no trabajar o disminuir las horas laborales para cumplir con la escuela y recibir la beca.

al manejo de los problemas de estos alumnos, que finalizan con el alejamiento definitivo del alumno y el pleno ingreso a la vida de calle. En función de los datos habidos y de la confirmación de la importancia de que niños/as y adolescentes permanezcan dentro del sistema escolar, entre otras cosas, debido a la función de protección que cumple la vida escolar en cuanto dadora de identidad y de sentido de pertenencia, es necesario potenciar el vínculo entre educadores y alumnos por un lado y entre educadores y familia u hogares gubernamentales y no gubernamentales de residencia ⁶⁴.

En relación al consumo de drogas legales, niños/as en situación de calle comienzan a consumir tabaco y alcohol entre los 6 y los 11 años. En el grupo de los jóvenes en tratamiento, las mismas drogas se comenzaron a consumir más tardíamente (entre los 8 y los 12 años). Los niños/as en situación de calle más pequeños connotan negativamente la 'borrachera' y sienten un común rechazo por los adultos 'borrachos' (entiéndase adictos al alcohol). Entre los más pequeños, el hábito de fumar tabaco está más extendido que el de tomar alcohol, entre otras cosas porque creen que consumir tabaco no tiene efectos negativos. En lo que se refiere a los jóvenes en tratamiento, el hábito de consumir alcohol se encuentra arraigado en ellos y sus familias, además de jóvenes y adultos de la comunidad barrial en general.

A la luz de los resultados obtenidos en el presente estudio, el Paco es la droga de mayor consumo en niños/as y jóvenes pobres (provenientes de familias con y sin necesidades básicas insatisfechas) que no han perdido contacto/convivencia con su familia y que han alcanzado niveles de escolarización superiores a los niños y niñas en situación de calle. Diversamente, entre los niños y niñas en situación de calle prevalece el consumo de inhalantes/solventes y marihuana, consumo que se verifica en edades más tardías en las poblaciones infantojuveniles con mayor tiempo de convivencia familiar y permanencia en instituciones escolares. Estos resultados, que encuentran que inhalantes y marihuana ⁶⁵ son las drogas de consumo preferidas y prevalentes en niños y niñas de calle, convalidan estudios realizados en otros países latinoamericanos como Chile (SKOPUS, 2002), Perú (CEDRO, 2001) y México (Sánchez Guerrero, 1998).

El consumo de drogas ilegales generalmente se encuentra muy difundido en los barrios pobres donde residen los jóvenes asistidos, resultando en muchos casos una cultura de consumo familiar (hermanos, primos, etc.). La tolerancia social alcanza el alcohol, los psicofármacos y hasta la cocaína, no al Paco, consumo que es sancionado unánimemente y suele generar un nivel de alarma tal que moviliza a las familias en búsqueda de ayuda y tratamiento ⁶⁶.

Sin lugar a dudas, tanto en las ranchadas como en las familias y la comunidad, se verifica un 'antes y después del Paco'. Niños/as y jóvenes rápidamente manifiestan un

⁶⁴ Muchos niños se ven preservados y amparados en las instituciones y en los vínculos que establecen con los operadores.

⁶⁵ Por su bajo costo, su fácil acceso y el efecto placentero, es una de las drogas de preferencia de los niños.

⁶⁶ En el imaginario social de estos barrios, el 'marihuano' es un sujeto 'divertido' y el 'paquero' un sujeto violento, pero, dentro del propio grupo de consumo, el 'paquero' es visto como sujeto solidario con 'los del palo' quienes lo resguardan en el seno de vínculos afectivos más intensos que los que mantiene con los propios familiares y allegados.

consumo intenso y difícil de controlar, con notables cambios de conducta, aumento de la irritabilidad y frecuentes accesos de ira. Los jóvenes notan deterioro en las funciones cognitivas y pierden el interés por casi todas las actividades, incluso las recreativas. En relación a las modalidades de consumo del Paco, la única diferencia hallada con los niños/as en situación de calle es la utilización de adminículos de mayor costo económico (pipas de madera y habanos).

En los barrios, el Paco se incorpora después de uno o dos años de consumo de marihuana, en líneas generales, entre 3 y 4 años más tarde que lo referido por los niños/as en situación de calle y llegan al tratamiento después de 3 a 6 años de consumo ininterrumpido de sustancias. Los jóvenes comienzan a consumir alcohol, marihuana y pastillas y, a diferencia de los niños/as en situación de calle, rara vez se hace mención al Poxi-ran. Los dos grupos estudiados tienen en común la marihuana como droga de inicio, que oficia a su vez como trampolín para el consumo de otras drogas⁶⁷.

Muchos niños/as en situación de calle creen que Paco y pasta base son la misma sustancia. Otros consideran que el Paco es un residuo de la pasta base, pero de todos modos no se muestran interesados en saber qué sustancia consumen, sino en la magnitud del efecto subjetivo que les provoca (euforia, pérdida del miedo y angustia). También muchos jóvenes en tratamiento piensan que el Paco está cortado 'con cualquier cosa en forma intencional' para hacer daño a los adictos. De todos modos, aunque estén informados de los daños que el Paco y otras drogas producen en el cuerpo, muchos de ellos siguen consumiendo hasta llegar en algunos casos a la muerte⁶⁸.

En relación a los métodos con los cuales se procura el dinero para comprar sustancias, estos varían de acuerdo a la edad de los consumidores y al territorio en el cual circulan. Mientras son pequeños, los niños/as en situación de calle se valen de la mendicidad, pero a medida que se acercan a la adolescencia, los transeúntes no les dan dinero y deben comenzar a esgrimir otras estrategias tales como hurtos y prostitución. Por lo general, el dinero o las drogas adquiridas se 'socializan' en el grupo de ranchada. Entre los jóvenes varones lo más habitual es el robo, y si bien ellos raramente se prostituyen, se asocian a chicas y les consiguen clientes para que se prostituyan por dinero o directamente por sustancia.

Sobre las 'facilitaciones territoriales', los jóvenes asistidos refieren que en la Ciudad es más fácil conseguir dinero con la mendicidad que en la Provincia de Bs. As., pero para consumir drogas en la calle 'es mejor' la provincia porque la policía 'no anda atrás de la droga', y se interesa en los consumidores sólo si se inmiscuyen en asaltos o riñas.

⁶⁷ El rol fundamental de la marihuana como sustancia que introduce a niños y jóvenes en la escalada de consumo de sustancias ilegales, se verifica también en los estudios realizados sobre pacientes en tratamiento y estudiantes secundarios en la CABA, que fueran presentados en los primeros capítulos.

⁶⁸ La mayoría de los jóvenes piensan que Paco y pasta base son dos sustancias diferentes desde el punto de vista de la composición química: el Paco contiene residuos de diversas materias nocivas, y la pasta base, con más cocaína pura, tendría como único agregado bicarbonato de sodio. Las diferencias por color hacen referencia a que el Paco es amarillento y la pasta base blanca. Por último, algunos las diferencian por modalidad de consumo indicando que el Paco se fuma en cigarrillo y la pasta base en pipa. Cabe destacar que son pocos los jóvenes que piensan que no existe ninguna diferencia entre dichas sustancias.

La Policía de la Ciudad, en cambio, cuenta con la colaboración de los vecinos y, según la visión de estos jóvenes, no permite el consumo callejero.

Los niños y niñas en situación de calle compran drogas en negocios (Poxi-ran), cocinas (Paco) o villas y conventillos (marihuana, Paco, psicofármacos, cocaína, etc.). Muchos de los jóvenes asistidos, en cambio, prefieren comprar Paco en los barrios o a 'punteros/transas' de confianza, aunque el costo económico sea mayor, por la peligrosidad de las villas. Es importante destacar que si bien muchos jóvenes consideran el Paco como su droga de consumo preferida y prevalente, dicho consumo no es exclusivo sino que se acompaña de marihuana, sola o mezclada con Paco o cocaína (nevado).

Los niños/as y jóvenes consumidores perciben inmediatamente los efectos de las drogas sobre la salud (variaciones en el apetito y en el peso, alteraciones del ritmo cardíaco, respiratorias, estomacales, etc.), pero esto no tiene efectos preventivos. Además y por sobre todo, muchos niños/as en situación de calle no tienen información acerca de las consecuencias del consumo, ni de las enfermedades infectocontagiosas que se asocian a algunas modalidades (drogas inyectables); sólo registran placenteras modificaciones del sensorio, como anestesia al dolor y alucinaciones, acompañadas de excitación del humor, que confunden con alegría. Teniendo en cuenta además la funcionalidad de la irritabilidad y la agresividad en la vida en la calle, que estos niños/as no recurren voluntariamente a los hospitales por temor a ser derivados a un hogar o instituto, y que raramente acceden a un tratamiento⁶⁹: los niños/as en situación de calle conforman el grupo de mayor riesgo entre las poblaciones de la Ciudad para el consumo de drogas y sus derivaciones sociosanitarias.

Los jóvenes asistidos también muestran diferencia de la atención hospitalaria, raramente concurren al hospital y en caso de verificarse urgencias en los grupos de consumo, tienden a intervenir entre ellos actuando de acuerdo a creencias sobre la acción de las sustancias en la anatomía y fisiología del cuerpo humano (el agua fría provoca shock inmediato y muerte, etc.). A veces, ante la pérdida de vínculos significativos y lugares sociales de pertenencia y con las consecuencias penales que implica la mayoría de edad en relación los actos delictivos asociados al consumo, muchos jóvenes deciden iniciar un tratamiento. Otras veces, es el juez quien determina el ingreso del joven al tratamiento después de innumerables entradas a comisarías e institutos.

Para los jóvenes asistidos, solo se alcanza la rehabilitación a través de tratamientos residenciales y asocian los riesgos de recaída a la externación y la vuelta a los circuitos comunitarios. Rechazan la internación conjunta con pacientes psiquiátricos en clínicas y reconocen la funcionalidad de los dispositivos asistenciales de las iglesias evangélicas ya que, en algunos casos, el ingreso al tratamiento es mérito de la insistencia de estos operadores. En última instancia, consideran que el éxito terapéutico depende fundamentalmente de dos factores: tener una red de sostén familiar durante y después del tratamiento, y la motivación y voluntad personal del adicto para rehabilitarse. Gran parte de los jóvenes valoriza su condición de adicto en rehabilitación, a

⁶⁹ Algunos niños/as que quieren obtener la residencia permanente en un hogar solicitan ayuda para dejar de consumir. Otros, en cambio, 'eligen' hacer un tratamiento para poder abandonar los institutos de menores, aunque en realidad no exista conciencia de enfermedad ni de demanda de tratamiento por parte del niño/a.

sabiendas de que muchos niños/as y jóvenes en situación de calle no cuentan con una red de sostén sociofamiliar durante y después del tratamiento, ni han alcanzado un nivel educativo suficiente para informarse, pedir ayuda y encontrar canales de expresión que les permitan no quedarse solos a merced de la compulsión al consumo de drogas y la pobreza.

De acuerdo a la edad, el nivel de escolaridad alcanzado, la existencia de una red vincular más o menos sólida y la posibilidad de concebir el concepto 'futuro', niños/as y jóvenes esperan diferentes cosas. Los más pequeños expresan querer juguetes, participar de actividades recreativas y estar escolarizados, sin hacer mención al devenir de su condición de consumidores⁷⁰; mientras que los de mayor edad, en líneas generales, anhelan conseguir un trabajo, recuperar los lazos familiares y dejar de consumir definitivamente.

A la luz de todo lo expuesto, y en función de la dimensión y características que ha adquirido el consumo de sustancias en el territorio de la Ciudad, se considera la necesidad de adoptar un enfoque de carácter psicosocial desarrollado en el marco de políticas públicas en prevención y asistencia de consumo de drogas, que contemplen la voz, necesidades, problemas y capacidades de niños/as y jóvenes, instalando en estos grupos y en la comunidad en general la conciencia del daño individual y social que comporta el consumo de drogas. Para lograr esto, deben potenciarse aspectos preventivos en diferentes niveles sistémicos de intervención, donde operadores y terapeutas contextualicen en su singularidad cada caso y operadores sociocomunitarios incluyan una visión globalizada que centre la atención en factores de riesgo y de protección en el colectivo de población destinataria.

Por las características y la situación especialmente difícil en la que sobreviven los niños/as en situación de calle, las acciones preventivo-comunitarias en tema de drogas no pueden ser las mismas que se realizan con otras poblaciones de niños/as. Teniendo en cuenta la complejidad de factores que intervienen, resulta insuficiente focalizarse sólo en la abstinencia, debiéndose incluir el abordaje de problemáticas asociadas a la salud física y mental (desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, de la piel, lesiones por agresiones, etc.). Se sugiere además que las acciones asistenciales (oferta servicios de internados y casas hogar), sigan un modelo comunitario de trabajo que comience en la calle, donde niños/as sean actores incluidos en las redes sociales en un proceso de interacción constante y cotidiana.

Esta investigación se ha de complementar con estudios futuros que aporten datos para consolidar un cambio en las actitudes y representaciones sociales sobre la infancia y la juventud en situación de vulnerabilidad social, superando prejuicios que dificultan la construcción de un nuevo clima social favorable a la infancia y la juventud.

⁷⁰ No registran el consumo como un problema a resolver.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Akman, M. y otros, (1999), "Modalidades de abordaje médico a chicos de la calle en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires", *Archivo Argentino de Pediatría* 241, 1999; 97 (4).
- Alonso, L. (1998) "Una mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa", *undamentos*; Madrid.
- Arizaga, M.C./SEDRONAR/Observatorio de Drogas, (2007) "Estudios cualitativos del consumo de pasta base de cocaína/Paco".
- Benítez, M. (1999), "Los chicos encerrados", en "Trabajo, moral y disciplina en los chicos de la calle", editorial Espacio, Buenos Aires.
- Boqué Miró, R. (1994) "Los chicos de la calle", *Advocatus*; Buenos Aires.
- Cavagnaro M. V. y Pauletti A. A. (2003), "La Convención sobre los Derechos del Niño: Una herramienta legal para la protección de niños/as y adolescentes con problemas de uso indebido de drogas. Intervenciones en la Justicia de Menores Prevencional de la Provincia de Córdoba", IV Congreso de la Prevención y Asistencia de la Drogodependencia, Programa Cambio, Córdoba.
- CEDRO (2001) "Epidemiología de drogas en la población urbana peruana".
- CINEA/Observatorio Social/UNTREF (2008), "Estudio sobre las características y los factores determinantes de la pobreza dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".
- Comité de Psicopatología Infanto-Juvenil y Familia, grupo de trabajo "Chicos de la Calle". Mimeo: "Actitudes de los médicos en la atención de los chicos de la calle". Anexo estadístico Buenos Aires, 1997. Biblioteca de la SAP, entidad matriz.
- CONACE/Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Chile (2005), "Intervención Psicosocial. Prevención selectiva del consumo de drogas para niños/as y adolescentes en vulnerabilidad social", ISBN: 956-7808-55-4.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1996).
- Convención sobre los Derechos del Niño/ UNICEF. Segunda edición octubre 1998.
- Convención de los derechos del niño adaptada para jóvenes, UNICEF, julio 2008.
- Córdoba, P., Materazzi, F., Gómez Gallo, G., Ghidoli, M., Roscono, S., González, L. (2004), "Chicos de la calle: ¿Hay un tratamiento posible?" - Servicio de Salud Mental, Pihué, Provincia de Bs. As.
- Corea C. y Lewkowicz I. (1999), "¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez", *Lumen Humanitas*; Buenos Aires.
- Dirección General de Niñez y Adolescencia (2008), "Censo de niños/as y adolescentes en las calles de la Ciudad de Buenos Aires", Ministerio de Asuntos Sociales, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- D.S.M. IV: "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", 1995,

Masson; Barcelona.

- Duschatzky, S. y Corea, C. (2002) "Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones", Paidós; Buenos Aires.
- Guendel, L, et al. (2002) "La política social con un enfoque de derecho. Una reflexión a partir del caso costarricense. El modelo burocrático de organización de la política social"; UNICEF.
- Gentile, F. (2005) "Representaciones acerca de "los chicos de la calle": la construcción de una categoría social altamente estigmatizada", II Congreso Nacional de Sociología - VI Jornadas de Sociología de la UBA -Pre ALAS 2005. Carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires.
- Gershanik A. (1992) "Salud en los niños/as y empobrecimiento: su atención" en Cuesta abajo, Buenos Aires: Unicef/Losada.
- Giberti E. (compiladora) (1997) "Políticas y niñez" Bs.As.; Losada.
- Grima, J. M.; Le Fur, A. (1999), "¿Chicos de la calle o trabajo chico?", Lumen Humanitas; Buenos Aires.
- Gutiérrez R., Vega, L. (2003), "Las investigaciones psicosociales sobre la subsistencia infantil en las calles desarrolladas en el INP durante los últimos 25 años", Salud mental, Volumen 26, N° 26.
- Kokoreff, M. (2006), "Prácticas urbanas en un barrio de estaciones", Spaces et Societé n° 108/109.
- Lewi, C.; Luciani Conde, "Perfiles sociales de jóvenes beneficiarios del Programa de Atención e Investigación de Adicciones del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia". Área de Investigación, Capacitación y Asesoramiento PAIDA en Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología: Buenos Aires. Argentina. Pp. 210- 212. Volumen II. Año 2005, ISSN 1667-6750.
- Ley N° 114 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Bs. As., Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 3 de diciembre de 1998.
- Ley N° 1.669 de Inclusión Social de la Niñez, de la Ciudad Autónoma de Bs. As. Sanción: 14/04/2005, Promulgación: Decreto N° 669 del 10/05/2005. Publicación: BOCBA N° 2195 del 20/05/2005.
- Ley 23.849. Convención Internacional de los Derechos del Niño (1990).
- Ley 26.061: "Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños/as y Adolescentes".
- Lezcano, A. E. (2004) "Chicos de la Calle. Estrategias de supervivencia. Institucionalización. Capacitación laboral no formal", Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Secretaría de Gestión Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales (Área de Publicaciones).
- Lezcano, A. E. (1994) "Chicos de la calle: estrategias de supervivencia e institucionalización". Serie de jóvenes investigadores, Instituto Gino Germani, UBA, Buenos Aires.

- Lucchini, R. (1996) "Niño de la calle. Identidad, Sociabilidad, Droga". Barcelona; Los Libros de la Frontera.
- Mazzini, P. (1996) "Niños/as y jóvenes en situación de calle. Espacio y campo social". Institut Universitaire d'études du Développement. Université Geneve.
- Miguez, D., (2002) "Rostros del desorden. Fragmentación social y la nueva cultura delictiva en sectores juveniles", en Gayol, S. y Kessler, G., "Violencias, delitos y justicias en la Argentina", Universidad Nacional de General Sarmiento-editorial Manantial, Buenos Aires.
- Miguez, H.; Grimson, W., (2002), "Los vidrios oscuros de la droga", Universidad Nacional de Quilmes; Quilmes.
- Moffat, A. (1991), "Los chicos de la calle: el psiquismo acróico", Psicología Social Hoy, n° Marzo/Abril.
- Moreno, O. (1993), "Los efectos de la pobreza extrema en la infancia", Revista Gaceta Psicológica. Asociación Psicólogos de Buenos Aires, Argentina, agosto 1993.
- Novacovsky, I.; Aduriz, I. (2003), "El impacto de la crisis en la situación de la infancia y adolescencia en Argentina", Observatorio de Infancia y la Adolescencia. Save the Children, Argentina.
- Núñez, R.A. (2008), "Redes comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional". Espacio Editorial; Bs. As.
- Observatorio/Coordinación de Políticas Sociales/Gobierno de la CABA, (2008), "Perfil de pacientes en tratamiento", www.observatorio.buenosaires.gob.ar.
- Observatorio/Coordinación de Políticas Sociales/Gobierno de la CABA, (2008), "Emergencia hospitalaria y consumo de sustancias psicoactivas", www.observatorio.buenosaires.gob.ar.
- Observatorio de Drogas - Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones - Ministerio de Desarrollo Social - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, "Consumo de sustancias psicoactivas en población general", 2007, www.observatorio.buenosaires.gob.ar.
- Observatorio de Uso de Sustancias Psicoactivas/Subsecretaría de Atención a las Adicciones/Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, (2006), "Estudio de consumo de pasta base en una villa de emergencia del conurbano bonaerense".
- Revistas "Chicos de la calle en Buenos Aires". Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Años 1997/99.
- Romero, M., Ramos, M., March, J. C., (2002), "Perfil de los jóvenes sin hogar, dificultades para la utilización de los servicios socio sanitarios y propuestas de mejora", *Enf. Emerg* 2002; 4(1):14-23.
- Romero, M.; Rodríguez, E.M.; Durand Smith, A.; Aguilera, R. (2004) "Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte". *Salud mental*, Volumen 27, N° 1.

- Sánchez Guerrero, A. (1998) "Menores en situación de calle: la doble vulnerabilidad hacia el consumo de drogas", Centros de integración juvenil, México, DF. Trabajo monográfico http://www.aesed.com/publi_5.htm#menores.
- SKOPUS Ltda.; "La representación social del consumo de drogas en la población de menores pertenecientes al SENAME". Informe ejecutivo. Santiago 2002.
- SEDRONAR/ Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (2005), "Estudio de consumo de sustancia psicoactivas en niñas, niños/as y adolescentes en situación de calle".
- SEDRONAR/Observatorio de Drogas, (2006), "Informe de Consumo de Pasta base/Paco en Argentina".
- Sieguel, R.K.; (1982) "Cocaína smoking" en Journal of Psychoactive Groups (14:271-359).
- SIEMPRO, Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (2000), "La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años", Ministerio de Desarrollo Social, Buenos Aires.
- SIEMPRO, Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (2002), "Informe General de Situación Social y Pobreza N° 5".
- UNICEF. "Niños/as, niñas y adolescentes en circunstancias especialmente difíciles". Documento, 2000.
- UNTREF/CINEA/Observatorio Social, "Estudio sobre las características y los factores determinantes de la pobreza dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", Septiembre 2008.
- Valles, Miguel (1997) "Técnicas Cualitativas en Investigación Social", Síntesis; Madrid.
- Taylor, S., Bogdan, R. (1998), "Introducción a los métodos cualitativos. La búsqueda de significados". Paidós; Barcelona.

11. ANEXO N° 1

“Guión de entrevista consumidores en tratamiento”

Fecha:

Lugar:

Entrevistador:

Cantidad de participantes:

- 1. Datos biográficos, identidad y condiciones de integración social:** (*Familia de origen, nivel ocupacional paciente y familia, nivel educacional paciente y familia, ingresos, migraciones, redes sociales.*)
 - 1.1. ¿Cómo se llaman?
 - 1.2. ¿Cuántos años tienen?
 - 1.3. ¿Dónde nacieron?
 - 1.4. ¿Tienen hermanos, otra familia?
 - 1.5. ¿Dónde viven sus familias?
 - 1.6. ¿De dónde vinieron sus familias? En el caso de familia o sujeto migrante, indagar las causas y lugar de origen.
 - 1.7. ¿Quiénes traen la plata a la casa?
 - 1.8. ¿De qué se ocupan?
 - 1.9. ¿Las familias de ustedes se juntan con familiares o vecinos para pasar un rato agradable? ¿Van a algún club, a la iglesia?
 - 1.10. ¿En casa, qué hacen para pasar un buen rato?
 - 1.11. ¿Ustedes trabajaban? ¿Haciendo qué?
 - 1.12. ¿Fueron a la escuela? ¿Hasta qué grado?
 - 1.13. ¿Por qué y cuándo dejaron la escuela?

- 2. Iniciación en el consumo de la droga:** (*Factores de riesgo y protección, tolerancia social.*)
 - 2.1. ¿Toman alcohol los adultos de las familias de ustedes y del barrio? ¿Las mujeres?
 - 2.2. ¿Consumen drogas los adultos de las familias de ustedes y del barrio? ¿Las mujeres?
 - 2.3. ¿En el barrio la gente consume alcohol y drogas en la calle? ¿Quiénes? Incluir edad y sexo.
 - 2.4. ¿Cómo empiezan los chicos y las chicas a consumir alcohol y drogas en general?

- 2.5. ¿Quiénes proveen inicialmente el consumo de alcohol y drogas?
- 2.6. ¿Por qué los chicos empiezan a consumir alcohol y drogas? ¿Para las chicas es igual?
- 2.7. ¿Dónde se realizan los primeros consumos?
- 2.8. ¿Se consume solo o en grupo?
- 2.9. ¿Cómo se sienten los chicos cuando recién empiezan a consumir? ¿Es lo mismo en mujeres que en varones?
- 2.10. ¿Qué dicen/hacen las familias cuando los chicos se inician con cigarrillos? ¿Es lo mismo en mujeres que en varones?
- 2.11. ¿Qué dicen/hacen las familias cuando los chicos empiezan a consumir alcohol? ¿Es lo mismo en mujeres que en varones?
- 2.12. ¿Qué dicen y qué hacen las familias cuando los chicos se inician con drogas? ¿Es lo mismo en mujeres que en varones?
- 2.13. ¿Qué dicen y qué hacen las familias cuando los chicos empiezan a consumir Paco? ¿Es lo mismo en mujeres que en varones?
- 2.14. ¿En la escuela se dan cuenta cuando un chico ha empezado a consumir cigarrillos, alcohol o drogas? ¿Qué dicen y hacen las maestras?

3. Historia y cronología de consumo: *(Rituales de consumo, motivaciones para el consumo de cada una de las drogas.)*

- 3.1. ¿Cuándo empezaron a consumir tabaco? ¿Con quién y dónde estaban? ¿Les gustó? ¿Por qué quisieron probar? ¿Quién trajo los cigarrillos? Ver edad.
- 3.2. ¿Cuándo empezaron a consumir alcohol? ¿Con quién y dónde estaban? ¿Les gustó? ¿Por qué quisieron probar? ¿Quién trajo el alcohol? (Especificar tipo) ¿Tomaban todos del mismo envase? Ver edad.
- 3.3. ¿Cuándo empezaron a consumir drogas? ¿Con quiénes y dónde estaban? Ver edad.
- 3.4. ¿Cuándo empezaron a consumir Paco? ¿Con quiénes y dónde estaban? ¿Lo conocías?
- 3.5. ¿Cuál fue la primera sustancia que consumieron? ¿Cómo hicieron para consumirla? (Especificar arneses utilizados). ¿Conocían esa sustancia? Ver edad.
- 3.6. ¿Cuál fue la segunda droga que consumieron? ¿Cuánto tiempo después de la primera la probaron? ¿Conocían esa sustancia? Solicitar las mismas especificaciones de la primera droga. Ver edad.
- 3.7. ¿Cuáles fueron la tercera y cuarta droga que consumieron? ¿Cuánto tiempo después de la segunda las probaron? ¿Conocían esa sustancia? Solicitar las mismas especificaciones de la primera droga. Ver edad.
- 3.8. ¿Cuáles fueron la quinta, sexta y séptima droga que consumieron? ¿Cuánto

tiempo después de la cuarta las probaron? ¿Conocían esas sustancias?
Solicitar las mismas especificaciones de la primera droga. Ver edad.

- 3.9. ¿Con alguna de estas drogas les pasó que no podían parar de consumir? ¿Con cuáles? ¿Después de cuánto tiempo de consumo?
- 3.10. ¿Qué sintieron y qué pensaron cuando se dieron cuenta de que no podían estar sin consumir esa droga? ¿Intentaron dejar de consumirla? ¿Cómo?

4. Situaciones típicas de consumo: *(Cantidades, frecuencias y caracterización de los modos y lugares de consumo. Conocimiento de las drogas y sus efectos. Diferenciación entre Paco y pasta base.)*

- 4.1. Después de un tiempo que se drogaban y que consumían varias drogas, ¿Cómo era un día típico en sus vidas? (Preguntar por día de semana y fin de semana).
- 4.2. ¿Quiénes eran sus amigos con los que consumían? Indagar cómo se formaban los grupos y qué los agrupaba. Preguntar también conformación del grupo caracterizándolo por sexo y edades y si había no consumidores.
- 4.3. ¿Dónde se juntaban con los amigos? ¿A qué hora se juntaban?
- 4.4. ¿Dónde consumían? ¿Quiénes se encargaban de traer droga? ¿Compartían entre ustedes? ¿Qué hacían cuando estaban juntos y no consumían? Indagar otras actividades recreativas.
- 4.5. ¿Consumían en las casas? ¿Las familias lo notaban? ¿Qué pasaba?
- 4.6. ¿Varones y mujeres preferían consumir ciertas drogas antes que otras? Indicar preferencias y razones de las mismas.
- 4.7. ¿Mezclaban drogas? ¿Cuáles? ¿Tomaban alcohol con drogas? ¿Cantidad de droga que consumían en un día? Especificar consumo diario de Paco, si es posible diferenciar por edad y sexo.
- 4.8. En general, cuando habían consumido ¿la conducta cambiaba? ¿Cómo era? Indagar episodios de violencia que hayan comprometido la integridad propia o de otros.
- 4.9. ¿En qué se diferencia el Paco de la pasta base? Indagar si lo diferencian por modo de consumo, composición o cocción.
- 4.10. Aquellos que aludan a la teoría del Corte, preguntar: ¿Cómo se dan cuenta que está cortada? Indagar indicios físicos de la sustancia, psíquicos y físicos en la persona. También puede hacer relación al precio.
- 4.11. Hayan hecho o no alusión al daño físico, indagar: ¿Cuáles son los indicadores de calidad de la sustancia?
- 4.12. Hayan hecho o no alusión al daño físico, indagar: ¿Cuáles son los indicadores de daño de la sustancia?
- 4.13. Hayan hecho o no alusión al precio, indagar: ¿Cuáles son precios de pasta base y Paco?
- 4.14. ¿Quién fija el precio? ¿Cambia de acuerdo al punto de venta?

- 4.15. ¿Se compra directamente en las cocinas? Indagar diferencias precio/calidad.
- 4.16. ¿Cuánta plata te gastabas por día en droga? ¿En Paco?

5. Acceso al Paco y otras drogas: *(Recurso económico, circuitos de compra-venta, territorios, recorridos e historias delictivas. Participación en el tráfico de drogas. La relación con la Ley.)*

- 5.1. ¿Cómo conseguían el dinero para consumir? En el caso en que se mencione robos, indagar aquellos robos en familia y fuera de la casa. Preguntar si el grupo de amigos se organizaba para robar o hacían alianzas puntuales con otros grupos. Preguntar las características de los robos (violentos, descuidistas, etc.) y como era repartido el botín. Indagar prostitución como fuente de ingreso.
- 5.2. ¿Compraban cerca de la casa a conocidos o iban a otros barrios?
- 5.3. ¿Los que vendían Paco también vendían las otras drogas?
- 5.4. ¿Consumían cerca del lugar donde habían comprado?
- 5.5. ¿Vendían drogas para tener plata para comprar?
- 5.6. ¿Podían vender en cualquier lado, o los vendedores tenían su territorio?
- 5.7. ¿Qué hacían cuando venía la policía?
- 5.8. ¿Estuvieron presos alguna vez? Indagar si se trató de institutos o cárceles, tiempos de detención, si hubo causa y si fue condenado.

6. Los momentos subjetivos del circuito de consumo: *(Búsqueda y compra, locura, descontrol, bajón.)*

- 6.1. ¿Una vez que habían consumido... (nombrar las drogas que más consumían y especialmente Paco), cuánto tardaba en hacerles efecto? ¿Cuánto duraba el efecto? ¿Cómo era el estado de locura? ¿Qué hacían cuando descontrolaban?
- 6.1. ¿Es diferente lo que pasa cuando te drogás si sos varón o mujer?
- 6.2. ¿Qué hacían con los amigos para sentir menos el bajón? Indagar conductas sexuales, sueño, otras drogas, etc.
- 6.3. ¿Cómo iniciaba de nuevo el circuito de compra? ¿Quién sugería? ¿Salían todos juntos a comprar?
- 6.4. ¿En qué momento del circuito de consumo se verificaban los robos?

7. Sociabilidad y espacios de socialización: *(Relación con pares antes y durante el período de consumo y durante los períodos de rehabilitación.)*

- 7.1. ¿Tienen amigos que no consuman? ¿Por qué?
- 7.2. Los amigos de antes que ahora no consumen, ¿saben que ustedes consumen? ¿Qué dicen?

- 7.3. ¿Cómo era la relación entre los amigos del grupo? ¿Se ayudaban, se estafaban con el dinero y las drogas? ¿Cómo resolvían los conflictos? Indagar si había peleas, agresiones físicas, etc.
- 7.4. ¿Había líderes en el grupo? Indagar cómo se definían los liderazgos y la forma en la cual eran ejercidos.
- 7.5. ¿En el grupo había amigos queridos o parientes? En el caso de compartir el grupo con hermanos o primos, averiguar si las relaciones de parentesco cambiaban la dinámica de relación de ellos dentro del grupo.
- 7.6. ¿Había chicas en el grupo? ¿Consumían?
- 7.7. ¿Se formaban parejas dentro del grupo? Indagar si las parejas se respetaban o si las relaciones eran de tipo promiscuo.
- 7.8. ¿Se juntaban para otras cosas que no fuera para drogarse? Indagar actividades deportivas, o mirar partidos o películas, tomar mate, realizar actividades recreativas de otro tipo.
- 7.9. ¿Piensan que los grupos de chicos que consumen otras drogas que no sea Paco son diferentes? ¿Por qué?
- 7.10. ¿Saben en qué andan ahora los amigos del grupo de consumo? ¿Los extrañan? ¿Piensan o quieren volver a verlos?
- 7.11. ¿Van a hacer amigos/as nuevos cuando terminen el tratamiento?

8. Otros vínculos y consumo: *(Familiares, de pareja, sociales antes y después del consumo. La recreación: tipos, intereses y espacios de socialización antes y después del consumo.)*

- 8.1. ¿Cambió la relación con la familia después que empezaron a consumir? Averiguar si cambió después del consumo de Paco o cuál droga asocia al quiebre de las relaciones familiares. ¿Cómo fueron los cambios? Que indique los aspectos relacionales que cambiaron y en qué tiempos se produjeron dichos cambios. Indagar si la actitud de las familias es diversa en relación a la edad y el sexo de los hijos consumidores.
- 8.2. ¿Ahora cómo están con sus familias?
- 8.3. ¿Tienen pareja? ¿Están en pareja desde antes de haber empezado a consumir o ella era parte del grupo de consumo?
- 8.4. En relación a novias/os que tenían/tienen, ¿Piensan que cuando termine el tratamiento va a volver con ellos/ellas, o van a buscar parejas nuevas?
- 8.5. ¿Cambiaron el modo de ser y tratar a la novia/o (o a las novias/os) después de empezar a consumir? ¿Cómo? ¿Piensan que ahora van a poder ser con las mujeres o con los chicos como eran antes de empezar a consumir?
- 8.6. ¿Antes de empezar a consumir, qué les gustaba hacer cuando tenían tiempo libre?
- 8.7. ¿Ahora piensan en lo que van a hacer para divertirse cuando terminen el tratamiento?

- 9. Drogas y salud:** *(Conocimientos sobre los efectos del Paco en la salud y de las otras drogas consumidas, percepción de riesgo asociado a cada una de las drogas. Enfermedades y accidentes relacionados con el consumo. Asistencia y tratamientos.)*
- 9.1. ¿Piensan que hace mal a la salud tomar alcohol? ¿Por qué? ¿Mujeres y hombres por igual?
 - 9.2. ¿Piensan que hace mal a la salud consumir Paco? ¿Por qué? ¿Mujeres y hombres por igual?
 - 9.3. Hacer la misma pregunta sobre todas las drogas que los sujetos nombren.
 - 9.4. ¿Se corren riesgos cuando se consumen drogas? ¿Cuáles y por qué? ¿En las mujeres y hombres por igual?
 - 9.5. ¿Tuvieron problemas de salud relacionados con consumo de alcohol o de alguna droga? Si no surge, preguntar si tuvieron accidentes por estar drogados o alcoholizados.
 - 9.6. ¿Dónde recurren para curarse cuando se sienten mal o se accidentan?
 - 9.7. Si cuando estaban consumiendo en el grupo alguno se sentía mal, ¿Qué hacían? Indagar si se ocupaban del amigo, llamaban a la ambulancia, etc. o qué hacían. Ver si había diferencias en el socorro de acuerdo a la edad y el sexo del que estaba mal.
 - 9.8. Cuando el médico les daba algún tratamiento para seguir por un problema de salud, ¿lo hacían?
- 10. Significados del consumo:** *(Por qué, para qué y quienes consumen Paco. Relevar los significados del consumo y de las otras drogas. Indagar acerca de los significados según el sexo y el grupo etario del consumidor.)*
- 10.1. ¿Por qué se drogan los chicos? ¿Es lo mismo a cualquier edad si es varón o mujer?
 - 10.2. ¿Por qué y para qué los chicos fuman Paco?
 - 10.3. ¿Cualquiera se puede quedar pegado al Paco? ¿Quiénes prefieren el Paco?
 - 10.4. ¿De qué depende que te quedes o no pegado al Paco?
 - 10.5. ¿De qué depende que te quedes pegado al consumo de otra droga que no sea Paco? ¿Quiénes prefieren marihuana, cocaína, pastillas, etc.? Ver si hay estereotipos de consumidores de distintos tipos de droga. Ver sexo y edad.
 - 10.6. ¿Para los varones, se drogan con drogas diferentes a las mujeres? ¿Cuáles y por qué?
 - 10.7. ¿Las chicas se quedan pegadas al Paco igual que los varones? ¿Por qué?
 - 10.8. ¿Los chicos de qué edad te parece que no se deberían drogar? ¿Las mujeres igual?
 - 10.9. ¿Qué edades tenían aproximadamente los chicos más chiquitos que vieron drogarse? ¿Y las nenas igual?

- 11. El pedido de ayuda:** *(Alarmas subjetivas. Intervenciones familiares o del medio en busca de ayuda. Historia de las intervenciones sociales (gubernamentales y no gubernamentales) y tratamientos psicológicos. ¿Qué tipo de intervención social da mejores resultados?, ¿De qué depende la recuperación? Proyecto de vida.)*
- 11.1. ¿A cuánto tiempo de consumir empezaron a darse cuenta de que les hacía mal y empezaron a pensar que tal vez era mejor dejar?
- 11.2. ¿Pensaban que era posible en un futuro dejar de consumir? ¿Por qué?
- 11.3. ¿Qué es lo que hace que un chico se decida a dejar de consumir? ¿En las chicas es lo mismo?
- 11.4. ¿Conocen chicos que dejaron de consumir? ¿Y chicas?
- 11.5. ¿La familia o los conocidos intentaron ayudarlos a dejar de consumir? ¿Cómo fue? ¿Qué hubieran debido hacer para ayudarlos a decidirse a hacer un tratamiento?
- 11.6. ¿Desde alguna institución (instituto, asociación, etc.) intentaron ayudarlos a dejar? Especificar tipo y modalidad de intervención, tiempo y lugar donde fueron realizadas. ¿Cuáles fueron las acciones de estas instituciones que los ayudaron más?
- 11.7. Según ustedes, ¿de qué depende que un chico/a se pueda rehabilitar o no del consumo de Paco? ¿Y de las otras drogas?

12. ANEXO N° 2:

“Guión de entrevista niños/as consumidores en situación de calle”

Fecha:

Hora:

Lugar:

Entrevistador:

I. Datos personales del entrevistado

1. ¿Cómo te llamás?
2. ¿Cuántos años tenés?
Si el niño no sabe precisar, categorizar dentro de grupos etarios:
6 a 8 / 9 a 11 / 12 a 13
3. ¿Cuándo naciste / cuándo es tu cumpleaños?
4. ¿Dónde naciste?
5. ¿Ahora dónde vivís?

II. Escolaridad

6. ¿Vas a la escuela?
- 6.a. En caso de respuesta + preguntar dónde, horarios, grado, relaciones con pares y con docentes, acceso a útiles y apreciación general de la importancia de la escuela.
- 6.b. En caso de respuesta – preguntar si nunca fue a la escuela o si abandonó. Si abandonó indagar motivos (porque se fue de la casa; falta de motivación; se mudó; lo expulsaron; quiso irse; tuvo que trabajar; problemas de relación en la escuela con maestros o compañeros; la escuela quedaba lejos; no tenía plata para comprar los útiles; un adulto lo sacó de la escuela; por uso de drogas; no tenía ganas; no se acuerda; etc.).

III. Entorno familiar y social

7. ¿Pasás algunas veces unos días con tu familia?
- 7.a. En caso de respuesta + indagar: con quiénes vive; cuándo va a la casa; la relación que existe con y entre familiares; las actividades que realizan; características de la vivienda; cada cuánto va a la casa y por cuánto tiempo se queda. Obtener además información sobre las condiciones socioeconómicas de la familia (ingresos y alcance de los mismos).
- 7.b. En caso de respuesta – indagar: con quién vivía antes; relación que existía con y entre los convivientes; actividades que realizaban; características de la

vivienda. Obtener información sobre las condiciones socioeconómicas de la familia de origen (ingresos y alcance de los mismos).

IV. Momento de inicio de la situación de calle (*relato biográfico*)

8. ¿Por qué te fuiste de tu casa? Indagar motivos: malos tratos; discusiones y mal clima familiar; para auto procurarse el sustento; porque quiso; muerte de los padres; abuso sexual; lo querían internar/legales; para acompañar amigos o parientes que se iban de la casa; etc.

V. Tiempo de permanencia en la calle

9. ¿Cuánto tiempo hace que estás en la calle? Categorías posibles:
1 a 6 meses / entre 6 meses y 1 año / entre 1 año y 2 años / entre 2 a 5 años / más de 5 años.

VI. La calle como ámbito de vida

a. Actividades de subsistencia

10. ¿Cómo hacés para conseguir comida?
11. ¿Dónde comés?, ¿Con quiénes?
12. ¿Dónde te lavás?
13. ¿Dónde dormís?
14. ¿Cómo hacés para conseguir la plata? Indagar las actividades para la obtención de dinero (mendicidad, abrir puertas de taxis, limpiar parabrisas, robo, prostitución).

b. Actividades habituales en la calle

15. Contame qué hacés durante el día. Relato de un día típico. Ver si diferencia días de semana de días de entre semana (especificar si las actividades son en grupo o individuales).
16. ¿Por dónde andás generalmente? (especificar la circulación entre distintas estaciones del ferrocarril o de subterráneos e instituciones de asistencia social y también que relate los desplazamientos en la ciudad).

c. Delimitaciones del territorio

17. ¿Has cambiado de grupo de chicos con los que vivías? ¿Por qué?
18. ¿Cada uno hace lo que quiere en el grupo/ranchada o alguien dirige? ¿Quién, cómo?
19. ¿Los que viven juntos se ayudan, son buenos amigos?
20. ¿Se pelean con los de otros grupos/ranchadas? ¿Por qué?

21. ¿Tenés amigos grandes? ¿Cómo de cuántos años?
22. ¿Dónde ves a tus amigos grandes? ¿Qué hacés con ellos?

d. Actividades recreativas

23. ¿Juegan con los amigos? ¿A qué juegan? Indagar: pelota, bailar, cyber y otros juegos. ¿Juegan varones y mujeres juntos?
24. ¿Qué te gusta de la vida en la calle? ¿Qué no te gusta? (Intentar comprender qué lo detiene al niño en la calle)

e. La relación con la Ley y las instituciones

25. Cuando estás enfermo o te sentís mal, ¿A dónde vas a que te curen?
26. Si alguien te golpea o te hace algo malo, ¿le pedís ayuda a la policía?
27. ¿Alguna vez estuviste en un hogar? ¿Por qué te fuiste?

VII. El consumo de drogas

a. Drogas legales

28. ¿Fumás cigarrillos? ¿Cuándo empezaste a fumar? ¿Cuánto fumás por día?
29. ¿Tomás alcohol, como vino, cerveza? ¿Te acordás cuando fue la primera vez que tomaste? ¿Y ahora, en qué ocasiones tomás alcohol? Indicar con quién toma, si lo compra, efectos, etc.

b. Drogas ilegales

b.1. Historia de consumo

30. ¿Consumís otras drogas? ¿Cuáles?
31. ¿Cuál fue la primera droga que probaste? ¿Por qué probaste? ¿Te acordás dónde fue y con quién estabas? (descripción lo más detallada posible de los inicios en el consumo de las drogas que mencione).
32. ¿Después probaste otras drogas? ¿Cuáles? Interrogar sobre cronología de consumo, modalidades (aspiración, inyección, etc.), situaciones de consumo para cada droga, lugares y frecuencia.
33. ¿Cuándo empezaron a consumir tabaco? ¿Con quién y dónde estaban? ¿Les gustó? ¿Por qué quisieron probar? ¿Quién trajo los cigarrillos?
34. ¿Cuándo empezaron a consumir alcohol? ¿Con quién y dónde estaban? ¿Les gustó? ¿Por qué quisieron probar? ¿Quién trajo el alcohol? (especificar tipo) ¿Tomaban todos del mismo envase?
35. ¿Cuándo empezaron a consumir drogas? ¿Con quiénes y dónde estaban?
36. ¿Cuándo empezaron a consumir Paco? ¿Con quiénes y dónde estaban? ¿Lo conocías?

37. ¿Cuál fue la primera sustancia que consumieron? ¿Cómo hicieron para consumirla? (especificar arneses utilizados). ¿Conocían esa sustancia?
38. ¿Cuál fue la segunda droga que consumieron? ¿Cuánto tiempo después de la primera la probaron? ¿Conocían esa sustancia? (Solicitar las mismas especificaciones de la primera droga)
39. ¿Cuáles fueron la tercera y cuarta droga que consumieron? ¿Cuánto tiempo después de la segunda las probaron? ¿Conocían esa sustancia? (Solicitar las mismas especificaciones de la primera droga).
40. ¿Cuáles fueron la quinta, sexta y séptima droga que consumieron? ¿Cuánto tiempo después de la cuarta las probaron? ¿Conocían esas sustancias? (Solicitar las mismas especificaciones de la primera droga).
41. ¿Con alguna de estas drogas les pasó que no podían parar de consumir? ¿Con cuáles? ¿Después de cuánto tiempo de consumo?
42. ¿Qué sintieron y qué pensaron cuando se dieron cuenta de que no podían estar sin consumir esa droga? ¿Intentaron dejar de consumirla? ¿Cómo?
43. Según vos, ¿consumís pocas drogas, ni mucho ni poco, o mucho? (especificar cantidades de droga por día. Especificar Paco).
44. Aquellos que aludan a la teoría del Corte preguntar: ¿Cómo se dan cuenta de que está cortada? (indagar indicios físicos de la sustancia, psíquicos y físicos en la persona. Relación al precio).
45. Hayan hecho o no alusión al daño físico, indagar: ¿Cuáles son los indicadores de calidad de la sustancia?
46. Hayan hecho o no alusión al daño físico, indagar: ¿Cuáles son los indicadores de daño de la sustancia?
47. Hayan hecho o no alusión al precio, indagar: ¿Cuáles son precios de pasta base y Paco?
48. ¿Quién fija el precio? ¿Cambia de acuerdo al punto de venta?
49. ¿Se compra directamente en las cocinas? Indagar diferencias precio/calidad.
50. ¿Cuánto gastás por día en drogas? Especificar Paco.

b.2. Acceso a las drogas

51. ¿Cómo conseguís las drogas? Ver si las consigue en el propio territorio o si él vende para comprar, modalidades de pago de las drogas, etc.
52. ¿Tus amigos se drogan? ¿Se drogan por igual varones y mujeres?
53. ¿En tu familia alguien se droga (o se drogaba)? ¿Quiénes?

b.3. Motivos y significados del consumo

54. ¿Cuáles drogas preferís consumir? ¿Por qué? Descripción de sensaciones.
55. ¿Varones y mujeres consumen las mismas drogas? ¿Sienten lo mismo?

56. ¿Qué te hace sentir el Paco? En el caso en que el niño no declare consumo de Paco, preguntar por la sustancia que indicó consume más frecuentemente.
57. ¿Qué es lo bueno para vos de fumar Paco y qué es lo malo? ¿Por qué fumás Paco ahora?
58. ¿A tus amigos les pasa algo parecido a vos en lo que sienten cuando se drogan?
59. ¿Las drogas y el sexo tienen algo que ver? ¿Y el Paco? (de acuerdo a la edad y a lo que diga el chico preguntar si se consiguen más chicos o chicas cuando uno consume Paco).
60. ¿Los que consumen Paco son distintos de los que consumen otras drogas? ¿Por qué?

b.4. Nivel de dependencia y evaluación de riesgo para la salud

61. ¿Te pasó que quisiste dejar de consumir una droga y no pudiste? ¿Cuál? ¿Pediste ayuda a alguna persona adulta o a algún hospital?
62. ¿Vos pensás que las drogas que usás te hacen bien o mal para la salud? (Si contesta mal, preguntar por qué. Si el niño contestó anteriormente que usa drogas por vía intravenosa, preguntar si piensa que usar una jeringa usada le puede traer alguna enfermedad). Si en las respuestas no incluye el sida, preguntarle si usar una jeringa usada puede provocar sida (ver si conoce la palabra).
63. ¿Notaste cambios en tu cuerpo, por ejemplo si estás más flaco?
64. ¿Notaste cambios en tu carácter, por ejemplo si te aislaste de los amigos o si te pusiste más agresivo?
65. ¿Alguna vez tuviste miedo de enfermarte mucho o morirte? ¿Cuándo y por qué? Averiguar si fue agredido por otros o si intentó suicidarse.

VIII. Actividades preferidas y expectativas futuras: (indagar valores)

66. Contame qué es lo que más te gusta hacer: saltar, estudiar, trabajar, deportes, pasear, escuchar música, mirar tele, dormir, nada, drogarme, robar, etc.
67. ¿Qué te gustaría hacer que ahora no estás haciendo? El niño puede dar opciones disímiles como: trabajar; estudiar; llevarme bien con mi mamá; ir a vivir a una casa (indagar si con la propia familia, otra familia o institución acogedora); consumir menos drogas; pelearme menos con mis amigos; ser deportista; ser rico; usar ropa linda; conseguir comida siempre; no tener problemas con la policía; seguir en la calle pero viviendo mejor; etc.

IX. Observaciones:

🕒 147

www.buenosaires.gob.ar

Ministerio de Desarrollo Social



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad